

# ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00774 vom 9. Juli 2010

ZH Sozialversicherungsgericht, 2010-07-09, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2009.00774](https://mcp.opencaselow.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2009.00774)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00774 du 9 juillet 2010

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2009.00774 del 9 luglio 2010

## Erwägungen

### E. 1

1.1 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). Die angefochtene Verfügung ist am 23. Juni 2009 ergangen, wobei ein Sachverhalt zu beurteilen ist, der vor dem Inkrafttreten der revidierten Bestimmungen der 5. IV-Revision am 1. Januar 2008 begonnen hat. Daher ist entsprechend den allgemeinen intertemporalrechtlichen Regeln für die Zeit bis 31. Dezember 2007 auf die damals geltenden Bestimmungen und ab diesem Zeitpunkt auf die neuen Normen der 5. IV-Revision abzustellen (vgl. zur 4. IV-Revision: BGE 130 V 445 ff.; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts vom 7. Juni 2006 in Sachen M., I 428/04, Erw. 1). Dies fällt materiellrechtlich jedoch nicht ins Gewicht, weil die 5. IV-Revision hinsichtlich der Invaliditätsbemessung keine substanziellen Änderungen gegenüber der bis 31. Dezember 2007 gültig gewesenen Rechtslage gebracht hat, so dass die zur altrechtlichen Regelung ergangene Rechtsprechung weiterhin massgebend ist (Urteil des Bundesgerichts in Sachen A. vom 19. Mai 2009, 8C\_76/2009, Erw. 2). Im Folgenden werden die massgeblichen Gesetzesbestimmungen - soweit nichts anderes vermerkt ist - in der seit dem 1. Januar 2008 geltenden Fassung zitiert.

1.2 Die massgebenden rechtlichen Grundlagen, insbesondere betreffend den Rentenanspruch (Art. 28 IVG) und die Invaliditätsbemessung (Art. 16 ATSG) sind im angefochtenen Entscheid zutreffend wiedergegeben (Urk. 2 S. 1) Darauf kann verwiesen werden.

1.3 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.

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch)

gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 130 V 398 ff. Erw. 5.3 und Erw. 6). Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere Faktoren, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen, ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerdauernde Rückbildung, ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"), das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352 Erw. 2.2.3 in fine). Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind - ausnahmsweise - die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (Meyer-Blaser, Der Rechtsbegriff der Arbeitsunfähigkeit und seine Bedeutung in der Sozialversicherung, in: Schmerz und Arbeitsunfähigkeit, St. Gallen 2003, S. 77).

1.4 Ä Ä Ä Ä 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. Die Invalidenrente ist somit 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). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, 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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedereröffnung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 Erw. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG und alt Art. 41 IVG dar (BGE 112 V 372 Erw. 2b mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 204 Erw. 3a; Urteil des Bundesgerichts in Sachen C. vom 3. November 2008, 9C\_562/2008, Erw. 2.1).

1.5 Hinsichtlich des Beweiswertes eines Ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 125 V 352 Erw. 3a, 122 V 160 Erw. 1c).

1.6 In Bezug auf Berichte von Hausärztinnen und Hausärzten darf und soll das Gericht 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).

## E. 2

2.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der leistungsaufhebenden Verfügung vom 23. Juni 2009 davon aus, dass gemäss den vorliegenden medizinischen Abklärungen, insbesondere dem psychiatrischen Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_, ab Herbst 2007 eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten sei. Ab Herbst 2007 sei sie in einer körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig (Urk. 2 S. 2 oben). In diesem Umfang seien ihr somit sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine behinderungsangepasste Tätigkeit wie zum Beispiel Konfektions- oder Kontrollarbeiten zumutbar (Urk. 2 S. 2 unten).

2.2 Die Beschwerdeführerin äusserte beschwerdeweise (Urk. 1) - einzeln genannte - Kritikpunkte. So rügte sie die Beauftragung von Dr. E. \_\_\_\_ mit der psychiatrischen Begutachtung (Ziff. 6-12). Weiter machte sie eine Verletzung des rechtlichen Gehörs sowie der Begründungspflicht durch die Beschwerdegegnerin im Rahmen des Vorbescheidverfahrens geltend (Ziff. 13-15). Schliesslich bemängelte sie das Gutachten von Dr. E. \_\_\_\_ in inhaltlicher Hinsicht (Ziff. 16-26) und wies insbesondere auf die vom Gutachten divergierende Beurteilung ihres Gesundheitszustandes sowie ihrer Arbeitsfähigkeit durch lic. phil. H. \_\_\_\_, Leiter des Interdisziplinären Schmerzprogramms in I. \_\_\_\_ (I. \_\_\_\_), und Dr. med. J. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH, hin (Ziff. 26-28).

## E. 3

3.1 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchrelevanten Änderung bilden die Verfügungen vom 28. März und 30. April 2003 (Urk. 8/24-25) beziehungsweise die rentenbestätigende Mitteilung vom 11. April 2005 (Urk. 8/29), welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung beruhten (vgl. vorstehend Erw. 1.4). Da revisionsweise (Urk. 8/29) von einem unveränderten Gesundheitszustand ausgegangen wurde, ist auf die ursprüngliche medizinische Aktenlage abzustellen.

Massgebend für den Erlass dieser Verfügungen waren die nachfolgend dargelegten medizinischen Berichte.

