

GR_GERICHTE S 2013 141 vom 25. November 2014

GR Gerichte, 2014-11-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S 2013 141](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/gr_gerichte_S_2013_141)

FR: GR_GERICHTE S 2013 141 du 25 novembre 2014

IT: GR_GERICHTE S 2013 141 del 25 novembre 2014

Regeste

IV-Rente | Invalidenversicherung

Erwägungen

E. 3

Am 23. Februar 2005 meldete sich A._____ erneut bei der IV-Stelle zum Bezug von Leistungen an. Wegen Rückenproblemen könne sie ihrem Mann nicht mehr helfen. Sie sei nicht mehr fähig, die Maschinen von 30 bis 200 kg zu tragen. Gestützt auf ein Gutachten des Zentrums für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene (AEH) vom 25. August 2006 (un- eingeschränkte Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten bis knapp mittelschweren Tätigkeit) und auf ein Gutachten des Psychiaters Dr. med. C._____ vom 24. April 2007 (50%ige Arbeitsfähigkeit bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradiger Episode, Dysthymia und Panikstörung) sprach die IV-Stelle A._____ mit Verfügung vom 29. Februar 2008 rückwirkend ab dem 1. März 2005 eine halbe Rente zu.

E. 4

Im Rahmen der am 28. Februar 2012 eröffneten amtlichen Revision liess die IV-Stelle A._____ psychiatrisch begutachten. Dr. med. D._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, kam in seinem Gutachten vom 19. Dezember 2012 zum Schluss, es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden, die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt.

- 3 -

E. 5

Am 11. Februar 2013 wurde A._____ durch den Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) rheumatologisch untersucht. Mit Bericht vom 28. Februar 2013 diagnostizierte Dr. med. E._____ ein lumbospondylogenes (DD: lumboradikuläres) Reizsyndrom. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei Fibromyalgie. Zurzeit sei die Symptomatik seit Sommer 2012 reaktiviert und es seien weitere interventionelle Massnahmen vorgesehen. Die Arbeitsfähigkeit könne erst beurteilt werden, wenn die Situation sich stabilisiert habe.

E. 6

Am 26. Februar 2013 wurde A._____ in der Uniklinik Balgrist untersucht. Mit Bericht vom 28. Februar 2013 wurde dazu angegeben, es liege eine Spinalkanalstenose L4/5 bei breitbasiger Diskushernie und eine paramediane Diskushernie L5/S1 mit rezessaler Einengung rechts vor. Die Behandlungsmöglichkeiten (Infiltrationen, Dekompressionsoperation) seien der Patientin aufgezeigt worden.

E. 7

Am 27./28. Mai 2013 fand eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) im Rheuma- und Rehabilitationszentrum Valens statt. Mit Bericht vom 17. Juni 2013 gaben der RAD-Arzt Dr. med. E._____ und die Ergonomietherapeutin F._____ dazu an, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Mit Bericht vom 11. Juni 2013 ergänzte Dr. med. E._____ seinen Bericht vom 28. Februar 2013. Nachdem nun keine weiteren interventionellen Massnahmen vorgesehen seien, könne aufgrund der klinischen Untersuchung vom Februar 2013 und der EFL vom Mai 2013 davon ausgegangen werden, dass die Explorandin mindestens eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis 10 kg ganztags bewältigen könne. Eine Eingliederungsfähigkeit wäre ab sofort gegeben. Da sich die Versicherte allerdings als zu 100 % arbeitsunfähig sähe, seien Eingliederungsmassnahmen nicht Erfolg versprechend.

- 4 -

E. 8

Mit Vorbescheid vom 9. Juli 2013 informierte die IV-Stelle A._____ darüber, dass sie die Invalidenrente aufheben werde. Mit Einwand vom 5. August 2013 machte A._____ geltend, es gehe ihr gesundheitlich viel schlechter als vor einem Jahr. Die Beweglichkeit sei zurückgegangen und die Beschwerden hätten zugenommen. Mit Schreiben vom 9. August 2013 teilte die Hausärztin Dr. med. G._____ der IV-Stelle mit, sie kenne A._____ seit fünf Jahren und ihr gesundheitlicher Zustand sei noch nie so schlecht gewesen wie heute. Es liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Dr. med. G._____ reichte in der Folge einen Bericht des Diagnose Zentrums Belmont über ein MRI vom 22. August 2013 ein.

E. 9

Mit Verfügung vom 25. Oktober 2013 hob die IV-Stelle die Rente auf Ende November 2013 auf und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung. Die bidisziplinäre rheumatologisch-psychiatrische Begutachtung habe ergeben, dass sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Sicht wesentlich verbessert habe. Die MRI-Aufnahmen zeigten keine Verschlechterung des rheumatologischen Zustandes auf. Für die Bemessung des Invaliditätsgrades stellte die IV-Stelle auf die Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) ab. Bei einem Valideneinkommen von Fr. 54'326.-- und einem Invalideneinkommen von Fr. 48'893.-- ergab sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad von

E. 10

Gegen diese Verfügung erhob A._____ am 25. November 2013 Beschwerde an das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden. Sie beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben und es seien ihr weiterhin die gesetzlichen Leistungen auszurichten. In verfahrensrechtlicher Hinsicht beantragte sie die unentgeltliche Rechtsverteidigung und Prozessführung. Weiter ersuchte sie um Zustellung der Gerichtsakten unter Ansetzung einer Nachfrist zur eingehenden Begründung.

- 5 -

E. 11

Mit Schreiben vom 26. November 2013 teilte der Instruktionsrichter der Beschwerdeführerin mit, dem Antrag auf Ansetzung einer Nachfrist könne nicht stattgegeben werden. Sie erhalte aber im Rahmen des zweiten Schriftenwechsels Gelegenheit, ihre Begründung zu ergänzen.

E. 12

In ihrer Vernehmlassung vom 13. Dezember 2013 beantragte die IV- Stelle die Abweisung der Beschwerde. Zur Begründung verwies sie auf die angefochtene Verfügung.

E. 13

Mit Schreiben vom 13. Januar 2014 zog die Beschwerdeführerin ihren Antrag auf unentgeltliche Rechtsbeistandung und Prozessführung zurück.

E. 14

In ihrer Replik vom 30. Januar 2014 beantragte die Beschwerdeführerin die Edition der Tonbandaufnahme, welche Dr. med. D._____ anlässlich der psychiatrischen Untersuchung am 28. November 2012 gemacht hatte. Zur Klärung der gesundheitlichen Situation beantragte sie die Anordnung eines Gerichtsgutachtens. Sie machte geltend, auf die Einschätzungen von Dr. med. D._____ und Dr. med. E._____ könne nicht abgestellt werden. Dr. med. D._____ habe sie nur während einer Stunde untersucht. Dies genüge nicht, umso mehr hätte eine Fremdanamnese eingeholt werden müssen. Das psychiatrische Gutachten enthalte verschiedene inhaltliche Widersprüche zwischen Anamnese und Schlussfolgerung. Es bestehe auch eine Diskrepanz zum Gutachten von Dr. med. C._____. Dr. med. D._____ erkläre nicht, woraus sie die Ressourcen für eine derartige Verbesserung des Gesundheitszustandes hätte nehmen sollen. Sodann habe Dr. med. D._____ keine systematische Exploration gemäss AMPD- System gemacht und dadurch die „Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung“ nicht eingehalten. Zur rheumatologischen Situation führte die Beschwerdeführerin aus, es liege in objektivierbarer Weise eine Verschlechterung vor. Dies belegten der Radiologie-Bericht des Diagnose Zentrums Belmont vom 22. August 2013, der Bericht des Röntgeninstituts Oerlikon vom 21. November 2013 und der Bericht von Dr. med. H._____ vom 4. Dezember 2013. Sie beanstandete weiter, der Beweiswert der EFL sei durch die Mitwirkung des RAD-Arztes Dr. med. E._____ beeinträchtigt. Schliesslich rügte die Beschwerdeführerin, nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung dürften beim Einkommensvergleich die Erwerbsmöglichkeiten von Fahrenden nicht an jenen der Sesshaften gemessen werden. Die IV-Stelle hätte abklären müssen, welche beruflichen Möglichkeiten sie als Fahrende gehabt hätte.

