



Momentaufnahme darstelle. Aus dem Umfang des Gutachtens könne nicht geschlossen werden, dass dieses umfassend sei. Es habe sich nur um kurze Untersuchungen gehandelt, welche in keinem Verhältnis zu den Untersuchungen ihrer behandelnden Ärzte ständen. Insbesondere die psychiatrische Untersuchung habe lediglich eine Stunde gedauert (Urk. 1 S. 3). Falls nicht auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung der behandelnden Ärzte abgestellt werde, sei ein weiteres Gutachten zu erstellen (Urk. 1 S. 4). Die Gutachter hätten sich nicht mit den Berichten der weiteren involvierten Ärzte, welche von Arbeitsunfähigkeiten von zwischen 50-100 % ausgingen, auseinandergesetzt (Urk. 1 S. 5). Das psychiatrische Gutachten sei eher kurz ausgefallen, obwohl insbesondere aufgrund der psychischen Problematik eine Erhöhung der Rente beantragt werde. Die Untersuchung habe durch einen Dolmetscher stattgefunden. Ein italienischsprachiger Psychiater hätte die Untersuchung besser durchführen können. Ihre Deutschkenntnisse seien nicht gut und reichten nicht aus, um differenzierte Sachverhalte zu beschreiben (Urk. 1 S. 6). Sowohl die L. \_\_\_ als auch der Chiropraktor Dr. F. \_\_\_ gingen von einer Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 % aus (Urk. 1 S. 6). Der Psychiater Dr. C. \_\_\_ weise auf einen schwankenden Verlauf der Depression und damit der Arbeitsunfähigkeit von zwischen 50 und 100 % hin. Typisch sei, dass die Beschwerdeführerin nicht andauernd depressiv sei, sondern es auch Phasen teilweiser oder sogar völliger Besserung geben könne. Im Zeitpunkt der Begutachtung im G. \_\_\_ habe sie sich in einer Phase relativ guter psychischer Stabilität befunden (Urk. 1 S. 8).

### **E. 2.1**

Am 1. Januar 2008 sind die im Zuge der 5. IV-Revision revidierten Bestimmungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 6. Oktober 2006, der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 28. September 2007, des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) sowie das Bundesgesetz über die Schaffung und die Änderung von Erlassen zur Neugestaltung des Finanzausgleichs und der Aufgabenteilung zwischen Bund und Kantonen (NFA) vom 6. Oktober 2006 in Kraft getreten. In materiellrechtlicher Hinsicht gilt jedoch der allgemeine bergangsrechtliche Grundsatz, dass der Beurteilung jene Rechtsnormen zu Grunde zu legen sind, die bei Erlass des angefochtenen Entscheids respektive im Zeitpunkt gegolten haben, als sich der zu den materiellen Rechtsfolgen führende Sachverhalt verwirklicht hat (vgl. BGE 127 V 467 Erw. 1, 126 V 136 Erw. 4b, je mit Hinweisen). Weil die angefochtene Verfügung am 20. April 2007 erging, gelangen die revidierten materiellen Vorschriften des IVG, der IVV und des ATSG im vorliegenden Fall noch nicht zur Anwendung. Bei den im Folgenden zitierten Gesetzes- und Verordnungsbestimmungen handelt es sich deshalb - soweit nichts anderes vermerkt wird - um die Fassungen, wie sie bis Ende 2007 in Kraft gewesen sind.