3.2 In seinem Bericht vom 17. August 2000 stellte Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie und Innere Medizin, folgende Diagnosen (Urk. 8/9 oben):

- Arthralgien am ehesten im Rahmen eines primären Fibromyalgiesyndromes

- chronisches Panvertebralsyndrom bei Wirbelsäulenfehlform

Er fÄ¼hrte aus, zur Zeit bestÄ¼nden weder anamnestisch noch klinisch noch labormÄ¼ssig noch szintigraphisch Hinweise fÄ¼r eine entÄ¼ndlich-rheumatische Systemerkrankung. Die ArbeitsfÄ¼higkeit bei B. \_\_\_ im Catering sei aus rheumatologischer Sicht nicht eingeschrÄ¼nkt (Urk. 8/9 unten)

3.3Ä Ä Ä Ä Vom 26. Oktober bis 16. November 2000 war die BeschwerdefÄ¼hrerin in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik I. \_\_\_ hospitalisiert, wo mit Austrittsbericht vom 27. November 2000 (Urk. 8/8) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1):

- Fibromyalgie mit/bei

- 16 von 18 positiven Tenderpoints

- chronisch rezidivierendes thorako-lumbovertebrales Syndrom mit/bei

- Hohl-/RundrÄ¼cken

Dr. med. L. \_\_\_, Leitender Arzt und Dr. med. M. \_\_\_, Assistenzarzt, fÄ¼hrten aus, eine volle ArbeitsunfÄ¼higkeit bis zum 19. November 2000 sei schon vorgÄ¼ngig attestiert worden. Anschliessend sei keine ArbeitsunfÄ¼higkeit mehr gegeben. Die BeschwerdefÄ¼hrerin solle fÄ¼r die Dauer von drei Monaten keine Nachtschichten Ä¼bernehmen. Ä¼ber den Erfolg und die WeiterfÄ¼hrung dieser Massnahme solle mit dem Hausarzt weiter entschieden werden (S. 2 unten).

3.4Ä Ä Ä Ä Mit Bericht vom 1. Februar 2001 (Urk. 8/7) stellten Dr. med. N. \_\_\_, Oberarzt, Neurologische Poliklinik, Dr. med. O. \_\_\_, Oberarzt, Abteilung Psychosoziale Medizin, Dr. med. P. \_\_\_, Assistenzarzt, Neurologische Poliklinik, Frau Dr. med. Q. \_\_\_, OberÄ¼rztin, Institut fÄ¼r AnÄ¼sthesiologie und Dr. med. R. \_\_\_, Oberarzt, Rheumaklinik, UniversitÄ¼tsspital S. \_\_\_ (S. \_\_\_), folgende Diagnosen (S.4):

- chronisches Schmerzsyndrom bei Wirbelsäulenfehlhaltung, allgemeiner BandlaxizitÄ¼t, multilokulÄ¼ren Enthesiopathien und muskulÄ¼rer Dysbalance

- agitiert-depressives Zustandsbild mit Carzinophobie und Panikattacken

Die Wirbelsäulenfehlhaltung und muskulÄ¼re Insuffizienz kÄ¼men triggernd fÄ¼r die Schmerzentstehung der BeschwerdefÄ¼hrerin in Frage, erklÄ¼rten allerdings nicht die AusprÄ¼gung der Symptomatik (S. 5 oben).

Die Angstsymptomatik habe in den letzten zwei Jahren zu verschiedenen umfassenden medizinischen AbklÄ¼rungen gefÄ¼hrt, welche die BeschwerdefÄ¼hrerin trotz jeweils negativen Befunden nicht beruhigt hÄ¼tten. Zur Therapie respektive im Umgang mit der AngststÄ¼rung wurde die Umstellung der antidepressiven Medikation, die Wiederaufnahme psychotherapeutischer GesprÄ¼che und ZurÄ¼ckhaltung bezÄ¼glich weiteren von der BeschwerdefÄ¼hrerin gewÄ¼nschten medizinischen AbklÄ¼rungen empfohlen (S. 5 Mitte).

3.5Ä Ä Ä Ä Vom 21. August bis 18. September 2001 war die BeschwerdefÄ¼hrerin in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik I. \_\_\_ hospitalisiert, wo mit Austrittsbericht vom 24. Oktober 2001 (Urk. 8/6) folgende Diagnosen gestellt wurden (S. 1):

- Fibromyalgie-Syndrom

- chronisches Panvertebral-Syndrom bei

- Wirbelsäulenfehlform und -fehlhaltung
- Dekonditionierung

Dr. med. L.\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt, Dr. med. T.\_\_\_\_, Assistenzarzt, lic. phil. H.\_\_\_\_ und U.\_\_\_\_, Physiotherapie, fÄ¼hrten aus, die BeschwerdefÄ¼hrerin sei in ihrer bisherigen ArbeitstÄ¼tigkeit bei B.\_\_\_\_ aus psychologisch-psychiatrischer Sicht bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfÄ¼hig. Aus rheumatologischer Sicht sei fÄ¼r ein anderes Arbeitsfeld, auch im Hinblick auf eine berufliche Reintegration, eine ArbeitsfÄ¼higkeit zu 50 % vom 24. September bis 23. November 2001 indiziert. Die weitere Beurteilung der ArbeitsfÄ¼higkeit erfolge durch die weiterbehandelnden Ä¼rzte (S. 2 Mitte).

3.6Ä Ä Ä Ä Im multidisziplinÄ¼ren Gutachten vom 5. Februar 2003 (Urk. 8/20) nannten PD Dr. V.\_\_\_\_, Chefarzt, und Dr. med. W.\_\_\_\_, D.\_\_\_\_, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die ArbeitsfÄ¼higkeit (S. 14 Ziff. 4):

- agitiert depressives Zustandsbild (ICD-10 F.32.9)
- SomatisierungsstÄ¼rung (ICD-10 F45.0)

Die BeschwerdefÄ¼hrerin sei zum jetzigen Zeitpunkt nicht arbeitsfÄ¼hig. Die aus rheumatologischer Sicht bestehende ArbeitsfÄ¼higkeit von 100 % fÄ¼r eine kÄ¼rperlich leichte bis maximal mittelschwere TÄ¼tigkeit kÄ¼nne sie aufgrund der Depression zur Zeit nicht umsetzen. Aufgrund der vorliegenden Berichte bestehe die jetzige ArbeitsunfÄ¼higkeit schÄ¼tzungsweise seit Dezember 2000 (S. 16 Mitte).

