

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.142 vom 21. April 2016

SO Obergericht, 2016-04-21, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.142](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.142)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.142 du 21 avril 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.142 del 21 aprile 2016

## Erwägungen

### E. 15

S. 2). 2. 2.1 Der Beschwerdeführerin wurden zunächst Eingliederungsmassnahmen gewährt, welche mit Bericht vom 28. August 2003 abgeschlossen wurden (IV-Nr. 29). Trotz Bemühungen der IV-Stelle und der Beschwerdeführerin habe die Stellenvermittlung nicht zum Ziel geführt. 2.2 Mit Verfügung vom 16. Oktober 2003 (IV-Nr. 31) wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin ab. 2.3 Nachdem die Beschwerdeführerin gegen die oben genannte Verfügung Einsprache erhoben hatte, welche mit Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. September 2004 abgewiesen worden war (IV-Nr. 38), liess die Beschwerdeführerin am 7. Oktober 2004 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (IV-Nr. 41). Das Versicherungsgericht wies diese mit Urteil vom 4. August 2005 (IV-Nr. 49) ab. Die Beschwerdeführerin gelangte in der Folge am 14. September 2005 mit Beschwerde an das eidgenössische Versicherungsgericht (IV-Nr. 54). Dieses hiess die Beschwerde am 3. Januar 2006 teilweise gut (IV-Nr. 56) und wies die Sache an die IV-Stelle zurück, damit diese nach erfolgter Abklärung neu über den Leistungsanspruch entscheide. Die Beschwerdegegnerin wurde insbesondere angewiesen, eine interdisziplinäre Begutachtung zu veranlassen. 3. 3.1 Die Beschwerdegegnerin liess nach dem Entscheid des eidgenössischen Versicherungsgerichts bei der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ ein interdisziplinäres Gutachten erstellen. Dieses wurde am 28. Dezember 2006 erstattet (IV-Nr. 64.1). Im Nachgang dazu erfolgte am 4. Juni 2007 eine weitere psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 69). 3.2 Mit Verfügung vom 17. April 2008 (IV-Nr. 80) gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin gestützt auf einen ermittelten Invaliditätsgrad von 62 % ab dem 1. Februar 2003 eine halbe Rente und ab dem 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente. Die Abstufung bzw. Erhöhung der Rente ergab sich aus der 4. IV-Revision. 4. 4.1 Am 21. August 2012 leitete die Beschwerdegegnerin eine Renten-Revision ein (IV-Nr. 82) und holte verschiedene Arztberichte ein (IV-Nr. 83 ff.). Die Beschwerdeführerin wurde durch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ am 20. Dezember 2013 erneut polydisziplinär begutachtet (IV-Nr. 94). 4.2 Mit Vorbescheid vom 14. Juli 2014 (IV-Nr. 103) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, gestützt auf das genannte Gutachten die Dreiviertelsrente auf eine Viertelsrente herabzusetzen. Die Beschwerdeführerin liess dagegen Einwand erheben (IV-Nr. 105) und die Beschwerdegegnerin holte weitere medizinische Unterlagen ein. 4.3 Nachdem durch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ am 12. September 2015 ein psychiatrisches Verlaufsgutachten erstattet worden war (IV-Nr. 116), führte die Beschwerdegegnerin erneut ein Vorbescheidverfahren durch (IV-Nrn. 121 und 123) und hob schliesslich mit Verfügung vom 21. April 2016 die Rente der Beschwerdeführerin auf Ende des Folgemonats nach Zustellung der Verfügung auf (Aktenseite [A.S.]. 1 ff.). 5. Dagegen lässt die

Beschwerdeführerin am 15. Mai 2016 (A.S. 5 ff.) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und der Beschwerdeführerin die Dreiviertelsrente zuzusprechen. 2. Es sei eventuell festzustellen, dass die Beschwerdeführerin Anrecht auf die Dreiviertelsrente habe und der Fall zwecks weiterer Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. 6. Die Beschwerdegegnerin beantragt in ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Juni 2016 (A.S. 15) unter Verweis auf die angefochtene Verfügung, die Beschwerde sei abzuweisen. 7. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die psychiatrische Verlaufsbegutachtung durch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ habe eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber der Vorbegutachtung im Jahr 2013 ergeben. Aus psychiatrischer Sicht bestehe zumindest seit Mai 2015 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Der Gesundheitszustand habe sich insbesondere gegenüber der Rentenverfügung vom 17. April 2008 in psychiatrischer Hinsicht wesentlich verbessert. Es liege damit ein Revisionsgrund vor. Aus somatischer Sicht bestehe für eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %. Die bisherige Tätigkeit als Reinigungsangestellte sei noch zu 50 % zumutbar. Insgesamt bestehe unter Berücksichtigung der psychischen Verfassung und der somatischen Situation in einer körperlich angepassten Tätigkeit ohne grosse Verantwortung eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Der Invaliditätsgrad betrage 29 %. Das psychiatrische Verlaufsgutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ entspreche den von der Rechtsprechung aufgestellten Kriterien für eine beweiskräftige Expertise. Eine gesundheitliche Verbesserung werde auch im Bericht des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 bzw. vom 28. Mai 2015 bestätigt. Auch gelte es zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 lediglich viermal einen Behandlungstermin bei Dr. med. G.\_\_\_\_ wahrgenommen habe. Die Beschwerdeführerin sei 53 Jahre alt und beziehe seit dem 1. Februar 2003 eine Rente. Die vom Bundesgericht festgelegten Werte (Alter von 55 Jahren oder Rentenbezug seit 15 Jahren) seien damit unterschritten. Unter diesen Umständen dürfe von der sofortigen Verwertbarkeit der wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung ausgegangen werden. Es bestehe kein Anspruch auf Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung. Bei der Beschwerdeführerin lägen keine spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art im Sinne der Rechtsprechung vor. Sie könne eine ihrer Restarbeitsfähigkeit entsprechende Arbeitsstelle auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt ohne Arbeitsvermittlung durch die Beschwerdegegnerin finden. Die Suche nach einer solchen Tätigkeit bedürfe keiner solchen Kenntnisse. 2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde vom 15. Mai 2016 (A.S. 5 ff.) sinngemäss entgegenhalten, der psychiatrische Gutachter, Dr. med. H.\_\_\_\_, sei anlässlich der Erstellung des Verlaufsgutachtens vom 12. September 2015 vorbefasst gewesen, da er schon die ursprüngliche Begutachtung vorgenommen habe. Der Beschwerdegegnerin sei vermutlich bekannt, dass die Ärzte der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ am meisten versicherungsfreundlich handelten. Auf das Verlaufsgutachten vom 12. September 2015 könne nicht abgestellt werden. Im Gutachten vom 4. Juni 2007 sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven

