

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00179 vom 8. November 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-11-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.00179](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.00179)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00179 du 8 novembre 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.00179 del 8 novembre 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Die 1964 geborene X.\_\_\_\_ war nach Tätigkeiten als Fabrikarbeiterin und Zimmermädchen in verschiedenen Hotelbetrieben und zu letzt, seit dem 1. Februar 2001, bei der Firma Y.\_\_\_\_ als Montagemitarbeiterin beschäftigt. Am 13. September 2002 meldete sie sich unter Hinweis auf Diabetes, Schilddrüsenerkrankung sowie Systemischen Lupus erythematodes bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 13/1, Urk. 13/4 und Urk. 13/7). Die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, tätigte medizinische und erwerbliche Abklärungen

und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung (allgemeininternistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) im Z.\_\_\_\_ ( Z.\_\_\_\_ ; Expertise vom 27. November 2003; Urk. 13/20). Mit Einspracheentscheid vom 2. April 2004 verneinte sie den Anspruch auf eine Invalidenrente (Urk. 13/30). Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 14. Mai 2004

(Urk. 13/34/3-10) beim hiesigen Gericht Beschwerde. Mit Urteil vom 30. Juni 2005 (Prozess Nr. IV.2004.00321; Urk. 13/46) wies das Gericht die Sache zur Durchführung von weiteren Abklärungen an die IV-Stelle zurück.

### **E. 1.2**

Die IV-Stelle holte in der Folge weitere medizinische Berichte ein und liess die Versicherte durch Dr. med. A.\_\_\_\_, Facharzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, begutachten (Expertise vom 4. August 2007; Urk. 13/77). Mit Verfügung vom 15. November 2007 (Urk. 13/97) sprach sie der Versicherten von Mai bis Juli 2005 eine Viertelsrente und ab August 2005 eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu.

### **E. 1.3**

Im Rahmen des im September 2008 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens wurde die Versicherte durch die B.\_\_\_\_ polydisziplinär (allgemeininternistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) begutachtet (Expertise vom 21. Januar 2010; Urk. 13/132). Mit Verfügung vom 9. April 2010 bestätigte die IV-Stelle die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente (Urk. 13/135).

### **E. 1.4**

Im Juni 2011 leitete die IV-Stelle erneut ein Revisionsverfahren ein und liess die Versicherte durch Dr. med. und Dr. sc. nat. ETH C.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH spez. Rheumaerkrankungen, rheumatologisch (Expertise vom 5. Mai 2012; Urk. 13/158) sowie durch Prof. Dr. med. habil. D.\_\_\_\_, FMH Neurologie und FMH Psychiatrie und

Psychotherapie, psychiatrisch (Expertise vom 2. Januar 2014; Urk. 13/164) begutachten. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (Urk. 13/181) hob sie mit Verfügung vom 28. Oktober 2014 die Verfügung vom 15. November 2007 und die Mitteilung (richtig: Verfügung) vom 9. April 2010 wiedererwägungsweise auf. Ebenso hob sie die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats auf (Urk. 2).

## **E. 2**

.

### **E. 2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, 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 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

### **E. 2.4**

Fehlen die in Art. 17 ATSG genannten Voraussetzungen, so kann die Rentenverfügung lediglich nach den für die Wiedererwägung rechtskräftiger Verwaltungsverfügungen geltenden Regeln abgeändert werden. Danach ist die Verwaltung befugt, auf eine formell rechtskräftige Verfügung, welche nicht Gegenstand materieller richterlicher Beurteilung gebildet hat, zurückzukommen, wenn sich diese als zweifellos unrichtig erweist und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG; BGE 110 V 176 E. 2a mit Hinweisen). Das Gericht kann eine zu Unrecht ergangene Revisionsverfügung gegebenenfalls mit der substituierten Begründung schützen, dass die ursprüngliche Rentenverfügung zweifellos unrichtig und die Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen; vgl. auch BGE 128 V 272 E. 5b/bb; Urteile des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 3.2.2, 9C\_762/2013 vom 24. Juni 2014 E. 4.2 und 9C\_562/2008 vom 3. November 2008 E. 2.2 je mit Hinweisen).

Mit der zweifellosen Unrichtigkeit wird ein hoher Grad umschrieben. Es darf kein vernünftiger Zweifel daran möglich sein, dass eine Unrichtigkeit vorliegt, es ist ein einziger Schluss - eben derjenige auf eine Unrichtigkeit - möglich. So liegt kein Wiedererwägungsgrund vor, wenn eine Entscheidung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist und die bisherige Entscheidung als vertretbar erscheint. Die Frage der Unrichtigkeit beurteilt sich nach dem im Zeitpunkt des Erlasses der fraglichen Verfügung herrschenden Rechtszustand; dieser schliesst auch die damalige Rechtspraxis ein. Eine zweifellose Unrichtigkeit betrifft in der Regel einen Verwaltungsentscheid aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln oder ein solcher, der massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt hat. Keine Wiedererwägung ist möglich, wenn allenfalls die Vergleichseinkommen nach Art. 16 ATSG unzutreffend festgesetzt wurden (Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl. 2015, N 52 ff. zu Art. 53 ATSG mit Hinweisen auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung).