### **E. 2.2**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 ATSG).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu verwerten, abwenden könnte; das Mass des Forderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt. Festzustellen ist, ob und in welchem Umfang die Ausübung einer Erwerbstätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt mit der psychischen Beeinträchtigung vereinbar ist. Ein psychischer Gesundheitsschaden führt also nur soweit zu einer Erwerbsunfähigkeit (Art. 7 ATSG), als angenommen werden kann, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit (Art. 6 ATSG) sei der versicherten Person sozial-praktisch nicht mehr zumutbar (BGE 131 V 50 Erw. 1.2 mit Hinweisen).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Ä

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Wie das Eidgenössische Versicherungsgericht in BGE 127 V 299 Erw. 5 unter Hinweis auf die Rechtsprechung präzisierend festgehalten hat, versichert Art. 4 Abs. 1 IVG (seit 1. Januar 2003: in Verbindung mit Art. 8 ATSG) zu Erwerbsunfähigkeit führende Gesundheitsschäden, worunter soziokulturelle Umstände nicht zu begreifen sind. Es braucht in jedem Fall zur Annahme einer Invalidität ein medizinisches Substrat, das (fach)ärztlich schlüssig festgestellt wird und nachgewiesenermassen die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Je stärker psychosoziale oder soziokulturelle Faktoren im Einzelfall in den Vordergrund treten und das Beschwerdebild mitbestimmen, desto ausgeprägter muss eine fachärztlich festgestellte psychische Störung mit Krankheitswert vorhanden sein. Das bedeutet, dass das klinische Beschwerdebild nicht einzig in Beeinträchtigungen, welche von den belastenden soziokulturellen Faktoren herrühren, bestehen darf, sondern davon psychiatrisch zu unterscheidende Befunde zu umfassen hat, zum Beispiel eine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im fachmedizinischen Sinne oder einen damit vergleichbaren psychischen Leidenszustand. Solche von soziokulturellen Belastungssituationen zu unterscheidende und in diesem Sinne selbständige psychische Störungen mit Auswirkungen auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit sind unabdingbar, damit überhaupt von Invalidität gesprochen werden kann. Wo die begutachtende Person dagegen im Wesentlichen nur Befunde erhebt, welche in den psychosozialen und soziokulturellen Umständen ihre hinreichende Erklärung finden, gleichsam in ihnen aufgehen, ist kein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden gegeben (BGE 127 V 299 Erw. 5a).

### E. 2.3

Die seit dem 1. Januar 2004 massgeblichen Rentenabstufungen geben bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 Prozent Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 Prozent Anspruch auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 Prozent Anspruch auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 Prozent Anspruch auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 1 IVG in der seit dem 1. Januar 2004 in Kraft stehenden Fassung).

#### E. 2.4

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezieherin oder eines Rentenbeziegers 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. Eine Invalidenrente ist demgemäss nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. Erw. 3.5, 117 V 199 Erw. 3b, 113 V 275 Erw. 1a mit Hinweisen). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverföugung respektive des Einspracheentscheides (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil 9C\_562/2000 vom 3. November 2008, Erw. 2.1 mit Hinweis).

Der Zeitpunkt der Rentenherabsetzung bzw. -aufhebung richtet sich rechtsprechungsgemäss nach Art. 88a Abs. 1 IVV (BGE 125 V 417 f. Erw. 2d, 109 V 125, 106 V 16). Danach ist bei einer Verbesserung der Erwerbsfähigkeit die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit andauern wird; sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (BGE 109 V 126 f. Erw. 4a; AHI 2001 S. 159 f. Erw. 1 und S. 278 Erw. 1a, 1998 S. 121 Erw. 1b, ZAK 1990 S. 518 Erw. 2 mit Hinweis).

#### E. 2.5

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverföugung lediglich nach den für die Wiedererwöugung rechtskräftiger Verwaltungsverföugungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verföugung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet haben, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Sie ist verpflichtet, darauf zurückzukommen, wenn neue Tatsachen oder neue Beweismittel entdeckt werden, die geeignet sind, zu einer andern rechtlichen Beurteilung zu föhren (BGE 110 V 178 Erw. 2a, 292 Erw. 1 mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverföugung gegebenenfalls mit der substituierten Begröndung schätzen, dass die ursprüngliche Rentenverföugung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 369 Erw. 2 mit Hinweisen).

## E. 2.6

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 Erw. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 Erw. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 Erw. 4b.cc).