Episode mit somatischem Syndrom leide. Dr. med. H. \_\_\_ habe bei der Begutachtung 2013 festgestellt, dass die Beschwerdeführerin deprimiert und innerlich angespannt sei, die Vitalgefühle herabgesetzt seien und Insuffizienzgefühle beständen. Weiter leide die Beschwerdeführerin unter Schlafstörungen, Freudlosigkeit, Interessenverlust, sozialem Rückzug und Libidoverlust. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei deutlich eingeschränkt. Dies seien doch fast die gleichen Störungen, die Dr. med. E. \_\_\_ bei der Begutachtung vom 4. Juni 2007 festgestellt habe. Bei der Beurteilung des Arbeitsunfähigkeitsgrades komme er auf 40 %. Dies sei nichts anderes als eine anderweitige Beurteilung des gleichen medizinischen Sachverhalts, was keinen Grund für eine Rentenrevision darstelle. Weiter habe das Gespräch vom 2. September 2015 anlässlich der Verlaufsbeurteilung maximal 25 Minuten gedauert, denn das insgesamt 50-minütige Gespräch habe mit Hilfe einer Dolmetscherin stattgefunden. Dies sei für schweizerische Verhältnisse viel zu wenig, um einen sehr komplexen Krankheitsfall genügend abzuklären. Bei gleichem medizinischen Sachverhalt (affektive Schwingungsfähigkeit leicht eingeschränkt und ins Depressive verschoben) habe der Gutachter nun eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, diagnostiziert. Der Hauptgrund für die Verbesserung der psychischen Symptomatik seien die rückgängigen Schmerzen. Dabei habe der Gutachter in seinem Bericht vom 12. Dezember 2013 festgestellt, dass die Beschwerdeführerin überhaupt keine Schmerzen habe. Vom behandelnden Psychiater, Dr. med. G. \_\_\_, habe man telefonisch erfahren, dass die Beschwerdeführerin nicht arbeitsfähig sei. Gegenüber der RAD-Ärztin habe er aber offenbar angegeben, diese sei in rentenausschliessendem Masse arbeitsfähig. In seinen Berichten schreibe er aber etwas anderes. In diesem Fall könne nur eine Oberbegutachtung Klarheit bringen. Die Somatiker hätten einstimmig festgestellt, dass die Beschwerdeführerin nur leichte körperliche Tätigkeiten ausüben könne. Wenn dem so sei, habe sie Anrecht auf einen leidensbedingten Abzug von mindestens 20 %. Die Beschwerdeführerin sei 54 Jahre alt und arbeite seit August 2002 nicht mehr. Sie sei vollumfänglich deconditioniert. Der Fall liege an der Grenze des vom Bundesgericht festgelegten Bezugskreises. Da sie in ihren angestammten Tätigkeiten nicht mehr einsetzbar sei, wäre die Beschwerdegegnerin verpflichtet gewesen, Eingliederungsmassnahmen durchzuführen.

3. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall steht die Aufhebung einer seit 2003 ausgerichteten Invalidenrente per Ende Mai 2016 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

3.3 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach

Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

4. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V 198 E. 3b S. 199). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung – oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung – bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

5. 5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden

Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 209 S. 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2 bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C\_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C\_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit Hinweisen). 5.4 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks

Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O., E. 2.4). 6. Streitig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 17. April 2008 (IV-Nr. 80) ab 1. Februar 2003 zugesprochene halbe Invalidenrente bzw. ab 1. Januar 2004 zugesprochene Dreiviertelsrente zu Recht per Ende Mai 2016 aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom

#### **E. 17**

April 2008 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 21. April 2016 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). 6.1 Ihre ursprüngliche Rentenzusprechung stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2006 (IV-Nr. 64.1), was den somatischen Teil anbelangt, und in psychiatrischer Hinsicht auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 4. Juni 2007 (IV-Nr. 69). Für den Sachverhaltsvergleich ist unbestrittenermassen darauf abzustellen. 6.1.1 Das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ nannte als somatische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die folgenden: - myofaszielles Schmerzsyndrom Nacken-Schultergürtel rechts (ICD-10 M75.0), - lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Beckenfehlstatik und LWS-Skoliose (ICD-10 M54.3), - zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1) geringe degenerative Veränderungen der unteren HWS (Röntgen 2002), - Brachialgie links (ICD-10 G56.0) DD atypisches Carpaltunnelsyndrom, - Calcaneodynie rechts (ICD-10 M72.2). Als Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Hyperthyreose bei Morbus Basedow, eine arterielle Hypertonie, Migräne sowie eine diabetogene Stoffwechsellage genannt. Aus rheumatologischer Sicht wurde für körperlich schwere Tätigkeiten mit starker Belastung von Rücken und rechter Schulter eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit festgelegt. Für körperlich mittelschwere Tätigkeiten mit entsprechend mittelschwerer Belastung der erwähnten Regionen und somit auch für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Reinigungsangestellte wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % attestiert. Für körperlich leichte Tätigkeiten liege keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. 6.1.2 Dr. med. E.\_\_\_\_ kam in seiner psychiatrischen Beurteilung zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig und mit somatischem Syndrom sowie eine somatoforme Schmerzstörung vorlägen. Als Reinigungskraft bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit, in einer alternativen Tätigkeit eine solche von 50 %. Die Leistungsfähigkeit betrage dabei 100 %. Bei der Befunderhebung hätten eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust, Freudlosigkeit, Antriebsverminderung, Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefizite während der