Bei konsequentem WeiterfÄ¼hren der psychotherapeutischen/psychiatrischen Behandlung sei mittelfristig durchaus mit einer Verbesserung der Symptomatik zu rechnen (S. 16 Ziff. 6).

3.7Ä Ä Ä Ä Dr. J.\_\_\_\_ bestÄ¼tigte im anÄ¼sslich des ersten Revisionsverfahrens eingeholten Bericht vom 4. April 2005 (Urk. 8/27) die bekannten Diagnosen und schilderte einen unverÄ¼nderten Gesundheitszustand. So verwies er unter anderem auf die seines Erachtens bisher erfolglose Therapie von lic. phil. H.\_\_\_\_. Nach wie vor ging er von einer vollumfÄ¼nglichen ArbeitsunfÄ¼higkeit der BeschwerdefÄ¼hrerin aus.

#### **E. 4**

4.1Ä Ä Ä Ä Im Zusammenhang mit dem im April 2008 eingeleiteten Rentenrevisionsverfahren finden sich die folgenden wesentlichen medizinischen Berichte in den Akten.

4.2Ä Ä Ä Ä Vom 29. Mai bis 26. Juni 2006 war die BeschwerdefÄ¼hrerin in der Rehakli-nik X.\_\_\_\_ hospitalisiert, wo mit Austrittsbericht vom 26. Juni 2006 (Urk. 8/40/8-12) folgende Diagnosen gestellt wurden (Urk. 8/40/8):

- chronisches somatoformes Schmerzsyndrom
- Fibromyalgie Erstdiagnose 1998
- Brustwirbelsäulenhyperkyphose
- allgemeine Dekonditionierung
- mittelgradig depressive Episode
- HypercholesterinÄ¼mie

- Anamnestisch Anämie, Differentialdiagnose Eisenmangelanämie
- aktuell Eisensubstitution
- unklare Raumforderung Unterbauch links
- 2002 Coloskopie, seit etwa Dezember 2005 diffuse Abdominal-schmerzen

Dr. med. Y.\_\_\_\_, stellvertretender Chefarzt Z.\_\_\_\_, Facharzt physikalische und rehabilitative Medizin FMH, Chirotherapie und Sportmedizin, Dr. med. AA.\_\_\_\_, Stationsarzt, lic. phil. H.\_\_\_\_ und BB.\_\_\_\_, Leiterin Physiotherapie, führten aus, in erster Linie werde von einem somatoformen Schmerzsyndrom ausgegangen. Das vor allem zu Beginn vorgelegene depressive Syndrom mit niedergestimmtem Affekt, Anergie, Inappetenz und Müdigkeit lasse differentialdiagnostisch auch an eine depressive Schmerzverarbeitungsstörung denken (Urk. 8/40/8 unten).

Nebst körperlichen Aktivitäten und einer gastroenterologischen Abklärung wurde die psychologische Weiterbetreuung durch lic. phil. H.\_\_\_\_ und allenfalls eine Eingliederung in eine psychologische Gruppentherapie, welche nicht aus Schmerzpatienten bestehen sollte, empfohlen (Urk. 8/40/10).

4.3 Im Bericht vom 7. Januar 2007 (Urk. 8/10-11) nannte Dr. J.\_\_\_\_ die im Aus-trittsbericht der Rheuma- und Rehabilitationsklinik I.\_\_\_\_ vom 24. Oktober 2001 aufgeführten Diagnosen (Urk. 8/10 lit. A, vgl. Erw. 3.5).

Seit der Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Rheuma- und Rehabilitationsklinik I.\_\_\_\_ im September/Oktober 2001 habe sich ihr Gesundheitszustand gebessert. Es sei seither jedoch im Rahmen der Grunderkrankung wieder repetitiv zu generalisierten Schmerzexazerbationen gekommen (Urk. 8/10 lit. a).

In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin bei B.\_\_\_\_ sei die Beschwerdeführerin seit 29. Dezember 2000 zu 100 % arbeitsunfähig (Urk. 8/11 lit. B). Hinsichtlich einer Wiederaufnahme der Arbeit sei er pessimistisch. Aktuell sei die Beschwerdeführerin physisch wie auch psychisch nur wenig belastbar (Urk. 8/10 lit. b). Als therapeutische Massnahmen empfahl er eine regelmässige psychologische Betreuung und Begleitung sowie eine weiterführende medizinische Trainingstherapie (Urk. 8/11 lit. D. 7).

4.4 Im Bericht vom 6. Juli 2008 (Urk. 8/35/1-7) nannte Dr. J.\_\_\_\_ folgende Dia-gnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (Ziff. 2.1):

- agitiert depressives Zustandsbild
- chronisch somatoformes Schmerzsyndrom
- Fibromyalgie, Erstdiagnose 1998
- Brustwirbelsäulenhypokyphose
- muskuläre Dekonditionierung
- chronisches Panvertebral-Syndrom bei
- Wirbelsäulengehlform und -fehlhaltung

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit Dezember 2000 nicht verbessert. Immer noch beständen die starken wandernden Schmerzen am ganzen

KÄrper. Sie sei immer noch als agitiert depressiv zu beurteilen. Eine verwertbare Arbeitsfähigkeit bestehe auch heute noch nicht und mit einer Verbesserung sei mittelfristig nicht zu rechnen (Ziff. 1.2). Seit 29. Dezember 2000 sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Mitarbeiterin bei B. \_\_\_ und auch in einer behinderungsangepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig (Ziff. 3 und 6.2).