## **E. 2.5**

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 Vorak ten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zu sammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen in der Expertise begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c).

## **E. 3**

.2

Die Beschwerdeführerin stellte sich demgegenüber auf den Standpunkt (Urk. 22 ), die Beschwerdegegnerin habe vor der erstmaligen Rentenzusprache umfangreiche medizinische Abklärungen durchgeführt und sich auf ein aus führliches Gutachten gestützt. Auch die rentenbestätigende Verfügung habe sich auf ein Gutachten gestützt. Unter diesen Umständen sei es unhaltbar davon auszugehen, dass die ursprüngliche Rentenzusprache zweifellos unrichtig ge wesen sei. Eine Wiedererwägung sei vorliegend nicht erlaubt (S. 8). Die zuge sprochene Rente dürfe auch nicht in Revision gezogen werden, da eine erhebli che Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 2010 nicht erwiesen sei (S. 9). Das im vorliegenden Revisionsverfahren eingeholte rheumatologische und das psychiatrische Gutachten seien - aus näher dargelegten Gründen - nicht be weiskräftig, weshalb eine Neubegutachtung durch das Gericht beantragt werde (S. 10-16).

### **E. 3.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die angefochtene rentenaufhebende Verfü gung vom 28. Oktober 2014 (Urk. 2) damit, dass die ursprüngliche Rentenzu sprache gestützt auf das Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ erfolgt sei. Die von diesem postulierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % sei jedoch weder nachvollziehbar noch plausibel, weshalb auf das Gutachten - zumindest ohne weitere Abklärun gen - nicht hätte abgestellt werden dürfen. Sie sei zudem fälschlicherweise von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Die ursprüngliche Verfügung vom 15. November 2007 (Urk. 13/97) sei damit offensichtlich unrichtig gewesen (S. 1 f.). Die rentenbestätigende Verfügung vom 9. April 2010 (Urk. 13/135) im vorangegangenen Revisionsverfahren habe sich auf das Gutachten der B.\_\_\_\_ gestützt. Bei diesem habe jedoch eine Fehldiagnostik vorgelegen, weshalb auch darauf nicht hätte abgestellt werden dürfen. Sowohl die ursprüngliche als auch die rentenbestätigende Verfügung seien deshalb als zweifellos unrichtig zu qua lifizieren (S. 2). Die medizinischen Abklärungen im vorliegenden Revisionsver fahren hätten ergeben, dass sowohl in der angestammten als auch in einer an gepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (S. 2). Es sei der Beschwerdeführerin zuzumuten, die Beschwerden aufgrund der diagnos tizierten somatoformen Schmerzstörung zu überwinden. Nachdem kein invali disierender Gesundheitsschaden vorliege, werde die Rente für die Zukunft ein gestellt (S. 3).

## **E. 4**

von 11 - näher dargelegten - Kriterien (simultan oder zeitversetzt) erfüllt seien. Folge man dieser Kriterienliste, so lasse sich bei der Beschwerdeführerin die Di agnose eines Systemischen Lupus erythematodes derzeit nicht stellen. Es be ständen einzig erhöhte antinukleäre Antikörper und anti-dsDNS Antikörper, aber keine objektivierbare Arthritis, keine hämatologische Beteiligung und keine anderweitige Organbeteiligung. Die

Blutsenkungsreaktion sei mit 13 mm/h gering und das CRP gar nicht erhöht. Dies spreche gegen eine relevante systemische Entzündungsaktivität. Auch ein schlecht eingestellter Diabetes mellitus könne eine leichte Erhöhung der Blutsenkungsreaktion begründen und das CRP sei ein genauerer Indikator für eine systemische Entzündungsaktivität (S. 39-41).

Der Diabetes mellitus sei nicht optimal eingestellt. Diesbezüglich werde eher von einem medizinisch schwierig einstellbaren Diabetes und nicht von einer schlechten Compliance der Beschwerdeführerin ausgegangen. Die Autoimmunserologie bestätige die seit Jahren festgestellte und aktenkundige Erhöhung der antinukleären Antikörper und der anti-dsDNA Antikörper. Damit allein lasse sich aber, wie bereits dargelegt, die Diagnose eines Lupus erythematoses nicht stellen. Erhöhte antinukleäre Antikörper würden auch bei autoimmunen polyglandulären Syndromen beschrieben. Ein autoimmunes polyglanduläres Syndrom liege bei der Beschwerdeführerin vor, bisher bekannt seien bei ihr eine autoimmune Schilddrüsenerkrankung und ein Diabetes mellitus Typ 1 (S. 41).