Untersuchung, eine Einbusse des Selbstwertgefühls, Schuldgefühle, negativ pessimistische Zukunftsperspektiven festgestellt werden können. Anamnestisch seien Schlafstörungen, verminderter Appetit, Gewichtsabnahme, Libidoverlust, Unfähigkeit mit Freude auf eine freundliche Umgebung zu reagieren sowie Gedankenkreisen angegeben worden. Der Verlauf der depressiven Entwicklung sei schwankend gewesen. Eine erste Phase habe sich 1999 ereignet, die zweite 2002 und die dritte 2004, als der Ehemann einen tödlichen Arbeitsunfall erlitten habe. Die depressive Entwicklung persistiere bis dato. Die depressive Symptomatik sei ausgeprägt, die Beschwerdeführerin jedoch nicht hospitalisationsbedürftig. Die Kriterien eines somatischen Syndroms seien eindeutig erfüllt mit Interessenverlust, Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten, mangelnder Fähigkeit, auf eine freundliche Umgebung freundlich emotional zu reagieren, einem deutlichen Libidoverlust und psychomotorischer Hemmung. Weiter sei von einer somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Unzweifelhaft bestehe eine Differenz zwischen dem subjektiven Schmerzerleben und den objektiven Befunden. Die Schmerzproblematik bestehe seit mehreren Jahren ohne Remission, die therapeutischen Bemühungen schienen ausgereizt, ein Rückzug in allen Lebensbereichen (Arbeit, Freizeit, Privat) sei offensichtlich. Ein primärer Krankheitsgewinn zeige sich darin, dass die Beschwerdeführerin ihren Kindern immer mehr Haushaltsarbeiten zumute. Es bestehe eine erheblich psychosoziale Belastungssituation mit dem Tod des Ehemannes. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50 % ergebe sich sowohl aus der Grunderkrankung der somatoformen Schmerzstörung wie auch der rezidivierend depressiven Störung. Die somatoforme Schmerzstörung beeinträchtige die Arbeitsfähigkeit durch das Auftreten von Schmerzen. Die depressive Entwicklung bedinge eine ausgesprochene Instabilität der Beschwerdeführerin, welche sich auch während der Untersuchung mit starken Stimmungsschwankungen, emotionalen Ausbrüchen und Verzweiflung zeige. Wenn die Beschwerdeführerin durch die Arbeit überfordert werde, drohe sie jederzeit in eine Dekompensation Richtung mittelgradige oder sogar mittelgradig bis schwere Depression zu geraten.

6.2 Im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 21. April 2016 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 Gemäss Arztberichten der behandelnden Ärzte, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 15. November 2012 (IV-Nr. 83), und Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 10. Februar 2013 (IV-Nr. 83) habe sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin nicht verändert.

6.2.2 Die polydisziplinäre Begutachtung durch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 20. Dezember 2013 (IV-Nr. 94) ergab folgende Diagnosen: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.1) ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Multiokuläres Schmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat mit / bei: subjektiv chronischer Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Schultergelenks, des Nackens sowie des thorakolumbalen Übergangs bei freier Beweglichkeit der entsprechenden Gelenke und Wirbelsäulenabschnitte, altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der HWS, diskreter linkskonvexer Skoliose der Lendenwirbelsäule, subjektiv beklagter Hypästhesie im Bereich der rechten Körperseite. - arterielle Hypertonie mit / bei: Erstdiagnose 2001, beginnender hypertensiver Kardiopathie, beginnender hypertensiver Nephropathie (Mikroalbuminurie). - anamnestisch Status nach Morbus Basedow 2006, aktuell klinisch und laborchemisch euthyreote Stoffwechsellage. In der internistischen Beurteilung durch Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, ergab sich das Bild einer altersentsprechend aussehenden, übergewichtigen Frau in normalem Allgemeinzustand. Als