E. 15

Mit ihrer Duplik vom 27. Februar 2014 reichte die IV-Stelle eine Stellungnahme von Dr. med. D._____ vom 21. Februar 2014 ein. Sie machte geltend, durch diese Stellungnahme würden sämtliche von der Beschwerdeführerin erhobenen Beanstandungen Punkt für Punkt schlüssig und nachvollziehbar entkräftet. Die IV-Stelle gab an, sie sei nicht im Besitz der zu edierenden Tonbandaufnahme, diese sei auch nicht relevant. In rheumatologischer Sicht habe der RAD keine externe Begutachtung für nötig gehalten, sondern sich entschieden, die Beschwerdeführerin selber zu untersuchen. In diesem Rahmen sei nicht zu beanstanden, dass Dr. med. E._____ die EFL unterzeichnet habe. Der Bericht des Diagnose Zentrums Belmont vom 22. August 2013 vermöge die Beurteilung des RAD vom

21. Juni 2013 nicht zu erschüttern, er dokumentiere keine Verschlechterung des Zustandes. Der Invaliditätsgrad sei anhand eines Prozentvergleichs zu ermitteln. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, zu 100 % einer körperlich leichten traditionellen Tätigkeit der Fahrenden nachzugehen wie zum Beispiel Korbflechten und Schleifen von leichten Gegenständen (Messer, Scheren). Dabei könnte sie in etwa dasselbe Einkommen erzielen wie in ihrer angestammten Tätigkeit.

E. 16

In einem dritten Schriftenwechsel vertieften die Parteien ihre Positionen. Auf Aufforderung des Instruktionsrichters reichte Dr. med. D._____ die

- 7 - Tonbandaufnahme über die psychiatrische Untersuchung ein. Diese wurde in der Folge den Parteien zur Stellungnahme unterbreitet. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften und der angefochtenen Verfügung wird, soweit erforderlich, in den Erwägungen eingegangen. Das Gericht zieht in Erwägung: 1. Die vorliegende Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung vom 25. Oktober 2013, mit welcher die IV-Stelle des Kantons Graubünden den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin per Ende November 2013 aufgehoben hat. Das Verwaltungsgericht des Kantons Graubünden ist aufgrund von Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und Art. 58 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Verbindung mit Art. 49 Abs. 2 lit. a des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege (VRG; BR 370.100) zur Beurteilung der vorliegenden Beschwerde sachlich und örtlich zuständig. Als formelle und materielle Verfügungsadressatin ist die Beschwerdeführerin von der angefochtenen Verfügung unmittelbar betroffen und hat ein schutzwürdiges Interesse an deren gerichtlicher Überprüfung, womit sie zur Beschwerdeführung berechtigt ist (Art. 59 ATSG). Überdies wurde die Beschwerde frist- und formgerecht beim Verwaltungsgericht eingereicht (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG). Demzufolge ist auf die Beschwerde einzutreten. 2. Streitig ist, ob die IV-Stelle die bisherige halbe IV-Rente der Beschwerdeführerin zu Recht unter Verweis auf eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands revisionsweise per Ende November 2013 aufgehoben hat. Zu prüfen ist insbesondere, ob die IV-Stelle sich zur Festlegung der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. D._____,

- 8 - Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Dezember 2012 und auf den Bericht von Dr. med. E._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vom 11. Juni 2013 abgestützt hat. Zu prüfen ist auch, ob die IV-Stelle bei der Bemessung des Invaliditätsgrades gebührend berücksichtigt hat, dass die Beschwerdeführerin Jenische ist und eine fahrende Lebensweise pflegt. Für die Beantwortung dieser Fragen ist der Sachverhalt massgeblich, der sich bis zum Zeitpunkt des Verfügungslasses – vorliegend somit bis zum 25. Oktober 2013 – verwirklicht hat (BGE 132 V 215 E.3.1.1). 3. a) Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG wird eine Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E.3). Als Revisionsgrund in Frage kommt somit zur Hauptsache eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands mit entsprechender Beeinflussung der Erwerbsfähigkeit (BGE 133 V 545 E.6.1). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer

materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht (134 V 131 E.3). b) Vorliegend handelt es sich um eine Rentenrevision von Amtes wegen. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung ist die Verfügung der IV-Stelle vom 29. Februar 2008, mit welcher der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. März 2005 eine halbe Rente zugesprochen worden war. Die IV-Stelle ist der Ansicht, seit damals habe sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich gebessert. Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber eine Verschlechterung ihres gesundheitlichen Zustandes geltend und verlangt zur Klärung der gesundheitlichen Situation die Anordnung eines

- 9 - Gerichtsgutachtens. Nachfolgend ist also zu prüfen, ob die IV-Stelle den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt hat, und ob sich dieser psychische Gesundheitszustand seit dem 29. Februar 2008 in einem wesentlichen Ausmass verändert hat. 4. a) Zur Beurteilung der Frage, ob eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, sind Verwaltung und Gerichte auf Angaben ärztlicher Experten angewiesen. Aufgabe des Arztes beziehungsweise des Psychiaters ist es, den Gesundheitszustand der versicherten Person zu beurteilen und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten diese arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte und Befunde eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E.4). b) In einem sozialversicherungsrechtlichen Verfahren unterliegen sämtliche Beweismittel, somit auch medizinische Berichte und Gutachten, der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist somit entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten abgeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet, und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E.5.1, 125 V 351 E.3a). Nach der Rechtsprechung kann bei der Beweiswürdigung allerdings auf gewisse Richtlinien abgestellt werden. So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E.1.3.4; 125

- 10 - V 351 E.3b/bb). In Bezug auf Berichte von behandelnden Ärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Der Bericht eines behandelnden Arztes hat somit nicht den gleichen Rang wie ein von der IV-Stelle nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten. Er verpflichtet indessen - wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten - den Richter zu prüfen, ob der Bericht des behandelnden Arztes die Auffassungen und Schlussfolgerungen des förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 135 V 465 E.4.6, 125 V 361 E.3c). Ergeben die im Administrativverfahren eingeholten medizinischen Berichte und Sachverständigengutachten ein überzeugendes Beweisergebnis, stellt das angerufene Gericht für seine Beurteilung abschliessend darauf ab (BGE 122 V 157 E.1d; Urteil des

Verwaltungsgerichts des Kantons Graubünden S 13 46 vom 1. Oktober 2013 E.2b). 5. a) In psychiatrischer Hinsicht basierte die rentenzusprechende Verfügung vom 29. Februar 2008 auf dem Gutachten von Dr. med. C._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 24. April 2007 (IV-act. 40). Dr. med. C._____ hatte damals eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Dysthymia (F34.1) und eine Panikstörung (F41.0) diagnostiziert und eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestiert. Die vorliegend angefochtene Verfügung basiert auf dem Gutachten von Dr. med. D._____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 19. Dezember 2012 (IV-act. 69). Dr. med. D._____ kam zum Schluss, es könne keine psychiatrische Diagnose gestellt werden und die Arbeitsfähigkeit sei aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt. Diesen Schluss begründete er nachvollziehbar damit, dass sich anlässlich der Untersuchung keine Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Störung gefunden hätten, dass die Beschwerdeführerin selber nicht der Ansicht sei, psychisch krank zu sein und dass seit der Be-