4.5. Am 30. Januar 2009 erstattete Dr. E. \_\_\_ das von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene Gutachten (Urk. 8/46). Dieses stützte er auf die ihm zur Verfügung gestellten Akten (S. 2-3), die Angaben der Beschwerdeführerin und ihr zu beobachtendes Verhalten im Rahmen seiner Untersuchung vom 9. Januar 2009 (S. 3-6) sowie die Laboruntersuchung vom 15. Januar 2009 (Urk. 8/46/12).

Der Gutachter stellte folgende Diagnosen (S. 9 Ziff. 1):

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)

Er führte aus, im Vergleich zu den vorhergehenden psychiatrischen Beurteilungen habe sich herausgestellt, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund stehe, die Somatisierungsstörung sei dagegen zurückgetreten (S. 10 Ziff. 6).

Die Beschwerdeführerin selber gehe grossteils von einem somatischen Krankheitsmodell aus. Sie sei zwar bereit, gelegentlich einen Psychologen zu besuchen, die Besuche fänden aber in deutlich vermindertem Ausmass statt. Gemäss ihren Angaben hätten die Depressionen seit 2007 gebessert. Dies führe dazu, dass sie sich nicht mehr intensiv psychologisch behandeln lasse. Die depressive Episode sei derzeit als leichtgradig zu beurteilen. Es habe sich eine Verlagerung der Symptomatik entwickelt. Währenddem sich die Verstimmungen zurückgebildet hätten, seien an deren Stelle ängstlich-hypochondrische Verhaltensweisen vermehrt aufgetreten (S. 7 unten). Es handle sich dabei nicht um einen Dauerzustand sondern um gelegentlich auftretende krisenhafte Zustände. Sollte sich diese Problematik verstärken, müsste sie die Tryptizoltabletten in genügendem Ausmass einnehmen, was derzeit nicht der Fall sei (S. 8 oben).

Ab 2007 sei es zu einer Verminderung der psychischen Komorbidität gekommen. Im Laufe der Jahre seien ungünstige krankheitsfremde Faktoren (sekundärer Krankheitsgewinn, lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, fehlende Motivation zur Wiederaufnahme einer beruflichen Leistung, Alter) dagegen in den Vordergrund getreten (S. 9 oben, S.11). Heute würden die psychosozialen Faktoren überwiegen (S. 10 Ziff. 8)

Im Haushaltsbereich sei die Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt. In der früher ausgeübten Tätigkeit wie auch in einer Verweisungstätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht seit Herbst 2007 eine krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von etwa 20 %. Die Prognose sei nicht sonderlich günstig, mit einer deutlichen Verbesserung sei angesichts der krankheitsfremden Faktoren nicht zu rechnen (S. 9 oben und Ziff. 2-3, Urk. 8/47).

4.6. In ihrer Stellungnahme vom 17. Februar 2009 führte RAD-Ärztin med. pract. CC. \_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, aus, auf das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ könne abgestellt werden. Es sei eine Besserung des depressiven Zustandes ab Herbst 2007 ausgewiesen. Ab Herbst 2007 könne eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in

körperlich leichter bis mittelschwerer Tätigkeit (Belastungsprofil analog dem D.-Gutachten) angenommen werden (Urk. 8/48/4-5).

4.7 Mit Schreiben an die Beschwerdegegnerin vom 27. März 2009 (Urk. 8/55) verwies Dr. J. auf seinen Bericht vom 6. Juli 2008 (Erw. 4.4) und führte aus, die Schlussfolgerungen von Dr. E. seien für ihn nicht nachvollziehbar. Die Konsultation bei Dr. E. habe laut Beschwerdeführerin maximal 15 Minuten gedauert, wobei nur wenige Fragen gestellt worden seien.

4.8 Lic. phil. H. nannte in seinem Schreiben vom 30. März 2009 (Urk. 8/56) folgende Diagnosen (S. 2):

- schwere depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F.31.11)
- Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)
- chronische weichteilrheumatische Schmerzsyndrome
- Poliarthralgien der oberen und unteren Extremitäten

Die Beschwerdeführerin sei von November 2000 bis Dezember 2005 bei ihm und im I., das er leite, in Behandlung gewesen. Am 18. September 2008 habe sie die Therapie bei ihm wieder aufgenommen. Sie führten ungefähr alle zwei Monate ein bis zwei Gespräche (S. 2 unten). Ihr physischer und psychischer Gesundheitszustand habe sich nicht verbessert, er sei unverändert. Sie leide an einer fortgeschrittenen Schmerzchronifizierung. Vor allem leide sie an einer starken psychischen Komorbidität, die aufgrund der langwierigen Schmerzdauer entstanden sei (S. 2 oben).

In ihrem früheren Beruf sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig. Vorstellbar sei nur eine sehr, sehr leichte Tätigkeit im Rahmen von einer Stunde pro Tag; dies nur, damit sie etwas mehr ausser Haus kommen könne. Die starke Antriebslosigkeit, die Konzentrationsstörungen und das Abgelenktsein durch zahlreiche somatische Symptome machten einen höheren Beschäftigungsgrad unmöglich (S. 2 Mitte).