einzigster pathologischer Befund liessen sich hypertone Blutdruckwerte trotz einer etablierten antihypertensiven Therapie nachweisen. Die Arbeitsfähigkeit betrage aus internistischer Sicht 100 %. Zum gleichen Schluss kommt der rheumatologische Gutachter, Dr. med. L. \_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie. Er erhebt keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Auch Dr. med. M. \_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, vermag keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu erkennen. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sieht er ein multilokuläres Schmerzsyndrom ohne adäquates organisches Korrelat mit/bei subjektiv chronischer Schmerzsymptomatik im Bereich des rechten Schultergelenks, des Nackens sowie des thorakolumbalen Übergangs bei freier Beweglichkeit der entsprechenden Gelenke und Wirbelsäulenabschnitte, altersentsprechenden degenerativen Veränderungen der HWS, diskreter linkskonvexer Skoliose der LWS sowie subjektiv beklagter Hypästhesie im Bereich der rechten Körperseite. Die beklagten Beschwerden seien im Rahmen der klinischen Testung inkonsistent und könnten weder klinisch noch radiologisch objektiviert werden. In der psychiatrischen Beurteilung durch Dr. med. H. \_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, wird im Gegensatz zur Begutachtung vom 4. Juni 2007 keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert. Die Schmerzen stünden im Untersuchungsgespräch nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin, es komme während der ganzen Untersuchung zu keinen spontanen Schmerzäusserungen, auch nicht zu schmerzbedingten Positionsveränderungen. Obwohl sie im Gespräch berichte, die rechte Hand nur noch in stützender Funktion verwenden zu können, könne sie in der Untersuchung problemlos eine Wasserflasche damit öffnen. Eine Limitierung durch die Schmerzen im Alltag sei nicht erkennbar. Die Beschwerdeführerin könne mit einem Minibus bis nach Bosnien fahren, mache täglich Spaziergänge und wirke bezüglich der Schmerzen nicht leidensgeplagt. Hingegen lasse sich im Gespräch eine depressive Symptomatik erkennen. Die Beschwerdeführerin berichte über vermehrte Aggressivität, innere Angespanntheit, negative Gedanken, Grübeln, Lustlosigkeit, Insuffizienzgefühle, Müdigkeit und Erschöpfung, Libido- und Freudverlust, sozialen Rückzug, Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. An objektiven depressiven Symptomen sei eine doch deutlich eingeschränkte emotionale Schwingungsfähigkeit erkennbar, die ins Depressive ausgelenkt sei. Die Beschwerdeführerin wirke im Affekt deprimiert, innerlich angespannt. Es bestünden herabgesetzte Vitalgefühle und Insuffizienzgefühle. Aufgrund der vorliegenden Berichte und Äusserungen der Beschwerdeführerin, auch kurze gute Phasen zu haben, handle es sich um eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig. Der Gutachter geht von einer 40%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus. Diese begründe sich mit der verminderten Belastbarkeit, schnellen Erschöpfbarkeit und verminderten gedanklichen Flexibilität. Weiter bestünden Insuffizienzgefühle mit einer subjektiv verminderten Konzentrationsfähigkeit und Vergesslichkeit. Die therapeutischen Massnahmen seien in keiner Weise ausgeschöpft. Die ambulante Gesprächstherapie sollte intensiviert werden und es werde dringend zu einer Überprüfung der Medikamenten-Compliance geraten. Der Medikamentenspiegel sei unterhalb des therapeutischen Bereichs gewesen. Seit der Begutachtung von Dr. med. E. \_\_\_\_, am 4. Juni 2007 habe sich das psychische Zustandsbild der Beschwerdeführerin wenig verändert, allerdings sei die anhaltende somatoforme Schmerzstörung in den Hintergrund getreten. In der Gesamtbeurteilung wird festgehalten, retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass aus somatischer Sicht nie eine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe. Dies entspreche auch der Einschätzung

der bisher involvierten Orthopäden und Rheumatologen. Die zuletzt von Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellten Diagnosen seien nicht nachvollziehbar. Das psychische Zustandsbild habe sich seit der Begutachtung vom 4. Juni 2007 wenig verändert. Allerdings sei die anhaltende somatoforme Schmerzstörung, wenn sie überhaupt bestanden habe, in den Hintergrund getreten.

6.2.3 Im Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, vom 6. April 2014 (IV-Nr. 102 S. 3 ff) ist von einer chronischen Lumbalgie (MRI vom 26. Februar 2014) mit einer Retrolisthesis L4 mit Hernie L4 / L5 und einer massiven medianen Protrusion der Bandscheibe L3 / L4 mit Riss des Faserrings sowie massiver Höhenminderung L5 / S1 mit breiter Diskusprotrusion die Rede. Weiter wird ein Zervikalsyndrom mit myofascialem Schulterarmschmerz rechts diagnostiziert. Im Gegensatz zum Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ wird ausgeführt, die eingeschränkte Beweglichkeit und die Muskelverhärtungen fänden ihre objektivierbare Ursache im Röntgenbild der HWS. Noch mehr vernachlässigt werde im Gutachten das Wirbelsäulenleiden lumbal, das aufgrund eines Röntgenbildes der LWS beschrieben werde als leichte Skoliose nach links und leichte Einengung des lumbosacralen Segments gegenüber den anderen normalen Bandscheibensegmenten. Diese Beschreibung erfasse die im MRI erhobenen Befunde an den Bandscheiben in keiner Weise und verkenne eine wesentliche Ursache der eindeutig verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. Für die Hals- und Lendenwirbelsäule bestehe eindeutig eine verminderte Belastbarkeit, die sich in erster Linie darin äussere, dass häufiges Arbeiten in vornübergeneigter Stellung sowie häufige Rumpf- und Kopfrotationen vermieden werden sollten. Eine solche Einschränkung sei mit einer Tätigkeit als Putzfrau zu 100 % nicht vereinbar. Aus orthopädischer Sicht sei eine auf 50 % limitierte Tätigkeit zu fordern. Klinisch und radiologisch habe er im Gegensatz zum Gutachten Einschränkungen C5 / C6 und C6 / C7 gefunden.

6.2.4 Der Stellungnahme von Dr. med. O.\_\_\_\_ (Regionaler Ärztlicher Dienst, RAD), Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 16. Dezember 2014 (IV-Nr. 108) lässt sich entnehmen, bezüglich des F.\_\_\_\_ -Gutachtens sei es so, dass es sich in psychiatrischer Hinsicht um eine im Vergleich zu den vorangegangenen materiellen Abklärungen überwiegend gleiche gesundheitliche Situation mit einer anderen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit handle. Der Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ sei zum Teil widersprüchlich: Trotz Diagnose einer breitbasigen Diskusprotrusion L4-S1 mit Einengung des Neuroforamens und Reizung der abgehenden Nervenwurzel links habe dieser einen erhaltenen Achillessehnenreflex links und keine Gefühlsstörungen oder Muskelparesen angegeben. Er wende ein, dass das lumbale Wirbelsäulenleiden im Gutachten nicht ausreichend berücksichtigt werde, beschreibe aber gleichzeitig in der klinischen Untersuchung eine Schmerzsymptomatik ohne weitergehende radikuläre Symptomatik. Medizinisch nachvollziehbar sei beim vorliegenden degenerativen Rückenleiden eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule, so dass Tätigkeiten als Putzfrau zu 100 % nicht zumutbar seien. Dr. med. N.\_\_\_\_ führe nachvollziehbar aus, dass häufiges Arbeiten in vornübergeneigter Stellung sowie häufige Rumpf- und Kopfrotationen vermieden werden sollten und deshalb die Tätigkeit als Putzfrau auf ein 50%-Pensum limitiert sei. Dem könne gefolgt werden. Dennoch könne für eine angepasste leichte Tätigkeit, wechselbelastend ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, aus rein somatischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von etwa 80 % angenommen werden. So resultiere kombiniert (somatisch / psychisch) unverändert eine Arbeitsfähigkeit von ca. 50 % für eine angepasste Tätigkeit basierend auf dem unverändert gebliebenen psychischen Gesundheitszustand im Vergleich zur Rentenzusprache.