## E. 2.7

Versicherungssträger und Sozialversicherungsgerichte haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an formliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu wärdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu wärdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

### E. 3.1.1

Die rentenzusprechenden Verfügungen vom 13. August 2004 fussen im Wesentlichen auf dem Bericht des Psychiaters Dr. B. \_\_\_ vom 17. März 2004 (Urk. 7/12/5-6), welcher die Beschwerdeführerin ab dem 12. November 2003 behandelt hatte (vgl. Feststellungsblatt vom 26. März 2004, Urk. 7/14). Dieser stellte die Diagnose einer länger depressiven Reaktion und wies darauf hin, dass die Beschwerdeführerin vorher bei Dr. I. \_\_\_ in psychiatrischer Behandlung gewesen sei. Unter den Befunden vermerkte er folgende Punkte vor der Zukunft, Verarmungsängste, depressive Verstimmungen mit innerer Unruhe, verminderter Appetit, verminderte Energie und wenig Interesse. Unter Deroxat habe eine Besserung der depressiven Symptomatik innerhalb einiger Wochen festgestellt werden können. Er gehe davon aus, dass die depressiven Symptome unter psychiatrischer Behandlung mit Antidepressiva ganz ausheilen und die Patientin bald wieder 100 % arbeitsfähig sein werde. Er attestierte ihr seit Behandlungsbeginn bei ihm am 12. November 2003 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit. Ab April 2004 sei sie voraussichtlich noch zu 50 % arbeitsunfähig.

### E. 3.1.2

Gemäss der höchstgerichtlichen Rechtsprechung ist einer depressiven Reaktion grundsätzlich kein Krankheitswert im invalidenversicherungsrechtlichen Sinne

zuzumessen (vgl. Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichtes vom 10. Juli 2006 in Sachen R., I 807/04, Erwägung 6.2.3, mit Hinweis). Die Beschwerdegegnerin sprach die Invalidenrente einzig gestützt auf diese Diagnose zu. Die von Dr. B.\_\_\_\_ erhobenen und berichteten Befunde sind äusserst knapp gehalten und lassen keine Schlüsse auf den Schweregrad bzw. den Krankheitswert seiner Diagnose zu. Vielmehr ist aufgrund dieses Berichtes eher zu vermuten, dass die geschilderten subjektiven Beschwerden und objektiven Befunde nicht über eine vorübergehende, depressive Symptomatik im Zuge einer Reaktion auf psychosoziale Belastungssituationen hinausgehen und keinen anhaltenden Einfluss auf die objektiv zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu zeitigen vermochten. Jedenfalls genügt dieser psychiatrische Bericht nicht zur Feststellung einer Invalidität.