- 11 - gutachtung durch Dr. med. C._____ 2007 nie eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung stattgefunden habe. Die Untersuchung durch Dr. med. D._____ erfolgte fachgerecht und der Inhalt des Gutachtens ist überzeugend und nachvollziehbar. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin, auf deren Kritik nachstehend im Detail eingegangen wird, sind keine Hinweise dafür ersichtlich, dass das Gutachten von Dr. med. D._____ nicht den aktuellen Standards und Anforderungen entsprechen würde. Insbesondere wird das Gutachten nicht durch eine fachärztliche Gegenmeinung in Frage gestellt. b) Die Beschwerdeführerin rügt die Dauer der Untersuchung. Dr. med. D._____ gibt dazu in seinem Gutachten an, die Exploration habe etwa eine Stunde gedauert (IV-act. 69-3). Das aufgezeichnete Explorationsgespräch dauerte gemäss Zeitangabe auf dem Tonträger 40 Minuten und 25 Sekunden. Nicht aufgezeichnet wurden dabei die Begrüssung, die Erläuterung der Gutachtensumstände und die Erhebung des Psychostatus (Schreiben von Dr. med. D._____ an den Instruktionsrichter vom 21. Juli 2014). Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, in dieser kurzen Zeit sei keine vollständige Erhebung der Anamnese möglich und es könne kein Vertrauensverhältnis geschaffen werden, welches die Öffnung des Patienten für die ganze innewohnende Problematik zulasse. Nach der Praxis des Bundesgerichts ist für eine psychiatrische Untersuchung der zu betreibende zeitliche Aufwand von der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie abhängig. So ist eine eigentliche Geisteskrankheit mit deutlicher Ausprägung der Symptomatik oft in kurzer Frist diagnostizierbar, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein kann, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitsstörung zu erhellen oder problematische Fragen nach dem Zusammenhang zwischen traumatischen äusseren Ereignissen und nachfolgender Symptomatik zu erörtern. Ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung lässt sich also nicht

- 12 - allgemeingültig definieren (Urteile des Bundesgerichts I 1094/2006 vom 14. November 2007 E.3.1.1; 9C_49/2014 vom 29. Oktober 2014 E.4.4.2, 8C_767/2013 vom 20. Februar 2014 E.6.1). Die Dauer der Untersuchung ist indessen gerade bei psychiatrischen Begutachtungen, die grundsätzlich einen höheren Zeitaufwand erfordern als somatische, nicht unerheblich. Ein unangemessen kurzes Explorationsgespräch kann die Beweiskraft eines psychiatrischen Gutachtens schmälern oder ganz in Frage stellen. Geht es wie vorliegend nicht nur um die Beurteilung eines feststehenden psychiatrischen

Sachverhalts, sondern um die Erfassung des psychischen Zustandes einer zuvor unbekannt Person, muss eine Untersuchung stattfinden, deren Dauer eine sorgfältige Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung erlaubt und allenfalls Raum lässt für die ergänzende Durchführung von testpsychologischen Abklärungen (Urteil des Bundesgerichts I 1094/06 vom 14. November 2007 E.3.1.1). Der Beweiswert eines psychiatrischen Gutachtens kann allerdings nicht allein mit dem Argument in Frage gestellt werden, dass eine Untersuchung zu kurz war, was jedenfalls gilt, wenn mit Blick auf den dokumentierten Sachverhalt keine Hinweise auf materielle Mängel des Gutachtens bestehen (GERMANN, Die gerichtlichen Vorgaben an polydisziplinäre Gutachten bei Schleudertraumen und äquivalenten Verletzungen, in: SZS 53/2009, S. 378). Diese Vorgaben berücksichtigend ist festzustellen, dass sich im vorliegenden Fall die Untersuchungsdauer zwar im unteren Bereich für ein psychiatrisches Gutachten bewegt. Entscheidend ist jedoch, dass keine Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass der betriebene zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie nicht angemessen gewesen wäre. Es bestehen auch keine konkreten Hinweise, dass sich die Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hätte, zumal wie erwähnt auch keine fachärztliche Kritik vorliegt, welche das Gutachten in Frage stellen würde. c) Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, Dr. med. D._____ hätte bei ihrem Ehemann oder den Töchtern eine Fremdanamnese einholen müssen.

- 13 - Dies trifft nicht zu. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist eine Fremdanamnese im Rahmen eines psychiatrischen Gutachtens ebenso wie Auskünfte der behandelnden Ärzte und Psychiater häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich (Urteile des Bundesgerichts 8C_639/2011 vom 5. Januar 2012 E.4.3.2; 9C_482/2010 vom 21. September 2010 E.4.1). Die Frage, ob medizinische Gutachter eine Fremdanamnese einholen oder nicht, liegt zwar in deren Ermessen (Urteil des Bundesgerichts 9C_762/2010 vom 19. Oktober 2010 E.3.1), gerade bei psychiatrischen Gutachten wird jedoch eine Fremdanamnese für eine umfassende Beurteilung häufig sinnvoll sein. Vorliegend sind hingegen keine Aspekte ersichtlich, welche das Einholen einer Fremdanamnese als zwingend erforderlich erscheinen lassen. Dies auch deshalb, weil die Beurteilung durch Dr. med. D._____ nicht durch eine abweichende fachärztliche Meinung in Frage gestellt wird, und weil weder ein behandelnder Psychiater noch ein Arbeitgeber für eine Fremdanamnese zur Verfügung gestanden hätte, und da Familienangehörige erfahrungsgemäss wenig verlässliche Informationen liefern, wenn es wie vorliegend um die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit geht. d) Die Beschwerdeführerin rügt, die Untersuchungsatmosphäre sei äusserst unangenehm gewesen, Dr. med. D._____ habe während der ganzen Zeit arrogant auf sie eingeredet. Diese Rüge wird durch die Tonaufnahme nicht bestätigt. Allein aus der Tonaufnahme ergibt sich für einen unbeteiligten Dritten keine negative Atmosphäre und keine negative Voreingenommenheit des Gutachters gegenüber der Beschwerdeführerin, welche dazu führen würde, dass die Aussagen des Gutachtens nicht verwertbar wären. e) Die Beschwerdeführerin argumentiert, das Gutachten von Dr. med. D._____ sei in sich widersprüchlich. In seiner Diagnoseableitung führe Dr. med. D._____ aus: „Ebenfalls keine Hinweise fanden sich für das Vorliegen (...) einer somatoformen Störung, insbesondere auch nicht einer an-

- 14 - haltenden somatoformen Schmerzstörung, denn die Explorandin hat gar nicht über anhaltende Schmerzen geklagt“ (IV-act. 69-34). Dies stehe im Widerspruch zu verschiedenen, im Gutachten festgehaltenen Aussagen („Aufgrund ihrer Schmerzen würde

sie sich etwas isolieren“ [IV-act. 69- 23]; „Dazu kämen die Schmerzen. Schmerzfrei sei sie nie“ [IV-act. 69-24]; „Sie habe Physiotherapie, Wassertherapie, Lymphdrainagen und Massa- gen gehabt, aber die Schmerzen würden bleiben“ [IV-act. 69-24]; „Die Schmerzen seien immer da, manchmal etwas weniger, manchmal etwas mehr [IV-act. 69-25]; etc.). In seiner Stellungnahme vom 21. Februar 2014 entgegnete Dr. med. D._____, die Beschwerdeführerin zitiere die Aussa- gen zu den Schmerzen einseitig. Es fänden sich weitere Aussagen, die für schmerzfreie Phasen sprechen würden („Gerade im Moment gehe es gut, sie dürfe sich einfach nicht bewegen“ [IV-act. 69-25]). Weiter führte Dr. med. D._____ aus, für das Vorliegen einer anhaltenden somatofor- men Schmerzstörung seien anhaltende Schmerzen aber ohnehin nicht das einzige Kriterium. Laut ICD-10 müsse ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, die vorherr- schende Beschwerde darstellen. Der Schmerz müsse in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auftreten. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Im Falle der Explorandin sei es aber so, dass weder ein andauernder schwerer und quälender Schmerz bestehe, noch dass dieser Schmerz als Folge eines emotionalen Konflikts oder einer psycho- sozialen Problematik angesehen werden könnte. Vielmehr hätten die Schmerzen einen nicht unwesentlichen organischen Kern. Die Somatiker diagnostizierten eine Fibromyalgie und gingen davon aus, dass die Explo- randin in ihrer bisherigen Tätigkeit nicht mehr arbeitsfähig sei (Stellung- nahme S. 5 f., 10). Damit erklärte Dr. med. D._____ nachvollziehbar, weshalb seiner Ansicht nach trotz der Schmerzproblematik keine anhal- tende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren ist. Der Vorwurf,