6.2.5 Im Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. Mai 2015 (IV-Nr. 111), werden eine

rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leicht bis mittelgradig und ein chronisches Schmerzsyndrom diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei seit März 2014 bei ihm in Behandlung. Im Vordergrund stehe eine dysthym-subdepressive Grundproblematik. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht bis mässig eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin fühle sich niedergeschlagen, bedrückt, habe aber keine Insuffizienzgefühle. Der Antrieb sei etwas vermindert und die kognitive Umstellungsfähigkeit leicht bis mittelgradig eingeschränkt. Unter konfrontativem Druck bestünden zunehmende passiv-regressive Somatisierungstendenzen. Die sozialen Kontakte seien leicht bis mittelgradig vermindert, jedoch bestehe kein ausgeprägter sozialer Rückzug. Die gesundheitliche Situation habe sich nicht signifikant verändert. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 60 %, dies sei aber durch eine Verlaufsbeurteilung zu klären.

6.2.6 In seinem Verlaufsgutachten vom 12. September 2015 (IV-Nr. 116) äussert sich Dr. med. H.\_\_\_\_ schliesslich dahingehend, dass in der erneuten Untersuchung keine inhaltlichen Denkstörungen bestünden. Insbesondere sei das Denken nicht auf gesundheitliche Einschränkungen oder die Schmerzsymptomatik eingeeengt bzw. fixiert. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei leicht eingeschränkt, ins Depressive verschoben. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin deprimiert, innerlich leicht angespannt, besorgt bezüglich der Zukunft und der gesundheitlichen Situation. Insuffizienzgefühle seien keine erkennbar, die Vitalgefühle seien herabgesetzt. Es bestünden Einschlafstörungen mit Gedankenkreisen, schmerzbedingte Durchschlafstörungen, wobei die Beschwerdeführerin jeweils wieder einschlafen könne. Ein leichter Freudverlust sei gegeben. Ein sozialer Rückzug bestehe nicht, ebenso kein Interessenverlust. In der Hamilton-Depressionsskala erreiche die Beschwerdeführerin 18 Punkte. Dies entspreche einer leichten depressiven Episode. Er stellt in der Folge keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liege eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode, vor. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Begutachtung am 20. Dezember 2013 aus psychiatrischer Sicht leicht gebessert. Es zeige sich aber immer noch eine depressive Symptomatik. Subjektiv erlebe die Beschwerdeführerin eine Verschlechterung. Sie gebe an, die Vergesslichkeit habe zugenommen, sie verliere schnell die Konzentration, sei innerlich angespannt und es werde ihr schnell zu viel. Sie berichte, sich nicht mehr so freuen zu können, freue sich aber noch über ihre Enkelkinder und ihre Katze. Sie berichte weiter, sich sozial zurückgezogen zu haben, gebe aber an, Kontakte zur Familie, den Kindern und der Schwägerin, wie auch zu Nachbarn im Treppenhaus zu haben. Den Therapeuten sehe sie einmal im Monat. Grob orientierend könnten im Gespräch die kognitiven und mnestischen Defizite nicht nachvollzogen werden. Die Aufmerksamkeit lasse während des ganzen Gesprächs auch nicht nach. Im Gegensatz zur letzten Begutachtung habe die Beschwerdeführerin berichtet, nicht mehr so viele Schmerzmittel einzunehmen. Eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor. Die Schmerzen stünden während des Gesprächs nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin, das Denken sei inhaltlich nicht auf die Schmerzen fokussiert. Während des ganzen Gesprächs komme es auch zu keinen schmerzinduzierten Positionsveränderungen oder spontanen Schmerzäusserungen. Eine Bewegungseinschränkung sei nicht erkennbar. Auch im Alltag sei keine wesentliche Limitierung ersichtlich. Die Beschwerdeführerin könne, mit Ausnahme von schweren Hausarbeiten wie zum Beispiel Böden aufnehmen oder Fensterputzen, Haushaltsarbeiten durchführen. Sie gehe regelmässig spazieren oder einkaufen und fahre ein- bis zweimal jährlich in die Heimat. Im Vergleich zum Gutachten