### E. 3.1.3

Zudem attestierte Dr. B.\_\_\_\_ erst ab dem 12. November 2003 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit, da er ab dann die psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin aufgenommen hatte. Die Beschwerdegegnerin eröffnete jedoch die einjährige Wartefrist nicht erst per November 2003, sondern laut Vermerk ihres Regionalärztlichen Dienstes (RAD) bereits per 27. Februar 2003, laut Anfrage an denselben am 21. März 2003 (vgl. Urk. 7/14/2), und sprach die Rente ab dem 1. März 2004 zu. Dabei stützte sie sich wohl einerseits auf die Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung des behandelnden Hausarztes Dr. Z.\_\_\_\_, welcher in seinem Bericht vom 10. Februar 2004 (Urk. 7/7) ein tractus iliotibialis Syndrom, lumbospondylogene Schmerzen und ISG[=Iliosakralgelenk]-Syndrom sowie eine Depression diagnostizierte und vom 27. Februar bis zum 14. Juli 2003 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestierte. Andererseits liegt in den Akten der Bericht des behandelnden Chirurgen Dr. A.\_\_\_\_ vom 3. März 2004 (Urk. 7/10), worin vom 21. März bis 29. April 2003 eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, bei Status nach einer CTS Operation rechts am 21. März 2003 mit etwas protrahiertem Verlauf und Neigung zu Keloid. Als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine Tendovaginitis stenosans und eine Rhizarthrose am Daumen rechts, hielt indes fest, dass wegen den alten CTS-Operationen und neu dem Daumenproblem rechts "keine IV-Massnahmen" begründbar seien. Zur psychischen Situation verwies Dr. A.\_\_\_\_ auf den Hausarzt, der seinerseits dazu festhielt, er könne diese zu wenig beurteilen. Seit März 2003 bestehe eine zunehmende Depression, welche durch eine Kündigung durch ihren langjährigen Arbeitgeber ausgelöst worden sei. Die weiteren (somatischen) Diagnosen begründeten seines Erachtens keine Arbeitsunfähigkeit. Vom Psychiater sei die Beschwerdeführerin weiterhin arbeitsunfähig geschrieben. Vom vor Dr. B.\_\_\_\_ behandelnden Psychiater Dr. I.\_\_\_\_, bei welchem sich die Beschwerdeführerin ab April 2003 einer Gesprächstherapie unterzog (vgl. Urk. 7/33/6), wurde jedoch kein Arztbericht einverlangt, weshalb unklar ist, wie sich die psychische Situation der Beschwerdeführerin bis zur Aufnahme der Behandlung bei Dr. B.\_\_\_\_ am 12. November 2003 präsentierte.

Die Herabsetzung der ganzen Rente auf eine halbe Rente aufgrund einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit per 1. Juli 2004 erfolgte gestützt auf die von Dr. B.\_\_\_\_ am 17. März 2004 gestellte Prognose, dass die Beschwerdeführerin ab April 2004 voraussichtlich nur noch zu 50 % arbeitsunfähig sei. Ob diese Prognose denn auch tatsächlich eintraf, wurde vor Erlass der Verfügung nicht abgeklärt. Per 30. März 2004 wechselte die Beschwerdeführerin den behandelnden Psychiater (Urk. 7/22).

Die Verfügungen vom 13. August 2004 beruhen demzufolge offensichtlich auf einer unvollständigen Sachverhaltsabklärung.

#### **E. 3.1.4**

Bei Erlass der rentenzusprechenden Verfügung hätte einerseits aufgrund der bekannten Akten kein invalidisierender Gesundheitsschaden bejaht werden dürfen, andererseits war der rechtserhebliche Sachverhalt unvollständig festgestellt worden, was eine Verletzung der Abklärungspflicht als einer wesentlichen Verfahrensbestimmung darstellt. Die Verfügungen vom 13. August 2004 sind daher zweifellos unrichtig (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008 in Sachen C., 9C\_562/2008, Erw. 6.2.1).

#### **E. 3.1.5**

Ein Sachverhalt, der nicht rechtskonform abgeklärt worden ist, kann aus sachlogischen Gründen gar keinen zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG bilden (vgl. Erw. 2.3.2). Eine mögliche Veränderung kann nur im Vergleich zu einem hinreichend festgestellten Sachverhalt überhaupt beurteilt werden. In der Folge ist daher zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin am 20. April 2007 (Erlass der renteneinstellenden Verfügung) Anspruch auf eine Invalidenrente gehabt hätte.

#### **E. 3.2.1**

Die am 20. April 2007 verfügte Einstellung der Rente stützt sich im Wesentlichen auf das Gutachten des G.\_\_\_\_ vom 20. November 2006 (Urk. 7/33), wo die Beschwerdeführerin am 2. Oktober 2006 internistisch, rheumatologisch und psychiatrisch untersucht worden war.