4.9 In seiner Stellungnahme vom 8. Juni 2009 (Urk. 8/64) führte Dr. E. aus, das Gespräch vom 9. Januar 2009 (vgl. Erw. 4.5) habe vorzeitig begonnen, da die Beschwerdeführerin zu früh in der Praxis erschienen sei. Im Zusammenhang mit der psychiatrischen Behandlung sei zu sagen, dass die Beschwerdeführerin die Behandlung bei lic. phil. H. gemäss eigenen Angaben für längere Zeit unterbrochen gehabt habe (S. 1 unten). Zudem habe er in der Laboruntersuchung eine ungenügende Einnahme des antidepressiven Medikaments nachweisen können (S. 2 oben).

## E. 5

5.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in ihrer Renteneinstellungsverfugung vom 23. Juni 2009 auf das Gutachten von Dr. E. vom 30. Januar 2009.

Die Beschwerdeführerin machte mit Verweis auf die Rechtsprechung geltend, die Beschwerdegegnerin habe unzulässiges Gutachten-Shopping betrieben, indem sie die psychiatrische Begutachtung bei Dr. E. und nicht bei Dr. F., welche sie 2002 im Rahmen des D.-Gutachtens bereits psychiatrisch begutachtet habe, in Auftrag gegeben habe. Bei einer Rentenrevision gehe es darum, dass im Sinne eines Ergänzungs- oder Aktualisierungsgutachtens medizinisch zu beurteilen sei, ob die damals festgestellten

gesundheitlichen Beschwerden immer noch im gleichen Ausmass vorhanden seien oder nicht. Ein solches Verlaufsgutachten müsste deshalb sinnvollerweise von derjenigen Gutachterin verfasst werden, welche die ursprüngliche Begutachtung durchgeführt habe, mithin von Dr. F.\_\_\_\_ (Urk. 1 Ziff. 8 und 10).

5.2 In dem von der Beschwerdeführerin zitierten Urteil des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht, vom 6./26. September 2006, 725 06 39 /173, ging es darum, dass ein Unfallopfer, welches mit Beteiligung der Versicherung polydisziplinär begutachtet wurde, sich weigerte, sich im Rahmen des Einspracheverfahrens auf Aufforderung der Versicherung hin einer erneuten polydisziplinären Begutachtung zu unterziehen. Das Gericht kam in Erwägung 4 zum Schluss, dass infolge des Fehlens eines Wissensdefizits in sachverhaltlicher Hinsicht keine Notwendigkeit für eine zusätzliche polydisziplinäre Begutachtung gegeben sei und die Beschwerdeführerin durch ihre Weigerung keine Mitwirkungspflicht verletzt habe. Die Untersuchungspflicht der Beschwerdegegnerin (Versicherung) decke nicht die Einholung einer "second opinion" zur Absicherung bereits erhobener medizinischer Befunde durch erneute polydisziplinäre Exploration ab.

Dieser Sachverhalt unterscheidet sich wesentlich vom hier zu beurteilenden. Mit Einholung des Gutachtens bei Dr. E.\_\_\_\_ ging es darum, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Jahr 2008 (Einleitung der zweiten Rentenrevision, Sachverhalt 1.3) zu beurteilen. Das Gutachten des D.\_\_\_\_ vom 5. Februar 2003 diene dazu, den Gesundheitszustand zum damaligen Zeitpunkt zu beurteilen. Dass gestützt darauf in der Folge die Verfügungen vom 28. März beziehungsweise 30. April 2003 ergingen, zeigt, dass es diesen Zweck erfüllt hat. Mit Auftragserteilung an Dr. E.\_\_\_\_ holte die Beschwerdegegnerin somit nicht eine "second-opinion" im Sinne des zitierten Urteils des Kantonsgerichts Basel-Landschaft ein. Die Frage des "Gutachten-Shoppings" hätte sich nur gestellt, wenn die Beschwerdegegnerin nach Erstattung des D.\_\_\_\_-Gutachtens, welches unbestrittenermassen (Urk. 1 Ziff. 12) sämtliche Anforderungen an Qualität und Inhalt erfüllt, vor Erlass der Verfügungen vom 28. März beziehungsweise 30. April 2003 ein weiteres Gutachten zur Absicherung eingeholt hätte. Aus dem zitierten Entscheid lässt sich somit nicht ableiten, dass Dr. E.\_\_\_\_ im Rahmen des Rentenrevisionsverfahrens nicht mit der psychiatrischen Begutachtung hätte beauftragt werden dürfen.

5.3 Die Beschwerdeführerin verwies überdies auf das Urteil des Bundesgerichts vom 15. September 2008, 8C\_615/2008. Die in diesem Verfahren involvierte IV-Stelle hatte den Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung zu prüfen und ordnete, nachdem die Medizinische Abklärungsstelle (MEDAS) bereits ein Gutachten betreffend den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erstattet hatte, eine "Vergleichsbegutachtung" wiederum bei der MEDAS an. Das kantonale Gericht führte aus, die zweite Auftragserteilung sei erfolgt, da sich dem RAD-Arzt im Rahmen des Einspracheverfahrens die Frage gestellt habe, ob sich der Gesundheitszustand seit der ersten Begutachtung durch die MEDAS objektivierbar verändert habe, nachdem zwischenzeitlich zwei neue Arztberichte vorgelegt worden waren (Erw. 3.1). Da es um ein Verlaufsgutachten gehe, sei es sinnvoll, die bereits mit der versicherten Person befassten Mediziner zur Entwicklung des Beschwerdebildes und der Arbeitsfähigkeit zu befragen (Erw. 4.1).