2013 habe sich die Schmerzsymptomatik leicht gebessert. Damals habe die Beschwerdeführerin angegeben, regelmässig Schmerzmittel einzunehmen, die nur eine leichte Besserung der Beschwerden bewirken würden. Auf der VAS-Skala habe sie höhere Schmerzen angegeben. Auch bezüglich der psychischen Symptomatik habe sich eine leichte Besserung ergeben. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei gegenwärtig nur noch leichtgradig eingeschränkt, im Vorgutachten sei diese deutlich eingeschränkt gewesen. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin weniger angespannt, Insuffizienzgefühle würden nicht mehr beschrieben. Es bestehe kein sozialer Rückzug. Im Vergleich zum Vorgutachten sei auch der Freudverlust weniger stark ausgeprägt. Damals habe sich die Beschwerdeführerin über das Enkelkind nicht mehr freuen können. Die depressive Symptomatik sei zwar noch vorhanden, aber weniger stark ausgeprägt. Der Rückgang der Schmerzsymptomatik sei sicherlich auch mit dem Rückgang der depressiven Symptomatik erklärbar. Nichtsdestotrotz liege eine leichtgradige depressive Störung vor. An objektivierbaren Symptomen zeige sich eine leicht eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, die ins Depressive verschoben sei. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit. Die Restarbeitsfähigkeit von 60 %, die Dr. med. G. \_\_\_ in seinem Bericht annehme, sei nicht nachvollziehbar, schon aus seiner Diagnose zeige sich eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber der Begutachtung 2013. Trotzdem übernehme der behandelnde Arzt die gutachterliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit offenbar. Zusammengefasst erachtet der Gutachter das psychische Zustandsbild und die Schmerzwahrnehmung als verändert. Die psychischen Symptome seien weniger stark ausgeprägt, sodass nur noch eine leichte depressive Störung zu diagnostizieren sei. Auch das Schmerzerleben habe sich zum Positiven verändert, was auf den Rückgang der depressiven Symptomatik zurückzuführen sei. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht mehr, diese habe sich seit 2013 gebessert. Wann genau dies der Fall gewesen sei, könne nicht angegeben werden. Aufgrund der Aktenlage sei anzunehmen, dass zumindest seit dem Bericht des behandelnden Therapeuten (11. Mai 2015) die Arbeitsfähigkeit wieder bei 100 % gelegen haben dürfte.

6.2.7 In seinem Bericht vom 12. Januar 2016 (IV-Nr. 123 S. 6 f.) konstatiert Dr. med. G. \_\_\_, die Beschwerdeführerin sei im Längsschnitt mittelstark eingeschränkt. Es bestehe eine 40%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der psychiatrische Gutachter habe eine leichte depressive Episode diagnostiziert. Dies reflektiere nur aus einer Optik momentane krankheitsrelevante Beschwerden der Beschwerdeführerin, nicht jedoch die gesamte Komplexität des Krankheitsbildes. Eine rezidivierende depressive Störung habe einen wechselhaften Krankheitsverlauf, die Ausprägungen könnten von leicht bis zu schwer variieren. Eine chronifizierte depressive Episode verstärke in aller Regel die subjektiv empfundene Schmerzstärke, erhöhe den Leidensdruck und vermindere die Bewältigungsressourcen der Betroffenen. Deshalb sei die Depression mit ihrem Krankheitsverlauf und ihrem Schweregrad sowohl hinsichtlich der Bedeutung der Depression für sich alleine wie auch in ihrem Zusammenwirken mit dem Schmerz versicherungspsychiatrisch relevant.

6.2.8 Die RAD-Ärztin, Dr. med. O. \_\_\_, hält in einer Aktennotiz vom 16. Februar 2016 (IV-Nr. 125) schliesslich fest, es liege in der Natur der Erkrankung einer rezidivierenden depressiven Störung, dass es wiederholt zu Phasen einer Depression komme. Dazwischen könne die Stimmung wieder stabilisiert sein. Dennoch sei es nicht ungewöhnlich, dass die betroffenen Personen eine verminderte Stresstoleranz hätten, wie es Dr. med. G. \_\_\_ beschreibe. Ebenfalls könne die Beschwerdeführerin keine hohe Verantwortung übernehmen und es

bestehe keine Gruppenfähigkeit. Die Ausprägung einer depressiven Symptomatik könne von leicht bis schwer variieren. Das heisse aber nicht, dass man dann auch grundsätzlich bei jeder betroffenen Person davon ausgehe, dass Schwankungen bis hin zu einer schweren depressiven Episode aufträten. Vielmehr sei der konkrete Fall im Verlauf zu beurteilen und hier sei ohne Zweifel im Rahmen der verschiedenen Abklärungen dargelegt, dass ausgehend von zunächst einer mittelgradigen depressiven Episode schliesslich eine Verbesserung eingetreten sei. Unter Berücksichtigung der somatischen Situation wie auch der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin bestehe in einer leichten angepassten, insbesondere wechselbelastenden Tätigkeit ohne grosse Verantwortung und ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Bei dieser sei der verminderten Stresstoleranz Rechnung getragen. 6.3 Die dargelegten medizinischen Unterlagen zeigen auf, dass in somatischer Hinsicht von einer leichten Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands auszugehen ist. Während im Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2006, auf das sich die ursprüngliche Rentenverfügung stützte, davon ausgegangen wurde, dass die bisherige Tätigkeit zu 70 % zumutbar sei, liegt heute noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vor. In Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit wird gemäss Einschätzung des RAD anstelle einer vollen Arbeitsfähigkeit heute von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit gesprochen. Die RAD-Ärztin stellt in somatischer Hinsicht die unterschiedlichen Beurteilungen im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ und des behandelnden Arztes Dr. med. N.\_\_\_\_ auf nachvollziehbare Art und Weise gegenüber. Einerseits wird schlüssig dargelegt, inwiefern sich die von Dr. med. N.\_\_\_\_ erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen widersprechen. Andererseits ist einleuchtend, dass eine Tätigkeit als Reinigungsangestellte zu 100 % mit den somatischen Einschränkungen, die auch im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ festgehalten werden, für die Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar erscheint. In dieser Hinsicht weist Dr. med. N.\_\_\_\_ zu Recht darauf hin, dass eine Tätigkeit als Reinigungsangestellte Arbeitspositionen voraussetzt, die die Beschwerdeführerin nur limitiert ausführen kann. Für eine diesen Einschränkungen angepasste Tätigkeit besteht gemäss Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ indessen eine volle Arbeitsfähigkeit, was einleuchtend hergeleitet wird. Die RAD-Ärztin geht demgegenüber auch hier von einer auf 80 % eingeschränkten Arbeitsfähigkeit aus. Diese Ansicht ist – dem in diesem Punkt schlüssigen Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ folgend – nicht zu teilen. Die Beschwerdeführerin ist in somatischer Hinsicht in einer angepassten, wechselbelastenden Tätigkeit voll arbeitsfähig. Dr. med. N.\_\_\_\_ äussert sich im Übrigen zur Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit nicht. In psychischer Hinsicht liegt gestützt auf die aktuelle Verlaufsbegutachtung von Dr. med. H.\_\_\_\_ eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation vor. Im Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2007, das für die ursprüngliche Rentenverfügung relevant war, wurde von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Reinigungsangestellte und einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer Verweistätigkeit ausgegangen. Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung bestand aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Das Verlaufsgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_ beruht auf einer umfassenden Untersuchung, ist schlüssig und damit beweiskräftig. Die Untersuchungsdauer von 50 Minuten erscheint angesichts der Tatsache, dass es sich um eine Verlaufsbegutachtung handelte, nicht zu kurz und sie kann auch nicht einfach pauschal halbiert werden, weil sie mit Hilfe eines Dolmetschers stattfand. Eine unzulässige Vorbefassung des Gutachters ist nicht gegeben. Vorbefassung begründet nicht zwingend den Anschein einer Befangenheit. Nach der Rechtsprechung kann eine