Die rheumatologische Teilgutachterin Dr. med. J.\_\_\_\_ stellte eine uneingeschränkte Beweglichkeit der Wirbelsäule und der Extremitätengelenke fest. Im lumbosacralen Übergang paravertebral links fand sie eine mässige Druckdolenz, im M. Gluteus medius beidseits linksbetont konnte sie ausgeprägt schmerzhaft Triggerpunkte abgrenzen. Im übrigen fanden sich keine Druckdolenzen. Hände und Knie waren reizlos. In den bildgebenden Untersuchungen ergaben sich im Bereich der HWS fortgeschrittene Segmentdegenerationen, im Bereich der BWS konnten auffallende Spondylophyten objektiviert werden bei erhaltenen Bandscheibenvolumen.

Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. K.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte vor allem psychodynamisch belastende Faktoren, unter anderem eine belastende Paarbeziehung mit dem Ehemann und ökonomisch missliche Verhältnisse, unter welchen die Beschwerdeführerin leide, feststellen. Eine Einschränkung der psychischen Funktionsfähigkeit konnte er nicht erkennen. Die Angaben über die Schmerzsymptomatik seien sehr diffus und vage und es fehlten die Grundlagen für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht nicht begründen. Hingegen sei die derzeitige Belastungssituation - insbesondere dann, wenn der Mann nicht mit ins therapeutische Setting einbezogen werde - geeignet, in weiterer Zukunft eine depressive Entwicklung zu fördern, vor allem, wenn sich die ökonomische Situation weiter verschlechtere. Die vom behandelnden Psychiater geltend gemachte narzisstische Störung sei aus seiner Sicht nicht begründbar (Urk. 7/33/13-15).

Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Ä Zusammenfassend stellten die Gutachter folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. chronisches lumbovertebrales bis lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit/bei ausgeprägter myofaszialer Komponente bei muskulärer Dysbalance; 2. intermittierendes cervicovertebrales Schmerzsyndrom mit/bei Osteochondrose C3/C4, C4/C5 und C5/C6; 3. intermittierende Periarthropathie genu rechts mit/bei Status nach lateraler Teilmenisektomie 1990 und lateraler Meniskustoilette 1994. Psychiatrische Diagnosen wurden nicht gestellt. Insgesamt kamen sie zum Schluss, die Beschwerdeführerin sei für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, zum Beispiel als Fotolaborantin, vollumfänglich arbeitsfähig (Urk. 7/33/17).

### E. 3.2.2

Die Beschwerdeführerin liess verschiedene Einwände gegen das Gutachten erheben. So machte sie geltend, das Gutachten sei nur eine Momentaufnahme und basiere lediglich auf einem kurzen Gespräch mit dem Psychiater, und verwies auf die Beurteilungen durch Dr. C. \_\_\_ (Urk. 1 S. 6 und 7). Zu dieser Kritik ist generell festzuhalten, dass es sich bei einem Gutachten in der Regel immer um eine Momentaufnahme des Zustandes eines Exploranden handelt und die Gutachter denselben nur für eine beschränkte Zeit sehen. Dieser Umstand vermag die Wertigkeit eines Gutachtens klarerweise nicht in Frage zu stellen, weil krankheitswertige Befunde dem erfahrenen Diagnostiker sich ohne Weiteres auch nach einem einmaligen Gespräch zeigen. Der Zeitaufwand für eine psychiatrische Untersuchung schwankt in weiten Grenzen, je nach Fragestellung und zu beurteilender Psychopathologie. Die Diagnose einer Demenz oder einer akuten schizophrenen Psychose ist bei deutlicher Ausprägung der Symptomatik häufig rasch möglich, während ein sehr hoher Zeitaufwand erforderlich sein kann, um den Verdacht auf eine Simulation einer psychischen Störung zu klären, eine schwierige Persönlichkeitspathologie zu erhellen oder problematische Zusammenhänge zwischen traumatischen Äusseren Ereignissen und nachfolgender Symptomatik zu eruieren. Daher lässt sich ein genereller Zeitrahmen für eine Untersuchung nicht verbindlich angeben (Urteil des EVG vom 13. Juni 2006 in Sachen S., I 58/06, Erw. 2.2). Den Gutachtern werden jeweils - so auch vorliegend - die medizinischen Akten zugestellt, welche Auskunft über das Leiden im Verlauf geben. Zudem erfolgte anlässlich der Begutachtung auch eine ausführliche Anamneseerhebung im Gespräch mit der Beschwerdeführerin. Die Beurteilung erfolgte in Kenntnis dieses Verlaufs. Im Weiteren ist es einem Psychiater auch in einem limitierten Zeitrahmen möglich, das Vorliegen einer Depression zu prüfen und zu erkennen. Die vom psychiatrischen Gutachter erhobenen klinischen Befunde (unauffällige Bewegungsabläufe und unbeeinträchtigt psychisches Leistungsvermögen während des Gespräches, guter, intensiver Redefluss, teilweise umständlich, lebendig, engagiert, energievoll, fähig zu Tränen und Lächeln, guter affektiver Rapport, die Stimmung für den Gutachter durch nachvollziehbare Sorgen beeinträchtigt) und subjektiven Beschwerden (schwerzbedingte Schlafstörungen, körperliche Müdigkeit, verbunden mit rascher Erschöpfung) sowie der geschilderte (eigenstrukturierte) Tagesablauf mit verschiedensten Aktivitäten (vgl. Urk. 7/33/21) lassen die Verneinung einer die Arbeitsfähigkeit andauernden beeinträchtigenden depressiven Krankheit als schlüssig erscheinen.