- 15 - das Gutachten sei in Bezug auf die Schmerzproblematik widersprüchlich, ist damit entkräftet. f) Die Beschwerdeführerin macht geltend, Dr. med. D._____ habe beim Test mittels Hamilton-Depressionsskala depressive Symptome festgestellt und daraus zu Unrecht nicht auf das Vorliegen einer Depression ge- schlossen (IV-act. 69-31). Dies trifft nicht zu. Die Hamilton- Depressionsskala ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Einschätzung des Schweregrades einer Depression, bei welcher sämtliche Symptome Punkt für Punkt durchgearbeitet und bewertet werden. Der zeitliche Bezugsrahmen umfasst dabei die letzten Tage oder Wochen (http://flexikon.doccheck.com/de/Hamilton_Depression_Scale, besucht am 27. Januar 2015). Sind wie im vorliegenden Fall einzelne Symptome vorhan- den (depressive Gefühle, Schlafstörungen, Schmerzen, Libidoverlust), so lässt dies entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht ohne Wei- teres auf das Vorliegen einer Depression schliessen. Das Ergebnis eines Tests mittels Hamilton-Depressionsskala spricht nur dann für das Vorlie- gen einer Depression mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, wenn die An- zahl der vorhandenen Symptome und deren Schweregrad genügend hoch ist, was vorliegend eben nicht der Fall war. Dr. med. D._____ kann sodann auch darin gefolgt werden, dass es wegen der suggestiven Kom- ponente der Hamilton-Depressionsskala wichtig ist, das Resultat mit den während der Anamneseerhebung spontan vorgebrachten Klagen zu ver- gleichen. Die Explorandin habe spontan kaum psychische Symptome be- klagt, hingegen bei der gezielten Befragung im Psychostatus und bei der Hamilton-Depressionsskala verschiedene Symptome bejaht (Stellung- nahme S. 4 und 7). Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es keine Anzeichen dafür gibt, dass Dr. med. D._____ die Hamilton- Depressionsskala nicht fachgerecht angewendet hätte. g) Umstritten ist sodann, ob sich Dr. med. D._____ mit der Einschätzung des Vorgutachters Dr. med. C._____ ausreichend auseinander gesetzt hat. In

- 16 - seiner Stellungnahme entgegnete Dr. med. D._____, er habe im Gutachten ausführlich Stellung genommen zu den früheren ärztlichen Einschätzungen (IV-act. 69-36). Er habe zwar in der Tat nicht erläutert, wie und weshalb die Besserung eingetreten sei. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin sei diese Besserung aber nicht unwahrscheinlich, sondern eher die Regel als die Ausnahme, weshalb er nicht extra darauf eingegangen sei. Bei einer depressiven Störung trete bei der Mehrheit der Patienten eine Genesung ein, nur eine Minderheit entwickle eine anhaltende Depression. Hinzu komme, dass auch die Explorandin selber von einer Verbesserung ausgehe. Sie habe beim Untersuchungsgespräch angegeben, dass sie vor fünf Jahren Depressionen gehabt habe. Bei einer Psychiaterin in Winterthur habe sie ein paar Sitzungen gehabt. Seit her sei sie nicht mehr in psychiatrischer Behandlung gewesen (IV-act. 69-23). Die von der Beschwerdeführerin erhobene Kritik ist demnach nicht stichhaltig. h) Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, Dr. med. D._____ hätte die Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik (OPD-2) anwenden müssen. Die OPD-2 ist gemäss Umschreibung auf der Webseite des Arbeitskreises OPD ein Instrument zur Diagnose, Therapieplanung und Veränderungsmessung. Sie wurde als Ergänzung zur psychiatrischen Diagnostik gemäss der von der Weltgesundheitsorganisation WHO herausgegebenen Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) und dem von der American Psychiatric Association herausgegebenen Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) entwickelt, um im Bereich der psychodynamischen und psychoanalytischen Psychotherapie Diagnosen reliabel und valide abzubilden (www.opd-online.net, besucht am 15. April 2015). Dr. med. D._____ führte dazu in seiner Stellungnahme aus, für die arbeitsmedizinische Abklärung sei das System des OPD nicht ganz unumstritten. Hier gehe es darum festzulegen, ob ein gravierendes psychisches Leiden von Krankheitswert bestehe und nicht darum, eine Beschreibung der Persönlichkeit abzugeben, die auf psychodyna-

- 17 - misch orientierten Modellen beruhe (Stellungnahme S. 8). Nach der Rechtsprechung haben sich psychiatrische Gutachter bei der Diagnosestellung auf ein anerkanntes Klassifikationssystem, mithin auf die ICD-10 oder das DSM-IV zu stützen (BGE 139 V 547 E.7.2, 137 V 295 E.5.3.2). Ob ein ergänzendes Abstellen auf die OPD-2 notwendig ist, hat das Bundesgericht offen gelassen (Urteil des Bundesgerichts 8C_105/2014 vom 4. Juli 2014 E.3.3.3). Im vorliegenden Fall hat Dr. med. D._____ nach der ICD-10 diagnostiziert. Es sind keine Hinweise dafür ersichtlich, dass die Diagnosestellung durch ein Abstellen auf die OPD-2 verlässlicher gewesen wäre, ging es doch bei der Begutachtung um die Erfassung des aktuellen psychischen Zustandes und die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit und nicht um eine umfassende psychoanalytische und tiefenpsychologische Abklärung. Dass Dr. med. D._____ die OPD-2 nicht angewendet hat, ist somit nicht zu beanstanden. i) Die „Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung“ der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vereinheitlichen seit ihrer Publikation im Februar 2012 die psychiatrische Begutachtung zuhanden der IV und anderen Sozialversicherern. Die Richtlinien verstehen sich als Empfehlung, von welchen man nur im begründeten Einzelfall abweichen sollte. Dem Rechtsanwender dienen sie als Orientierung zur Beurteilung der Qualität von psychiatrischen Gutachten (MARELLI, Das psychiatrische Gutachten, in: RIEMER-KAFKA (Hrsg.), Psyche und Gesundheit, Zürich 2014, S. 83). Unter dem Titel „Empfehlungen zum Ablauf einer Explorativon“ sehen die Richtlinien vor, dass nach einer offenen Einleitung ein strukturiertes, spezifizierendes „Nachfragen“

stattfinden solle, wobei un- abhängig von den Spontanangaben des Exploranden aktuelle anamnesti- sche Angaben zu allen wesentlichen Symptombereichen nach AMPD er- hoben werden sollen. Das AMPD-System beinhaltet gemäss Angabe der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMPD) Instrumente zur Erfassung des psychopathologischen Befundes,