sachverständige Person nicht allein deshalb abgelehnt werden, weil sie die versicherte Person schon früher einmal begutachtet hat. Massgeblich ist vielmehr, ob das Ergebnis der Begutachtung nach wie vor als offen und nicht vorbestimmt erscheint (BGE 132 V 93 E. 7.2.2 S. 110, BGE 117 Ia 182 E. 3b S. 184). Im vorliegenden Fall wurde die von Dr. med. H.\_\_\_\_ am 12. September 2013 erstellte Begutachtung aktualisiert, weil der Bericht des behandelnden Therapeuten, Dr. med. G.\_\_\_\_, vom 28. Mai 2015 Hinweise auf eine Veränderung der Situation enthielt. Dieser empfahl denn auch eine Verlaufsbegutachtung. Insofern kann nicht von einem nicht mehr offenen oder vorbestimmten Ergebnis gesprochen werden. Dr. med. H.\_\_\_\_ setzt sich in seinem Verlaufsgutachten mit seiner im Jahr 2013 getroffenen Einschätzung auseinander und legt nachvollziehbar dar, dass sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin seither verbessert hat. Er erhebt im Befund eine leichte Einschränkung der Schwingungsfähigkeit (gegenüber einer deutlich eingeschränkten emotionalen Schwingungsfähigkeit bei der Begutachtung 2013), leicht ins Depressive verschoben. Er befasst sich auch mit der entgegengesetzten Ansicht der Beschwerdeführerin, die subjektiv eine Verschlechterung des psychischen Zustands beklagt und hält die diesbezüglichen Widersprüchlichkeiten fest (Bericht über Freudlosigkeit, jedoch Freude über die Katze und die Enkelkinder; Bericht über sozialen Rückzug, jedoch Kontakte zur Familie sowie Nachbarn und regelmässige Fahrten in die bosnische Heimat; Therapiesitzungen lediglich einmal pro Monat). Schlüssig wird das Vorliegen einer leichtgradigen depressiven Episode (gegenüber einer bei der Begutachtung 2013 mittelgradigen depressiven Episode) hergeleitet. Die Beurteilung steht schliesslich auch im Einklang mit derjenigen des behandelnden Therapeuten vom 28. Mai 2015, wo von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode die Rede ist, mit einer leicht bis mässig eingeschränkten Schwingungsfähigkeit und einem etwas verminderten Antrieb, jedoch keinem ausgeprägten sozialen Rückzug. Weshalb Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinen Bericht vom 12. Januar 2016 dann von einer mittelstarken Einschränkung «im Längsschnitt» spricht, ist nicht nachvollziehbar. Wie er selber im gleichen Bericht aufzeigt, hat eine rezidivierende depressive Störung einen wechselhaften Krankheitsverlauf, weshalb nicht von einem dauerhaft vorliegenden «durchschnittlichen» Schweregrad gesprochen werden kann. Für eine leichtgradige depressive Episode spricht insbesondere auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nur einmal monatlich therapeutische Hilfe in Anspruch nimmt. Es liegt insgesamt also nicht eine andere Einschätzung des gleichen Sachverhalts vor, sondern die psychische Situation der Beschwerdeführerin hat sich seit der Rentenzusprache massgeblich verbessert. Zu dieser Einschätzung kommt Dr. med. H.\_\_\_\_ in seinem Verlaufsgutachten explizit. Weiter liegt nach seiner nachvollziehbaren Einschätzung keine somatoforme Schmerzstörung mehr vor. Dies begründet der Gutachter insbesondere damit, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin nicht im Vordergrund der Untersuchung gestanden hätten. Es komme weder zu spontanen Schmerzäusserungen noch zu schmerzbedingten Positionsveränderungen. Auch eine Limitierung im Alltag erachtet er einleuchtend als nicht erkennbar, wobei er darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin mit dem Bus nach Bosnien reise und tägliche Spaziergänge unternehme. Die seit 2013 eingetretene Verbesserung der Schmerzsymptomatik zeigt er damit auf, dass die Beschwerdeführerin ausgeführt hat, weniger Schmerzmittel einzunehmen und auf der VAS-Skala eine geringere Schmerzintensität angegeben hat. So begründet der Gutachter schliesslich auch schlüssig den Zusammenhang zwischen Rückgang des Schweregrads der depressiven Störung und Abnahme der Schmerzintensität. Zusammengefasst zeigt sich, dass auf die beweiskräftigen Ausführungen von Dr. med. H.\_\_\_\_ in seinem