Der Psychiater Dr. C. \_\_\_, bei welchem die Beschwerdeführerin seit dem 30. März 2004 in Behandlung steht, diagnostizierte in seinem Bericht vom 12. Februar 2005 (Urk.

7/22) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1). Der Verlauf habe sich als chronisch mit rezidivierenden depressiven Einbrüchen erwiesen. Auf dem Boden einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung und aufgrund der schwierigen äusseren Verhältnisse (Sorgen um die Gesundheit ihres Mannes, Probleme im Mieterumfeld, finanzielle Nöte) sei bis anhin keine ausreichende Verbesserung ihrer psychischen Verfassung eingetreten. Seit dem 12. November 2003 bestehe eine kontinuierliche Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In seinem Bericht vom 1. März 2007 (Urk. 7/39) schilderte Dr. C. den weiteren Verlauf seit seinem letzten Bericht. Er führte verschiedene Verschlimmerungen der depressiven Symptomatik auf, welche jeweils im Zusammenhang mit oder in Reaktion auf eine Situation im Umfeld der Beschwerdeführerin (Finanzsorgen, Konflikte mit dem Ehemann und Trennungsgedanken, Sorgen um die Tochter, Ausgenutztwerden vom Arbeitgeber, tief sitzende Konflikte mit der Mutter, Resultat der G.-Begutachtung und ungerecht behandelt werden). Die wiederkehrende depressive Symptomatik zeichne sich auf dem Hintergrund der schon in der Kindheit und Jugend entstandenen narzisstischen Problematik. Dabei reagiere die Beschwerdeführerin auf für sie kränkend erlebte Ereignisse unter anderem, wenn sie kraftemässig erschöpft sei, mit regressivem depressivem Rückzug (Urk. 7/39/4). Die Arbeitsunfähigkeit betrage mindestens 50 % (Urk. 7/39/5).