- 18 - körperlicher Symptome und Anamnese-Daten bei psychisch Kranken (www.ampd.ch, besucht am 15. April 2015). Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, Dr. med. D._____ habe keine systematische Exploration und Einschätzung aller gemäss AMPD-System relevanten Symptome ge- macht habe. Zumindest die vom Vorgutachter erhobenen Diagnosen „Re- zidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode“, „Dysthymia“ und „Panikstörung“ hätten anhand der in der ICD-10 genann- ten Kriterien abgeklärt werden müssen. In seiner Stellungnahme entgeg- nete Dr. med. D._____, er habe den Psychostatus nach AMPD erhoben. Alle relevanten Punkte seien analog der Struktur der AMPD gestreift wor- den, wenn auch nur summarisch, wenn sie unauffällig gewesen seien. Aus Gründen der Lesbarkeit habe er darauf verzichtet, alle unauffälligen Punkte einzeln aufzulisten. Am Beispiel der Angaben im Gutachten zu den Störungen der Affektivität (IV-act. 69-30) illustrierte Dr. med. D._____ dieses Vorgehen (Stellungnahme S. 3). Damit erklärte er nachvollziehbar, dass er das AMPD-System korrekt angewendet hat. j) Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, Dr. med. D._____ hätte den Schweregrad der Schmerzen unter Anwendung der Numerischen Rating Skala (NRS-Skala) erfragen müssen. Diese Skala werde andernorts ständig angewendet. Sie veranlasse den Patienten, über den Schwere- grad seiner Schmerzen nachzudenken und eine genauere Aussage zu machen. Dieses Vorbringen ist unbehelflich. Weder die Rechtsprechung noch die „Qualitätsrichtlinien für psychiatrische Gutachten in der Eid- genössischen Invalidenversicherung“ sehen eine zwingende Verwendung der NRS-Skala bei der psychiatrischen Begutachtung vor. Vielmehr ist es Aufgabe des Gutachters zu entscheiden, ob Schmerzangaben nach der NRS-Skala hilfreich sind oder nicht. Vorliegend gab Dr. med. D._____ in seiner Stellungnahme an, bei den sehr widersprüchlichen Angaben der Explorandin hätte die Anwendung einer Selbstbeurteilungsskala keinen Sinn gehabt (Stellungnahme S. 9). Inwiefern die Verwendung der NRS-

- 19 - Skala zu einer wesentlich besseren Beurteilung hätte führen können, ist entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nicht ersichtlich. k) Die Beschwerdeführerin wirft Dr. med. D._____ vor, er habe das psycho- pathologische Phänomen der Krankheitsverleugnung nicht erkannt. Die- ser Vorwurf ist unbegründet. Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersicht- lich, dass sich Dr. med. D._____ durch ein dissimulatives Verhalten der Beschwerdeführerin hätte täuschen lassen. Vielmehr darf angenommen werden, dass Dr. med. D._____ als Facharzt entsprechende Verhaltens- muster richtig zu deuten gewusst hätte (Urteil des Bundesgerichts I 457/02 vom 18. Mai 2004 E.5.2). Zudem ist für eine Dissimulation kein Motiv ersichtlich. Dafür, dass die Beschwerdeführerin aus Scham psychi- sche Symptome verschwiegen hätte, bestehen keine Anhaltspunkte. Dr. med. D._____ führte dazu in seiner Stellungnahme aus, die Explorandin habe nicht besonders schambehaftet gewirkt. Bei der Erhebung der Kran- kengeschichte habe sie viele Klagen vorgebracht. Es sei unwahrschein- lich, dass sie diese bei der Schilderung der aktuellen Symptomatik plötz- lich aus Scham unterschlagen hätte (Stellungnahme S. 4). l) Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, Dr. med. D._____ habe die Fami- lienanamnese auffallend kurz erhoben. Er habe nach der hörbar verzö- gerten Antwort, wonach die

Kindheit „glücklich“ gewesen sei, nicht genügend nachgefragt. Angesichts der bestehenden Indizien für eine belastete Kindheit und Jugend hätte er weiter nachfragen und validieren müssen. Tatsächlich sei es so, dass ihre Kindheit und Jugend wegen der ständigen materiellen Not und der sozialen Ausgrenzung als Fahrende belastet gewesen sei. Zusätzlich habe sie als zirka Elfjährige erfahren, dass sie gar nicht die leibliche Tochter ihres Vaters sei, was nach einem aufwühlenden Familienkrach totgeschwiegen worden sei. Dr. med. D._____ ging indessen nicht - wie die Beschwerdeführerin unterstellt - von einer unbelasteten Kindheit und Jugend aus. Im Abschnitt „Biographische Anamnese“ gab er an, als „Zigeunerkind“ sei die Beschwerdeführerin in

- 20 - der Schule schon ab und zu gehänselt worden“ (IV-act. 69-21). Zudem stand ihm das Gutachten von Dr. med. C._____ zur Verfügung, welches eine umfangreiche Sozial- und Berufsanamnese enthält (IV-act. 40-3). Auf diese vertrauenswürdigen Angaben durfte sich Dr. med. D._____ nach der Rechtsprechung abstützen und musste nicht alles nochmals selber erfragen (Urteil des Bundesgerichts 9C_55/2009 vom 1. April 2009 E.3.3). Aus dem Gutachten von Dr. med. C._____ wusste Dr. med. D._____, dass die Lebensumstände der Beschwerdeführerin zum Teil schwierig gewesen waren. So zitierte Dr. med. D._____ im Abschnitt „Auszug aus den wesentlichen Vordokumenten“ zum Beispiel, dass sich die Beschwerdeführerin seit der frühen Kindheit als Aussenseiterin gefühlt habe (IV-act. 69-17). Auch in diesem Punkt erweist sich somit die Kritik der Beschwerdeführerin nicht als stichhaltig. 6. Es hat sich gezeigt, dass die IV-Stelle dem Gutachten von Dr. med. D._____ zu Recht volle Beweiskraft beigemessen hat. Dem Antrag der Beschwerdeführerin auf Einholung eines Gerichtsgutachtens ist deshalb, soweit die psychiatrischen Aspekte betroffen sind, nicht Folge zu leisten, da von einem solchen Gutachten keine neuen entscheiderelevanten Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung [BGE 127 V 491 E.1b, 124 V 93 E.4b]). 7. Wie bereits erwähnt, lag der rentenzusprechenden Verfügung vom 29. Februar 2008 das Gutachten von Dr. med. C._____ vom 24. April 2007 zu Grunde, welches der Beschwerdeführerin eine Arbeitsfähigkeit von 50 % attestierte und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), eine Dysthymia (F34.1) und eine Panikstörung (F41.0) diagnostizierte. Gemäss dem Gutachten von Dr. med. D._____ vom 19. Dezember 2012 hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit damals wesentlich verbessert, indem keine psychische Krankheit mehr vorliegt und die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt ist. Die IV-Stelle geht deshalb zu Recht da-

- 21 - von aus, dass ein Revisionsgrund gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG gegeben ist (vgl. vorne E.3). 8. a) Zu prüfen ist nun, ob die IV-Stelle den Invaliditätsgrad korrekt ermittelt hat. Als Invalidität gilt gemäss Art. 8 ATSG und Art. 4 IVG die durch einen körperlichen oder geistigen Gesundheitsschaden verursachte, voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat eine Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 % invalid ist, auf eine Dreiviertelsrente wenn sie zu mindestens 60 % invalid ist, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % invalid ist und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG und Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die Versicherte nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum

Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). b) Ein wichtiger Faktor für die Festlegung des Invaliditätsgrades ist die Frage, inwieweit die versicherte Person in einer zumutbaren Tätigkeit arbeitsfähig ist. Zur Beantwortung dieser Frage sind die IV-Stellen und die Gerichte auf die Angaben medizinischer Experten angewiesen. Diese haben zu beurteilen, inwiefern eine Versicherte in ihren wesentlichen körperlichen und geistigen Funktionen durch ihr Leiden eingeschränkt ist, und welche Arbeitsleistungen ihr in welchem Umfang noch zugemutet werden können, beziehungsweise wie gross die Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Tätigkeit ist (BGE 132 V 93 E.4). Im vorliegenden Fall wurde bereits festgestellt, dass die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht mehr eingeschränkt ist. Zu prüfen bleibt die Frage, inwieweit Einschränkungen aus somatischer Sicht bestehen.