Verlaufsgutachten vom 12. September 2015 abzustellen ist. Damit liegt in psychiatrischer Hinsicht seit dem 11. Mai 2015 (Berichterstattung durch Dr. med. G.\_\_\_\_) keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Insgesamt hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin damit seit der Rentenzusprache wesentlich verbessert. In somatischer Hinsicht ist zwar in Bezug auf die angestammte Tätigkeit als Reinigungshilfe eine Verschlechterung eingetreten. In einer körperlich leichten, geeigneten Verweistätigkeit besteht aber nach wie vor eine volle Arbeitsfähigkeit. Die Rente wurde aus rein psychiatrischen Gründen zugesprochen. Während zum damaligen Zeitpunkt von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wurde, besteht zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung keine Einschränkung mehr. Die Beschwerdegegnerin ist damit zu Recht vom Vorliegen eines Revisionsgrundes ausgegangen. 7. Die im angefochtenen Entscheid vorgenommene Invaliditätsbemessung ist unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdegegnerin zur Bemessung des Valideneinkommens den zuletzt erzielten Verdienst der Beschwerdeführerin herangezogen und dieses Einkommen an die Teuerung angepasst. Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt in einem Pensum von 100 % bei den C.\_\_\_\_ in der Klinik [...]. Das Anstellungsverhältnis wurde im gegenseitigen Einvernehmen aufgehoben (IV-Nr. 15 S. 4). Laut Arbeitgeberbericht vom 27. Januar 2003 (IV-Nr. 15) betrug ihr Verdienst monatlich CHF 4'053.35 zuzüglich eines 13. Monatslohnes, pro Jahr also CHF 52'694.00. Die Beschwerdeführerin ist verwitwet, ihre Kinder sind erwachsen. Es ist davon auszugehen, dass sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung vollzeitig, also zu 100 %, arbeiten würde. Es ergibt sich damit ein Valideneinkommen von CHF 61'925.00 (nach Aufrechnung Nominallohnindex 2002 / 2005 Ziff. 93, 2005 / 2010; 2010 / 2014). Die minimale Abweichung gegenüber dem in der angefochtenen aufgeführten Valideneinkommen ergibt sich aus der Tatsache, dass die Beschwerdegegnerin bei der Teuerung 2005 / 2010 irrtümlich von einem Nominallohnindex von 106,1 (anstelle von 108,1) ausgegangen ist. Da die Beschwerdeführerin keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin für die zahlenmässige Bestimmung des Invalideneinkommens einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen und die Wochenstunden aufgerechnet (Bundesamt für Statistik 2014, TA1 tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 Frauen; Aufrechnung Wochenstunden: 40 x 41,7). Der gewählte Tabellenlohn (von monatlich CHF 4'300.00) erscheint im Lichte des Zumutbarkeitsprofils korrekt. Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 53'793.00 (vor der Gewährung eines leidensbedingten Abzugs). 8. 8.1 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen). 8.2 Die Beschwerdeführerin ist mittlerweile 54 Jahre alt, zum

Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung war sie 53. Sie ist in der Lage, in einer angepassten Verweistätigkeit ein Pensum von 100 % zu absolvieren. Besondere Anforderungen an einen Arbeitsplatz bestehen nicht. Eine allfällige Arbeitsstelle sollte wechselbelastend sein und keine Zwangshaltungen der Wirbelsäule beinhalten. Vor diesem Hintergrund dürften die Anforderungen an den Arbeitsplatz keine Lohneinbusse erwarten lassen. Einzig der Aspekt des Alters und der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt könnten unter Umständen relevant sein, wobei der herangezogene Tabellenlohn aber ein Arbeitssegment betrifft, in welchem das Alter im Vergleich zu anderen Tätigkeiten eine untergeordnete Rolle spielt. Ein leidensbedingter Abzug von 10 %, der angesichts der beiden letztgenannten Tatsachen angezeigt sein könnte, würde aber nichts am Ergebnis ändern, dass die Beschwerdeführerin ein rentenausschliessendes Einkommen erzielen kann. Dies wäre selbst bei einem maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % der Fall. 8.3 Nach der Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen und unter der Annahme eines leidensbedingten Abzugs von 10 % resultiert ein Invaliditätsgrad von 22 %. Damit besteht kein Rentenanspruch. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen. 9. Die Beschwerdeführerin lässt schliesslich geltend machen, die Beschwerdegegnerin hätte prüfen müssen, ob ihr eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist. 9.1 Im Gebiet der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C\_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür – ausnahmsweise – im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und / oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E.3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C\_163/2009 E. 4.2.2 grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und / oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht

selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8; erwähntes Urteil des Bundesgerichts 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

9.2 Die Beschwerdeführerin hat die vom Bundesgericht festgelegten Grenzwerte nicht überschritten. Sie war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung weder 55 Jahre alt noch bezog sie seit 15 Jahren eine Rente. Sie hat keine berufliche Ausbildung abgeschlossen. Seit ihrer Immigration in die Schweiz war sie in verschiedenen Bereichen tätig (Schneiderin und Näherin, Betriebsmitarbeiterin in einem Blumengeschäft, Reinigungsmitarbeiterin). Im Jahr 2001 hat sie einen Pflegekurs des Schweizerischen Roten Kreuzes absolviert (IV-Nr. 19). Ab Februar 2002 wurde sie dann längerfristig krankgeschrieben. Seither ist sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Hinzu kommt, dass sie seit 2003 aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % eine halbe Rente bzw. Dreiviertelrente bezog. Das Bundesgericht hat die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit wiederholt bejaht (Urteile des Bundesgerichts 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3, mit Hinweis auf die Urteile 9C\_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2 und 9C\_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3; vgl. auch Urteil 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4, mit weiteren Hinweisen). Diese Konstellation liegt hier vor, bestand doch während des Rentenbezugs eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Die Selbsteingliederung kann der Beschwerdeführerin unter diesen Umständen zugemutet werden. Sie hat ihre Restarbeitsfähigkeit aus invaliditätsfremden Gründen während Jahren nicht verwertet. Mit Blick auf die subjektive Krankheitsüberzeugung ist indessen auch nicht zu erwarten, dass berufliche Massnahmen die gewünschten Resultate erzielen könnten. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen ist nach dem Gesagten abzulehnen.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11. Aufgrund von 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 CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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