Den Beurteilungen von Dr. C. können keine einlässlichen und überzeugende Befunde zur Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem entnommen werden (vgl. Erw. 2.2), das heisst es wird nicht schlüssig ein fachärztlich medizinisches Substrat festgestellt, welches zur Annahme einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Erkrankung berechtigen würde. Zudem wird deutlich, dass die depressiven Episoden jeweils als Reaktion auf äussere Belastungsfaktoren entstanden. Daraus darf aber nicht auf eine krankheitswertige depressive Symptomatik geschlossen werden, vielmehr müsste angesichts dessen umso mehr eine von den belastenden soziokulturellen Faktoren deutlich unterscheidbare psychische Störung feststellbar sein (vgl. Erw. 2.2). Dies wird mit der Schilderung der narzisstischen Problematik, wobei die Beschwerdeführerin bei für sie kränkend erlebte Ereignisse mit beleidigtem Rückzug, Gefühlen von Unverstandensein, Ohnmacht, Wut, Ärger, Agitiertheit, und, wenn die Beschwerdeführerin kraftemässig erschöpft ist, mit regressivem depressivem Rückzug reagiere (Urk. 7/39/4), nicht dargelegt. Die vom G.-Gutachter vorgenommene starke Gewichtung der psychosozialen Belastungsfaktoren wird zudem bestätigt. Im Weiteren kann nicht nachvollzogen werden, weshalb Dr. C. die Beschwerdeführerin zunächst durchgehend als zu 100 % und bei der letzten Beurteilung als zu 50 % arbeitsunfähig qualifizierte.

Insgesamt kann der psychische Aspekt nicht anhand der Berichte von Dr. C. beurteilt werden und vermögen seine Berichte keine begründeten Zweifel an der Richtigkeit des G.-Gutachtens zu wecken. Zudem darf und soll das Gericht in Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass diese mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 353 Erw. 3b/cc), was auch für behandelnde Spezialärzte gilt. Die Berichte von Dr. C. sind dementsprechend zu wärdigen.

### E. 3.2.3

Im Weiteren kritisierte die Beschwerdeführerin den Umstand, dass die psychiatrische Untersuchung nicht von einem italienischsprachigen Psychiater durchgeführt, sondern ein Dolmetscher beigezogen worden sei.

Gemäss der höchststrichterlichen Rechtsprechung besteht kein Anspruch auf Untersuchung in der Muttersprache der versicherten Person (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen T., U 414/05, Erw. 3.2). Inwiefern sich der Umstand, dass ein Dolmetscher beigezogen wurde, konkret negativ auf die Begutachtung ausgewirkt haben beziehungsweise diese veräussert haben soll, legte die Beschwerdeführerin im Äusseren nicht dar und sie machte auch nicht geltend, dass der rechtserhebliche medizinische Sachverhalt durch den Psychiater unrichtig erhoben worden sei. Die Kritik der Beschwerdeführerin erscheint in diesem Punkt als haltlos.

#### **E. 3.2.4**

In somatischer Hinsicht machte die Beschwerdeführerin geltend, med. pract. H.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ gingen von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % aus (Urk. 1 S. 7).

Der Chiropraktor Dr. F.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 12. April 2005 (Urk. 7/27/5-6) fest, die Arbeitsunfähigkeit sei bis auf weiteres auf 100 % gesetzt, wobei diese hauptsächlich durch das chronische lumbospondylogene Syndrom und die Depressionen bestimmt sei. Die psychosoziale Situation der Beschwerdeführerin sei einer nachhaltigen Remission und Reintegration nicht zuträglich. Der Verlauf und der Zustand der Beschwerdeführerin liessen einen Arbeits- bzw. Vermittlungsversuch nicht als sinnvoll erscheinen. Am 20. Februar 2007 (Urk. 7/40) schilderte er die geklagten Beschwerden und kam zum Schluss, längeres Sitzen, schwere Hebearbeiten und wiederholtes Bücken könnten den Zustand der Beschwerdeführerin verschlimmern. Betreffend Arbeitsunfähigkeit verwies er auf die Einschätzung des Hausarztes H.\_\_\_\_.

Anhand der von Dr. F.\_\_\_\_ geschilderten Beschwerden und Befunde kann die von ihm attestierte Arbeitsunfähigkeit insbesondere in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren wechselbelastenden Tätigkeit, für welche die G.\_\_\_\_-Gutachter eine volle Arbeitsfähigkeit attestierten, nicht nachvollzogen werden. Zudem wirken sich offensichtlich auch nach seiner Einschätzung die psychosozialen Faktoren auf das Leiden der Beschwerdeführerin aus.