- 22 - 9. a) Die IV-Stelle hat den somatischen Gesundheitszustand gestützt auf die rheumatologische Abklärung von Dr. med. E._____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) inklusive einer Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) im Rheuma- und Rehabilitationszentrum Valens beurteilt. Dr. med. E._____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 28. Februar 2013 (IV-act. 77) ein lumbospondylogenes (DD: lumboradikuläres) Reizsyndrom rechts mit breitbasiger sehr lateraler Diskushernie L5/S1 mit Kompression von L5 im Neuroforamen, mit Einengung des Subarachnoidalraums auf Höhe L4/5 aufgrund einer breitbasigen Diskushernie sowie vergrößerter Zwischenwirbelgelenke und verdickter Lig. flava, bei einer Fehlstatik der Wirbelsäule mit S-förmiger Skoliose, verstärkter lumbaler Lordose und Protraktion des Kopfes und der Schultern, sowie mit muskulärer Dysbalance. Als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. med. E._____ ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei Fibromyalgie. Mit Bericht vom 11. Juni 2013 (IV-act. 82-1) ergänzte Dr. med. E._____, aufgrund der klinischen Untersuchung vom Februar 2013 und der EFL vom Mai 2013 könne davon ausgegangen werden, dass die Explorandin mindestens eine leichte wechselbelastende Tätigkeit mit Hantieren von Lasten bis 10 kg ganztags bewältigen könne. Zur EFL führten Dr. med. E._____ und die Ergonomietherapeutin F._____ mit Bericht vom 17. Juni 2013 (IV-act. 82-3) aus, infolge erheblicher Symptomausweitung, Selbstlimitierung und Inkonsistenz seien die Resultate der physischen Leistungstests für die Beurteilung der zumutbaren Belastbarkeit nicht verwertbar. Zudem lasse sich das Ausmass der demonstrierten physischen Einschränkungen mit den objektivierbaren pathologischen Befunden aus somatischer Sicht nur ungenügend erklären. Auf diese Beurteilung hat die IV-Stelle – aus den nachstehend dargelegten Gründen - zu Recht abgestellt. b) Art. 59 Abs. 2bis IVG sieht vor, dass die RAD den IV-Stellen zur Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs zur

- 23 - Verfügung stehen und dass die RAD-Ärzte in ihrem medizinischen Sachentscheid im Einzelfall unabhängig sind. Nach der Rechtsprechung gehören die RAD zur Verwaltung und die Berichte und Gutachten der RAD-Ärzte stellen versicherungsinterne Dokumente dar, welchen Beweiswert beigemessen werden kann, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 135 V 254 E.3.4.2, 122 V 157 E.1). Vorliegend hat Dr. med. E._____ die Beschwerdeführerin am 11. Februar 2013 während zweier Stunden eingehend untersucht. Er hat die relevanten rheumatologisch-orthopädischen Vorakten berücksichtigt. Seine Beurteilung stützt sich in nachvollziehbarer Weise auf die bei der Untersuchung erhobenen Befunde und auf die Ergebnisse der EFL. Widersprüche finden

sich in den Berichten von Dr. med. E. _____ nicht, und es bestehen auch keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit. Den Berichten von Dr. med. E. _____ ist somit volle Beweiskraft beizumessen. c) Die Beschwerdeführerin ist der Ansicht, in körperlicher Hinsicht liege in objektivierbarer Weise eine Verschlechterung der Gesundheitssituation vor. Sie verweist dabei auf drei Berichte, welche nachstehend zitiert und auf ihre Aussagekraft hin untersucht werden. aa) Im Bericht des Diagnose Zentrums Belmont vom 22. August 2013 (IV-act. 90) wurde ausgeführt: Hauptbefund sei eine Kompression der L5- und S1-Wurzeln rechts durch eine rechtsbetonte breitbasige Diskusprotrusion, Spondylarthrosen mit Flavahypertrophien und kurzen Pedikeln mit foraminaler und rezessaler Stenose L5/S1. Hochgradige Spinalkanalstenose im Segment LWK4/5 bei kurzen Pedikeln, Spondylarthrose mit Gelenkergüssen und Flavahypertrophien. Konsekutiv bestehe auch hier eine Einengung der Neuroforamina mit Tangierung respektive leichter Kompression der L5-Wurzeln rezessal. Tangierung der L3-Wurzel rechts foraminal bei Höhenminderung des Diskus, Bulging und einer Spondylarthrose. Hier zusätzlich relative spinale Enge bei kurzen Pedikeln und zusätzlicher Spondylarthrose mit Flavahypertrophien. Diskopathien mit Protrusion in den Segmenten von LWK1/2 und LWK2/3 ohne Hinweise für eine Neurokompression. Hier moderate Spondylarthrosen. Zusätzlich Nachweis aktivierter Osteochondrosen in den Grundplatten von LWK3 und LWK5 sowie in den Deckplatten von LWK4 und SWK1.

- 24 - Das diesem Bericht zugrunde liegende MRI wurde gut zwei Monate nach der Beurteilung durch den RAD-Arzt Dr. med. E. _____ gemacht. Die IV-Stelle hatte deshalb zu klären, ob das neue MRI gegenüber den radiologischen Unterlagen, die Dr. med. E. _____ zur Verfügung gestanden hatten, wesentliche neue Schädigungen aufzeigt. Dazu verglich Pract. med. I. _____ vom RAD in seiner Beurteilung vom 21. Oktober 2013 (IV-act. 93-17) die Befunde des neuen MRI mit denjenigen des MRI vom 24. Juli 2012 und des CT vom 7. April 2008. Er kam zum Schluss, aufgrund der neuen MRI-Aufnahme könne keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes nachgewiesen werden. Vielmehr könne eine mehr oder weniger grosse Konstanz im MRI/CT Befund bestätigt werden. Das MRI sei nicht geeignet, eine Änderung des Gesundheitszustandes nachzuweisen. Diese Beurteilung leuchtet ein. Die von der Beschwerdeführerin angestellten Interpretationen der verschiedenen MRI/CT-Befunde vermögen diese Beurteilung nicht zu erschüttern. Die IV-Stelle ging somit zu Recht davon aus, dass sich der rheumatologische Zustand der Beschwerdeführerin in der Zeit zwischen der Untersuchung durch Dr. med. E. _____ am 11. Februar 2013 und dem Erlass der Verfügung 25. Oktober 2013 nicht wesentlich geändert hat. bb) Der Bericht des Röntgeninstituts Oerlikon vom 21. November 2013 (Beilagen der Beschwerdeführerin) kommt zu folgender Beurteilung: "Linksmediolaterale, fokale DH im Segment HWK4/5 mit kurzstreckigem Kontakt zum Myelon. Abgesehen hiervon altersentsprechend unauffällige Darstellung der HWS." Dieser Bericht wurde rund einen Monat nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung erstellt. Er zeigt eine Diskushernie an der Halswirbelsäule auf, mithin eine neue Problematik, waren doch zuvor nur krankhafte Veränderungen an der Lendenwirbelsäule und am Kreuzbein radiologisch dokumentiert. Es fragt sich nun aber, ob dieser Bericht im vorliegenden Verfahren berücksichtigt werden kann. Massgeblich ist nämlich wie bereits erwähnt der Sachverhalt, der sich bis zum Zeitpunkt des Verfü-