Diese Aussage der kantonalen Instanz, auf welche sich die Beschwerdeführerin beruft, lässt jedoch nicht den Schluss zu, dass im vorliegenden Verfahren das psychiatrische Gutachten im Rahmen der zweiten Rentenrevision bei Dr. F. \_\_\_ hätte in Auftrag gegeben werden müssen. Im zitierten Bundesgerichtsentscheid wurde das MEDAS-Gutachten nicht im Rahmen einer Rentenrevision eingeholt, sondern im Rahmen medizinischer Abklärungen der IV-Stelle im Vorfeld ihrer Erstverfägung. Das Bundesgericht hatte sich denn auch nicht mit der hier zur Diskussion stehenden Frage zu befassen. Die Ausgangslage, von welcher das kantonale Gericht anlässlich seiner Aussage ausging, ist also nicht mit der vorliegenden vergleichbar. Wie bereits in Erwägung 5.2 dargelegt, erliess die IV-Stelle gestützt auf das D. \_\_\_-Gutachten vom Februar 2003 die Rentenverfägungen vom März und April 2003. Die Begutachtung durch Dr. E. \_\_\_ im Jahr 2008 stellte eine neue, eigenständige Begutachtung dar, welche nicht vergleichbar ist mit der angeordneten Zweitbegutachtung durch die MEDAS im zitierten Bundesgerichtsentscheid. Somit lässt sich auch aus diesem Entscheid nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin ableiten.

Gründe, weshalb das psychiatrische Gutachten im Revisionsverfahren bei der ursprünglichen Gutachterin in Auftrag hätte gegeben werden sollen, sind nicht ersichtlich. Im Übrigen zog Dr. E. \_\_\_ anlässlich seiner Begutachtung das D. \_\_\_-Gutachten bei (Urk. 8/46/2 Mitte) und hatte mithin Kenntnis von den im Rahmen des D. \_\_\_-Gutachtens erhobenen Befunden sowie den gestellten Diagnosen. Die Beauftragung von Dr. E. \_\_\_ durch die Beschwerdegegnerin ist nicht zu beanstanden.

5.4. Die Beschwerdeführerin machte weiter geltend, den Einwand, wonach Dr. E. \_\_\_ im Rahmen der zweiten Rentenrevision zu Unrecht mit der Erstattung des psychiatrischen Gutachtens beauftragt worden sei, habe sie schon im Vorbescheidverfahren vorgebracht, die Beschwerdegegnerin habe indes keine Stellung dazu genommen und so das rechtliche Gehör und die Begründungspflicht verletzt (Urk. 1 Ziff. 15).

Gemäss Art. 74 Abs. 2 IVV muss die Begründung des Beschlusses über das Leistungsbegehren sich mit den für den Beschluss relevanten Einwänden zum Vorbescheid auseinandersetzen. Die Begründung eines Entscheides muss so abgefasst sein, dass die betroffene Person ihn gegebenenfalls anfechten kann. Dies ist nur dann möglich, wenn sowohl sie als auch die Rechtsmittelinstanz sich über die Tragweite des Entscheides ein Bild machen können. In diesem Sinne müssen wenigstens kurz Überlegungen genannt werden, von denen sich der Versicherungsträger leiten liess und auf welche sich der Entscheid stützt. Dies bedeutet indessen nicht, dass sich die Verwaltung ausdrücklich mit jeder tatbestandlichen Behauptung und jedem rechtlichen Einwand auseinandersetzen muss; vielmehr kann sie sich auf die für den Entscheid wesentlichen Gesichtspunkte beschränken (BGE 126 V 80 Erw. 5b/dd mit Hinweisen, BGE 118 V 58 Erw. 5b).

Die IV-Stelle setzte sich zwar nicht explizit mit dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin auseinander, begründete aber die renteneinstellende Verfägung vom 23. Juni 2009 mit den von Dr. E. \_\_\_ im Gutachten vom 30. Januar 2009 dargelegten neuen medizinischen Befunden. Daraus ergibt sich selbstredend, dass sie der Meinung war, dass kein Anlass besteht, andernorts ein Gutachten einzuholen und dass ohne weiteres auf besagtes Gutachten abgestellt werden kann. Eine weitergehende Auseinandersetzung mit dem Einwand der Beschwerdeführerin war nicht nötig. Die Entscheidungsgründe gehen klar aus der angefochtenen Verfägung hervor, weshalb keine Verletzung des rechtlichen

Gehört durch die Beschwerdegegnerin vorliegt.

## E. 6

6.1 Das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ vom 30. Januar 2009 basiert auf den Vorakten, berücksichtigt die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und setzt sich mit diesen und ihrem Verhalten umfassend auseinander. Es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Situation ein und die Schlussfolgerungen des Experten sind in nachvollziehbarer Weise begründet (vgl. Erw. 4.5). Somit erfüllt es die praxisgemässen Anforderungen (Erw. 1.5) vollumfänglich, sodass für die Entscheidungsfindung darauf abgestellt werden kann.

Es gibt entsprechend weder einen Grund, an den von Dr. E. \_\_\_ gemachten Angaben zur Dauer der Begutachtung (Urk. 8/46/1 unten), noch an seinen Angaben unter dem Titel "Vorgeschichte" (Urk. 8/46/3-5) zu zweifeln, wie dies die Beschwerdeführerin geltend macht (Urk. 1 Ziff. 17-21). Wenn die Beschwerdeführerin ausführt, Dr. E. \_\_\_ hätte mit lic. phil. H. \_\_\_ und Dr. J. \_\_\_ Kontakt aufnehmen müssen (Urk. 1 Ziff. 26), ist dem zu entgegen, dass es im Ermessen des Gutachters liegt, ob er mit anderen behandelnden oder ehemals behandelnden Ärzten Rücksprache nehmen will.