Med. pract. H.\_\_\_\_ vertrat in seinem Bericht vom 7. März 2007 (Urk. 7/39/6) die Ansicht, aus somatischer Sicht bestehe eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit, wobei er in somatischer Hinsicht paravertebrale Rückenschmerzen mit Tendenz zur Fibromyalgie und eine Gonarthrose rechts diagnostizierte.

Der Bericht von med. pract. H.\_\_\_\_ enthält weder die von ihm erhobenen Befunde noch kann nachvollzogen werden, inwiefern die Beschwerdeführerin aufgrund der von ihm gestellten Diagnosen in einer Arbeitstätigkeit als Fotolaborantin beeinträchtigt sein soll.

Die nicht einlässlich begründeten und nachvollziehbaren divergierenden Meinungen von Dr. F.\_\_\_\_ und von med. pract. H.\_\_\_\_ vermögen keine begründeten Zweifel an der Richtigkeit der nachvollziehbaren Beurteilung des G.\_\_\_\_-Gutachtens zu wecken.

#### **E. 3.2.5**

Sodann machte die Beschwerdeführerin geltend, es habe keine Auseinandersetzung mit den weiteren involvierten Ärzten, welche von einer Arbeitsunfähigkeit von 50-100 %

ausgingen, stattgefunden.

Die vorgängigen medizinischen Akten sind insgesamt als eher dürftig zu qualifizieren. Die Berichte der übrigen involvierten Ärzte sind allesamt nicht umfassend und die von diesen attestierte Arbeitsunfähigkeit kann anhand der in den Berichten enthaltenen Ausführungen, allfälligen Befunden und Diagnosen kaum nachvollzogen werden, weshalb die fehlende detaillierte Auseinandersetzung mit den divergierenden Meinungen den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern vermag. Demgegenüber kann die im Gutachten festgestellte Arbeitsunfähigkeit anhand der von den Gutachtern erhobenen Befunde und Diagnosen ohne Weiteres nachvollzogen werden. Abschliessend bleibt darauf hinzuweisen, dass den Gutachtern die medizinischen Vorakten bekannt waren und dass sie ihre Schlussfolgerungen in Kenntnis derselben trafen.

3.4 Zusammenfassend vermag die Kritik der Beschwerdeführerin am Gutachten nicht zu greifen und besteht kein Grund, an der Richtigkeit der gutachtlichen Schlussfolgerungen zu zweifeln. Für die Beurteilung der vorliegenden Angelegenheit kann daher auf das G. \_\_\_-Gutachten, welches im übrigen den erwähnten (Erw. 2.7) Beweisanforderungen entspricht, abgestellt werden, und es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht unter einem invalidisierenden Gesundheitsschaden leidet. Weitere medizinische Abklärungsmassnahmen erübrigen sich.

4. Gestützt auf dieses Abklärungsergebnis erweist sich die Aufhebung der Invalidenrente für die Zukunft als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerde führt.

5. Gemäss dem seit 1. Juli 2006 in Kraft stehenden Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung vor dem kantonalen Versicherungsgericht in Abweichung von Art. 61 lit. a ATSG kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt.

Vorliegend erweist sich eine Kostenpauschale von Fr. 600.-- als angemessen. Ausgangsgemäss ist diese der Beschwerdeführerin aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Dr. Roger Bollag

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diese Entscheidung kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG). Die Frist steht während folgender Zeiten still: vom siebten Tag vor Ostern bis und mit dem siebten Tag nach Ostern, vom 15. Juli bis und mit 15. August sowie vom 18. Dezember bis und mit dem 2. Januar (Art. 46 BGG).

Die Beschwerdeschrift ist dem Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, zuzustellen.

Die Beschwerdeschrift hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift des Beschwerdeführers oder seines Vertreters zu enthalten; der angefochtene Entscheid sowie die als Beweismittel angerufenen Urkunden sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat (Art. 42 BGG).

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