- 25 - gungserlasses am 25. Oktober 2013 verwirklicht hat (BGE 132 V 215 E.3.1.1). Die Beschwerdeführerin argumentiert, der Zustand ihrer Halswirbelsäule habe sich vor dem

25. Oktober 2013 verschlechtert, bekanntlich würden Patienten längere Zeit konservativ behandelt, bevor der Arzt sie bei Fortbestehen der geklagten Beschwerden an ein Röntgeninstitut überweise. Dieser Sichtweise kann nicht gefolgt werden. Vielmehr ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Diskushernie nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung symptomatisch wurde. Im Bericht des Röntgeninstituts Oerlikon werden als Indikation Nackenschmerzen mit Ausstrahlung bis in beide Hände sowie ein einschnürendes Gefühl abdominell angegeben. Bei diesen deutlichen Hinweisen auf eine Diskushernie kann angenommen werden, dass die radiologische Untersuchung so schnell wie möglich veranlasst wurde. Dies wiederum lässt darauf schliessen, dass sich der Bericht des Röntgeninstituts Oerlikon auf einen Befund bezieht, der erst nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung auftrat und deshalb im vorliegenden Verfahren nicht zu berücksichtigen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_73/2010 vom 22. Juli 2010 E.4.2). cc) In ihrem Bericht vom 4. Dezember 2013 (Beilagen der Beschwerdeführerin) gab Dr. med. H._____, Fachärztin FMH für Physikalische Medizin und Rehabilitation, folgendes an: Seit Jahren leide die Patientin an lumbosacralen Schmerzen mit Ausstrahlungen ins linke Bein über Dermatome L5 und S1 verbunden mit Dysästhesien und Parästhesien, die auf die lumbosacrale Diskushernie mit Kontakt zur Nervenwurzel L5 zurückgeführt werden könnten. Neuerdings bestünden erhebliche Cervicalgien mit Schmerzen im Nackengürtelbereich sowie Ausstrahlungen in den linken Arm sowie Dysästhesien und Parästhesien im ganzen linken Arm bei nachgewiesener Diskushernie C4/5, die Kontakt zum Myelom habe. Ihre Schmerzen seien sowohl im Nacken- wie auch im Lendenbereich schwerwiegend und führten zu einer erheblichen Beeinträchtigung ihrer Belastbarkeit, wobei sich ihr Invaliditätsgrad von 55 % sicherlich nicht verbessert, sondern aufgrund der neu aufgetretenen Cervicobrachialgien sogar eher zugenommen habe. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin belegt auch dieser Bericht keine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes in der Zeit zwischen der Untersuchung durch Dr. med. E._____ am 11. Februar

- 26 - 2013 und dem Erlass der angefochtenen Verfügung 25. Oktober 2013. Dr. med. H._____ beschreibt den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin am 4. Dezember 2013, mithin einem Zeitpunkt nach dem Erlass der angefochtenen Verfügung. dd) Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass der Bericht des RAD-Arztes Dr. med. E._____ die rheumatologische Situation beschreibt, wie sie bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung 25. Oktober 2013 bestanden hat. Die seither eingetretene HWS-Problematik ist nicht im Rahmen des vorliegenden Verfahrens zu berücksichtigen, sondern im Zusammenhang mit der am 25. November 2013 eingereichten Neuanschuldung. d) Die Beschwerdeführerin beanstandet, dass neben der Ergonomietherapeutin F._____ auch Dr. med. E._____ den Bericht der Klinik Valens betreffend die EFL unterschrieben habe (IV-act. 82-7). Sie sieht darin das Zeichen einer unzulässigen Zusammenarbeit zwischen dem RAD-Arzt und der Klinik Valens als externer Begutachterin. Dem kann nicht gefolgt werden. Vorliegend geht es nicht um eine externe Begutachtung. Eine solche läge vor, wenn nicht nur die EFL, sondern auch die rheumatologische Untersuchung und die Gesamtbeurteilung durch die Klinik Valens gemacht worden wären. Wäre dies so gehandhabt worden, so hätte der RAD-Arzt nicht beteiligt sein dürfen. Vorliegend wurde aber eine versicherungsinterne Abklärung gestützt auf Art. 49 Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) gemacht. Der RAD-Arzt führte die rheumatologische Untersuchung selber durch. Die EFL liess er aus praktischen Gründen in der darauf spezialisierten ergonomischen Abteilung

der Klinik Valens durchführen. In dieser Konstellation musste Dr. med. E._____ die ärztliche Würdigung der Ergebnisse der EFL vornehmen. Das von der Beschwerdeführerin eingereichte Schreiben des BSV vom 8. November 2013 ändert daran nichts. Dieses Schreiben beschlägt eine andere Konstellation. Es richtet sich an die Leiterinnen und Leiter

- 27 - von polydisziplinären Gutachterstellen und teilt ihnen mit, dass sie bei den versicherungsexternen Gutachten, die über SuisseMed@P vergeben würden, keine Ärzte beiziehen dürfen, die beim RAD angestellt sind. e) Die Beschwerdeführerin beruft sich auf ein Schreiben ihrer Hausärztin Dr. med. G._____ vom 9. August 2013 (IV-act. 87-1). In diesem Schreiben führte Dr. med. G._____ aus, sie kenne die Beschwerdeführerin seit fünf Jahren und ihr gesundheitlicher Zustand sei noch nie so schlecht gewesen. Die Schmerzen hätten trotz ausgeprägter medikamentöser Behandlung und Physiotherapie stark zugenommen und die Beweglichkeit in den Extremitäten und der Wirbelsäule habe parallel dazu abgenommen. Die Beschwerdeführerin sei nicht belastbar und benötige nach kurzer Zeit Pausen, sie sei zu 100 % arbeitsunfähig. Wie bereits erwähnt, darf und soll nach der Rechtsprechung in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung getragen werden, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, da bei ihnen die Behandlung und nicht die objektive Beurteilung des Gesundheitszustands im Hinblick auf einen Entscheid über Versicherungsansprüche im Zentrum steht (BGE 135 V 465 E.4.5). Steht die Einschätzung eines Hausarztes oder einer Hausärztin im Widerspruch zu derjenigen eines versicherungsinternen Arztes, ist allerdings zu prüfen, ob sie auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des versicherungsinternen Arztes weckt (BGE 135 V 465 E.4.6). Vorliegend vermag das Schreiben von Dr. med. G._____ keine Zweifel an der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. E._____ zu wecken. Dr. med. G._____ spezifiziert die Beschwerden nicht. Ihr Bericht enthält weder Befunde noch Diagnosen, und es fehlen Ausführungen dazu, welche Einschränkungen vorliegen und weshalb diese zu der geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit von 100 % führen. Der Beweiswert der Einschätzung von Dr. med. G._____ wird sodann auch dadurch gemindert, dass die in Frage stehenden Gesundheitsschäden einerseits rheumatologischer und