6.2 Auch der Einwand der Beschwerdegegnerin, wonach sich Dr. E. \_\_\_ in keiner Art und Weise mit dem psychiatrischen Gutachten von Dr. F. \_\_\_ im Rahmen des D. \_\_\_-Gutachtens auseinandergesetzt habe (Urk. 1 Ziff. 22), geht ins Leere.

Im D. \_\_\_-Gutachten wurde ein agitiert depressives Zustandsbild sowie eine Somatisierungsstörung diagnostiziert (Erw. 3.6). Dr. E. \_\_\_ hielt in seinem Gutachten im Rahmen der Würdigung der vorhandenen Arztberichte - darunter auch das D. \_\_\_-Gutachten vom 5. Februar 2003 - fest, dass sich in der Zwischenzeit herausgestellt habe, dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Vordergrund stehe, die Somatisierungsstörung dagegen zurückgetreten sei. Eine phasenweise auftretende Unruhe habe die Verstimmungen abgelöst (Erw. 4.5). Es besteht somit kein Zweifel, dass er sich mit der Beurteilung durch Dr. F. \_\_\_ auseinandergesetzt, auch wenn er nicht explizit darauf Bezug nahm.

6.3 Die abweichende Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durch lic. phil. H. \_\_\_ (Erw. 4.8) vermag das Gutachten von Dr. E. \_\_\_ nicht in Zweifel zu ziehen.

Zunächst ist zu bemerken, dass die Beschwerdeführerin von 2000 bis 2005 und seit 2008 erneut bei Psychologin H. \_\_\_ in Behandlung war beziehungsweise ist. Mithin ist davon auszugehen, dass es zur Beschwerdeführerin in einem besonderen Vertrauensverhältnis steht, wie es auch zwischen Patient und Hausarzt besteht. Somit rechtfertigt sich eine gewisse Zurückhaltung bei der Würdigung seines Berichtes (vgl. Erw. 1.6). Des Weiteren ist lic. phil. H. \_\_\_ Psychologin und kein Arzt, was insbesondere mit Blick auf die von ihm gestellten Diagnosen zu berücksichtigen ist. Die von ihm im März 2009 diagnostizierte schwere depressive Episode vermag sodann nicht zu überzeugen. Die Beschwerdeführerin sagte anlässlich der Begutachtung durch Dr. E. \_\_\_ aus, die Depressionen seien seit 2007 schwächer geworden (Urk. 8/46/5 Mitte). Bestätigt wird dies insofern, als die Blutanalyse einen Medikamentenspiegel von Tryptizol unterhalb des Referenzbereichs ergab (Urk. 8/46/6). Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin von Januar 2006 bis September 2008 gar nicht in psychologischer Behandlung war, spricht für eine Abschwächung der Depression. Seit September 2008

nimmt sie zwar wieder die Hilfe von Psychologe H.\_\_\_\_ in Anspruch. Allerdings erscheint eine Behandlungsdichte von ein bis zwei Gesprächen ungefähr alle zwei Monate in Anbetracht der geltend gemachten schweren depressiven Episode als zu gering. Wenn Psychologe H.\_\_\_\_ aufgrund seiner anderweitigen beruflichen Verpflichtungen nicht mehr Behandlungen anbieten kann, so musste sich die Beschwerdeführerin nach einem anderen Psychologen umsehen, was sie aber offenbar nicht will (Urk. 8/56/1 unten). Im Übrigen fällt auf, dass sie die letzten drei Gespräche bei Psychologe H.\_\_\_\_ zusammen mit ihrem Ehemann wahrnahm (Urk. 8/56/1 unten). Der Psychologe empfahl weitere Paargespräche zur Stabilisierung der Partnerschaft und des psychischen Zustandes der Beschwerdeführerin (Urk. 8/56/2 unten). Damit spricht er aber einen invaliditätsfremden psychosozialen Faktor an, was im Endeffekt wiederum die Aussage von Dr. E.\_\_\_\_ stützt, wonach die psychosozialen Faktoren heute überwiegen würden (Erw. 4.5).

6.4 Schliesslich ändert auch die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit durch Dr. J.\_\_\_\_ (Erw. 4.4, Erw. 4.7) nichts daran, dass auf das Gutachten von Dr. E.\_\_\_\_ abzustellen ist. Dr. J.\_\_\_\_ ist Internist, weshalb seine Diagnosen in Bezug auf die psychische Komponente mit Vorbehalt zu betrachten sind. Dr. E.\_\_\_\_ legte die sich in seinen Diagnosen niederschlagende Verlagerung der Symptomatik in begründeter und nachvollziehbarer Weise dar (Erw. 4.5). Die Beurteilung von Dr. J.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin immer noch als agitiert depressiv zu beurteilen sei, hält davor nicht Stand. Im Übrigen steht die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2000 in seiner Behandlung, womit auch ihm - trotz zwischenzeitlichem Unterbruch der Therapie - eine besondere Vertrauensstellung zukommt. Dies ist rechtsprechungsgemäss (vgl. Erw. 1.6) zu wärdigen.

## E. 7

7.1 Dr. E.\_\_\_\_ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine anhaltende soma-toforme Schmerzstörung. Eine solche vermag - wie jede andere psychische Beeinträchtigung - alleine noch keine Invalidität zu begründen. Vielmehr ist zu vermuten, dass diese oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Einzig bei Vorliegen einer erheblichen psychischen Komorbidität oder weiterer spezifischer Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, könnte davon ausgegangen werden, dass der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar wäre, weil die Beschwerdeführerin in diesem Fall nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt (Erw. 1.3).