- 28 - andererseits psychiatrischer Natur sind. Damit sind zwei Fachgebiete betroffen, für welche Dr. med. G._____ als Fachärztin FMH für Innere Medizin nicht über eine spezielle fachärztliche Qualifikation verfügt. 10. a) Es hat sich gezeigt, dass die IV-Stelle den gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin genügend abgeklärt und für die Festlegung der Arbeitsfähigkeit zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. D._____ und die Beurteilung von RAD-Arzt Dr. med. E._____ abgestellt hat. Zu prüfen bleibt, ob die IV-Stelle bei der Bemessung des Invaliditätsgrades gebührend berücksichtigt hat, dass die Beschwerdeführerin als Fahrende einen halbnomadischen Lebensstil pflegt. b) Die IV-Stelle hat in der angefochtenen Verfügung für die Bemessung des Validen- und des Invalideneinkommens auf die vom Bundesamt für Statistik herausgegebene Lohnstrukturhebung (LSE) abgestellt. Das Valideneinkommen wurde auf Fr. 54'326.-- festgelegt (LSE 2010, Total aller Wirtschaftszweige, Anforderungsniveau 4 / einfache und repetitive Tätigkeiten), das Invalideneinkommen auf Fr. 48'893.-- (LSE 2010, Total aller Wirtschaftszweige, Anforderungsniveau 4, Leidensabzug von 10 %). Dieses Abstellen auf die LSE ist im vorliegenden Fall nicht rechtmässig. Die Schweiz hat die Fahrenden als

nationale Minderheit anerkannt und sich dazu verpflichtet, die wesentlichen Elemente ihrer ethnisch-kulturellen Identität zu schützen (Art. 27 UNO-Pakt II [SR 0.103.2]; Art. 4 Abs. 1 und Art. 5 Abs. 1 des Rahmenübereinkommens zum Schutz nationaler Minderheiten [SR 0.441.1]; Art. 8 Abs. 2 der Bundesverfassung [BV; SR 101]). Nach der Rechtsprechung darf für die Bemessung der Vergleichseinkommen einer Fahrenden, die in traditioneller Weise vom Frühling bis zum Herbst auf Reise ist, nicht auf die Werte der LSE abgestellt werden. Würden die Erwerbsmöglichkeiten einer Fahrenden an jenen gemessen, die Sesshaften zur Verfügung stehen, so würde dies, insbesondere im Bereich der einfachen und repetitiven Tätigkeiten, eine völkerrechts- und verfassungswidrige indirekte Diskriminierung darstellen. Bei der Bemessung

- 29 - des Invalideneinkommens darf einer Fahrenden nicht zugemutet werden, dass sie ihre traditionelle halbnomadische Lebensweise aufgibt und eine Arbeit ausführt, welche sie zur Sesshaftigkeit zwingt und dadurch eine kulturelle Entwurzelung bewirkt (BGE 138 I 205 E.6.2). Vorliegend anerkennt die IV-Stelle, dass sie zu Unrecht auf die LSE abgestellt hat. c) Nach der Rechtsprechung ist für die Bemessung des Invalideneinkommens von Fahrenden auf die konkreten Umstände abzustellen und es dürfen nur Erwerbsmöglichkeiten in Betracht gezogen werden, welche mit der traditionellen Lebensweise des Volkes der Fahrenden vereinbar sind (BGE 138 I 205 E.6.3). In Anlehnung hieran argumentiert die IV-Stelle nun, es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, eine körperlich leichte, traditionelle Tätigkeit in einem vollen Arbeitspensum auszuüben. In Frage kämen zum Beispiel Korbflechten, Messer- und Scherenschärfen sowie Hausieren mit Haushaltartikeln (z.B. Handtücher, Schürzen, Hemden, Stoffe) oder mit Artikeln des gewerblichen Bedarfs (z.B. Seilerwaren, Arbeitskleidung). In diesen Tätigkeiten könne sie in etwa dasselbe Einkommen wie in der angestammten Tätigkeit erwirtschaften, zumindest ergebe sich keine rentenbegründende 40%-ige Erwerbseinbusse. Damit erfüllt die IV-Stelle ihre Pflicht zur sorgfältigen Abklärung der konkreten Erwerbsmöglichkeiten nicht. Es ist nicht geklärt, welche der genannten traditionellen Tätigkeiten der Beschwerdeführerin angesichts ihrer rheumatologischen Einschränkungen zumutbar wären und welche Verdienstmöglichkeiten in diesen Tätigkeiten bestünden. d) Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die IV-Stelle den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin nicht korrekt ermittelt hat. In der angefochtenen Verfügung hat sie in unzulässiger Weise auf die LSE abgestellt. Welche Arbeitstätigkeiten der Beschwerdeführerin unter Beachtung ihrer gesundheitlichen Einschränkungen und ihrer fahrenden Lebensweise zumutbar wären und wie viel sie in diesen Tätigkeiten realisti-

- 30 - scherweise verdienen könnte, hat sie nicht mit der gebührenden Sorgfalt aufgezeigt. Dies hat sie nachzuholen. Dabei hat sie allenfalls zu differenzieren zwischen der Phase, in welcher sich die Beschwerdeführerin über den Winter an einem festen Standplatz aufhält und somit vorübergehend „sesshaft“ ist, und der Phase über den Sommer, wo die Beschwerdeführerin mit dem Wohnmobil unterwegs ist (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 750/04 vom 5. April 2006 E.3 und 5.4, Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen IV 2011/326 vom 13. September 2013 E.4.3). Die Erwerbsmöglichkeiten während der fahrenden Phase über den Sommer muss die IV-Stelle sorgfältig abklären. Dabei kann sie nebst den traditionellen Tätigkeiten der Jenischen auch Arbeiten in Betracht ziehen, die zwar nicht traditionell von den Jenischen ausgeübt werden, die aber mit der nomadischen Lebensweise vereinbar sind. Zur Klärung der Frage, wie viel mit den traditionellen jenischen Arbeitstätigkeiten verdient werden

kann, kann sich die IV-Stelle auf allfällige diesbezügliche Erhebungen der Radgenossenschaft der Landstrasse stützen, wie dies die Beschwerdeführerin beantragt. Es steht der IV-Stelle indessen auch frei, ihre Abklärungen auf andere sachdienliche Grundlagen zu stützen. 11. Es hat sich gezeigt, dass die IV-Stelle die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin korrekt festgelegt hat, bei der Bemessung des Invaliditätsgrades hingegen nicht rechtmässig vorgegangen ist. Die Beschwerde ist somit teilweise begründet. Die angefochtene Verfügung ist aufzuheben und die IV-Stelle hat im Sinne der Erwägungen Abklärungen vorzunehmen und neu zu entscheiden. 12. 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. 1000.-- festgelegt. Vorliegend werden die Kosten auf Fr.

- 31 - 700.-- festgesetzt. Gemäss Art. 73 Abs. 1 VRG hat die unterliegende Partei die Kosten zu tragen. Im vorliegenden Fall hat die IV-Stelle die Kosten zu übernehmen, gilt doch die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zur weiteren Abklärung und neuen Verfügung als vollständiges Obsiegen der Beschwerde führenden Partei (BGE 132 V 215 E.6.1; Urteil des Bundesgerichts 9C_592/2010 vom 23. März 2011 E.2.2). 13. a) Nach Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Auch in diesem Zusammenhang gilt bereits als Obsiegen, wenn die versicherte Person ihre Rechtsstellung im Vergleich zu derjenigen nach Abschluss des Administrativverfahrens insoweit verbessert, als sie die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung erreicht (BGE 132 V 215 E.6.2; Urteil des Bundesgerichts 9C_592/2010 vom 23. März 2011 E.2.1). Nach Art. 78 Abs. 1 VRG hat die unterliegende Partei die durch den Rechtsstreit verursachten notwendigen Kosten zu ersetzen. b) Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin macht mit Honorarnoten vom 10. März 2014 und vom 29. September 2014 einen Betrag von Fr. 9'304.55 geltend. Sie geht dabei von einem Stundenansatz von Fr. 250.-- aus, welcher nicht zu beanstanden ist. Gemäss Art. 3 der kantonalen Verordnung über die Bemessung des Honorars der Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälte (BR 310.250) gilt ein Stundenansatz zwischen Fr. 210.-- und Fr. 270.-- als üblich. Die Rechtsvertreterin macht einen zeitlichen Aufwand von 33.75 Stunden geltend. Dieser Aufwand ist der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen und erscheint nicht in vollem Umfang als notwendig. Der Beschwerdeführerin wird deshalb eine

- 32 - pauschale Parteientschädigung von Fr. 4'000.-- (inklusive MWST) zugesprochen. Demnach erkennt das Gericht:

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