Eine schwere psychische Komorbidität ist vorliegend zu verneinen, da die depressive Episode der Beschwerdeführerin gemäss Dr. E.\_\_\_\_ seit längerem nur leichtgradig ausgeprägt ist (Urk. 8/46/8 Mitte). Somit bleiben Intensität und Konstanz der alternativ zum Zuge kommenden weiteren Kriterien zu prüfen.

Aus den Akten gehen weder chronische körperliche Begleiterkrankungen noch ein sozialer Rückzug der Beschwerdeführerin in sämtlichen Lebensbelangen hervor. Ein verfestigter, nicht mehr behandelbarer Verlauf einer Konfliktbewältigung ist ebenfalls nicht erkennbar. Was die durchgeführten Behandlungen anbelangt, so kann auf Erwägung 6.3 verwiesen werden, wo dargelegt wurde, dass die Beschwerdeführerin die psychologische Behandlung während beinahe drei Jahren ganz unterbrochen hatte und

auch seit 2008 Psychologe H.\_\_\_\_ nur alle ein bis zwei Monate für ein bis zwei Gespräche aufsucht. Dass sie anderweitige Therapien durchführt, geht nicht aus den Akten hervor. Vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das Kriterium des Scheiterns einer konsequent durchgeführten Behandlung, auch mit unterschiedlichem therapeutischen Ansatz, trotz kooperativer Haltung der Beschwerdeführerin, sei erfüllt. Ersichtlich ist hingegen eine Chronifizierung der Schmerzkrankheit der Beschwerdeführerin, was insbesondere auch Dr. E.\_\_\_\_ konstatierte (Urk. 8/46/8 unten).

7.2. Die Gesamtwürdigung der bei Fehlen einer psychischen Komorbidität zu beachtenden zusätzlichen Kriterien führt zum Schluss, dass lediglich das Kriterium eines mehrjährigen chronifizierten Krankheitsverlaufs gegeben ist. In ihrer Gesamtheit erlauben die Kriterien deshalb nicht den Schluss, die willentliche Schmerzüberwindung sei ausnahmsweise unzumutbar. Der Beschwerdeführerin ist es somit - in Übereinstimmung mit der Auffassung des Gutachters (Urk. 8/46/9 oben) - trotz Schmerzen zumutbar, einer Arbeitstätigkeit nachzugehen. Dr. E.\_\_\_\_ führte aus, die krankheitsbedingte Einschränkung der Arbeitstätigkeit betrage aus psychiatrischer Sicht sowohl in der früher ausgeübten als auch in einer angepassten Tätigkeit nicht mehr als 20 %. Darauf ist abzustellen.

7.3. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin die im D.\_\_\_\_-Gutachten aus rheumatologischer Sicht attestierte und unbestritten gebliebene 100%ige Arbeitstätigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten (Erw. 3.6) aufgrund der Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes seit Herbst 2007 zu 80 % umsetzen kann. Die übrigen Arztberichte lassen keine andere Schlussfolgerung zu.

8. Der von der Beschwerdegegnerin durchgeführte Einkommensvergleich (vgl. Urk. 8/49) blieb unbestritten und ist nicht zu beanstanden. Ausgehend vom letzten Lohn von monatlich Fr. 3'500.15 für ein 85 %-Pensum (Wert 2001, Urk. 8/4) errechnete sie zutreffenderweise ein per 2007 massgebendes Einkommen von Fr. 57'901.-- für ein Vollzeitpensum. Die Beschwerdegegnerin ging sodann richtigerweise davon aus, dass die Beschwerdeführerin in einer einfachen und repetitiven Tätigkeit in einem 80 %-Pensum ein Einkommen von Fr. 40'866.-- erzielen konnte und gewährte einen nicht zu beanstandenden Abzug vom Tabellenlohn von 10 %, womit ein Invalideneinkommen von Fr. 36'779.-- resultierte. Die Aufrechnung auf das Jahr 2009 (massgebender Zeitpunkt der Rentenaufhebung) kann unterbleiben, da sowohl das Validen- als auch das Valideneinkommen entsprechend anzupassen wären. Damit beträgt der Invaliditätsgrad 36 %, weshalb der Beschwerdeführerin keine Rente der Invalidenversicherung mehr zusteht.

9. Der Bericht des Medizinischen Zentrums G.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2010 (Urk. 11), mit welchem der Beschwerdeführerin eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde, datiert fast ein Jahr nach dem relevanten Zeitpunkt des Verfügungserlasses und ist damit nicht geeignet, das Ergebnis in Frage zu stellen.

9. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass der Sachverhalt als dahingehend erstellt zu erachten ist, dass bei der Beschwerdeführerin gemäss überzeugender medizinischer Einschätzung infolge Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes seit Herbst 2007 eine 80%ige Arbeitstätigkeit für leichte bis maximal mittelschwere Tätigkeiten besteht.

Der gestützt auf diese Arbeitsfähigkeit ermittelte Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin ist nicht rentenbegründend.

Die angefochtene renteneinstellende Verfügung der Beschwerdegegnerin erweist sich somit als rechtmässig. Die Beschwerde ist entsprechend abzuweisen.

10. Die Verfahrenskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG sind ermessensweise auf Fr. 900.-- festzusetzen und ausgangsgemäss dem Beschwerdeführer aufzuerlegen.

Das Gericht erkennt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Gerichtskosten von Fr. 900.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt.

3. Zustellung gegen Empfangsschein an:

- Rechtsanwalt Dr. Pierre Heusser

- Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 10-11

- Bundesamt für Sozialversicherungen

sowie an:

- Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft)

4. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit der Zustellung beim Bundesgericht Beschwerde eingereicht werden (Art. 82 ff. in Verbindung mit Art. 90 ff. des 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.