Patienten mit einem Fibromyalgie-Syndrom seien nicht geeignet für körperlich schwere Arbeiten, Arbeiten in Nässe und Kälte und ausgesprochen stereotyp-repetitive Tätigkeiten. Da die letzte Tätigkeit mehr als 15 Jahre zurück liege und keine exakte Arbeitsplatzbeschreibung vorliege, könne nicht entschieden werden, inwiefern die zuletzt ausgeführte Tätigkeit aus rheumatologischer Sicht noch zumutbar gewesen sei. Wegen der Grosszehengrundgelenksarthrose seien ausschliesslich stehend-gehende Tätigkeiten ungünstig, der Anteil stehend-gehender Tätigkeiten sei auf maximal etwa 3/4 des Pensums zu beschränken. Tätigkeiten, welche diesen Einschränkungen Rechnung tragen würden, seien der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht vollschichtig zumutbar (S. 43).

#### **E. 4.1**

Die rentenbestätigende Verfügung vom 9. April 2010 (Urk. 13/135) stütze sich auf das Gutachten der B. \_\_\_ vom 21. Januar 2010 (Urk. 13/132). Dr. med. I. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie, und Dr. med. J. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, stellten darin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): - Systemischer Lupus erythematoses mit Polyarthralgie und sekundärem Fibromyalgiesyndrom - Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige depressive Episode - Diabetes mellitus Typ 1, Insulinpflichtig

Zudem hielten sie folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 20): - Zustand nach Thyreoidektomie 1991 (anamnestisch nach Autoimmun-Thyreoiditis, Exophthalmus) - Grenzwertige diastolische Hypertonie - Zustand nach Revision des rechten Handgelenkes 1999 (Entfernung des Discus articularis ulno-karpal?) - Anamnestisch mögliche anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Dazu führten sie aus, dass das Krankheitsbild der Beschwerdeführerin Züge einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung zeige. Aus rheumatologischer Sicht würden jedoch die von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzen im Stütz- und Bewegungsapparat durch einen Systemischen Lupus erythematoses durchaus erklärt werden können. Mit Blick auf diese Einschätzung könne man derzeit die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung respektive Schmerzverarbeitungsstörung nicht stellen. Erst wenn sich herausstellen sollte, dass die beklagten Schmerzen nicht vollumfänglich auf ein körperliches Leiden zurückzuführen seien, sei die Diagnose einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung nochmals zu diskutieren. Aus psychiatrischer Sicht sei auf eine insuffiziente psychopharmakologische Therapie hinzuweisen. Im Rahmen

der depressiven Symptomatik und der damit einhergehenden Beeinträchtigungen von Affektregulation, Antrieb und Stimmungslage sei die Beschwerdeführerin nur in der Lage, etwa 4.5 Stunden arbeitstäglich Tätigkeiten einfacher geistiger Natur mit geringer Verantwortung zu verrichten. Damit bestehe aus rein psychiatrischer Optik eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Zimmermädchen als auch in Verweistätigkeiten (S. 17 f.).

Aus internistischer Sicht schränke der langjährige insulinpflichtige Diabetes mellitus die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit um 20 % ein. Sie sei für Verweistätigkeiten mittlerer und leichter Art im Umfang von etwa 80 % arbeitsfähig (S. 19).

Seit nunmehr acht Jahren bestünden bei der Beschwerdeführerin Hinweise einerseits auf eine kollagene Bindegewebserkrankung (bei wiederholt positiv gefundenen antinukleären Faktoren) sowie ein ausgedehntes Schmerzbild, das vorerst als Fibromyalgietendenz, später als Fibromyalgie-Syndrom charakterisiert worden sei. Die beiden Phänomene seien im Sinne einer kausalen Verknüpfung zu sehen, es bestehe also nicht ein sich ständig mehr ausweitendes und verstärkendes „idiopathisches“ Fibromyalgie-Syndrom, wie es sehr häufig angetroffen werde, sondern hier liege seltenerweise diesem Geschehen tatsächlich eine immunserologisch fassbare Kollagenose beziehungsweise Autoimmunerkrankung vom Typ vermutlich des Systemischen Lupus erythematoses zu Grunde, obschon dieses Krankheitsbild aufgrund nicht ganz vollständiger Kriterien nicht mit letzter Sicherheit diagnostiziert werden könne. Die Existenz der aktuell erneut nachgewiesenen antinukleären Faktoren (mit dem bislang höchsten Titer von 1:1280), zusammen mit den für den Systemischen Lupus als hochspezifisch geltenden pathognomonischen Antikörpern gegen dsDNA sowie gegen SS-A, sei gemeinsam mit dem ausgedehnten, oft kurzfristig entzündlich auftretenden Gelenkschmerzbild stark für diese Diagnose sprechend. Ein Systemischer Lupus erythematoses könne, wie dies hier der Fall sei, gelegentlich von einem fibromyalgischen Syndrom begleitet sein, was den sonst oft milden Verlauf dieser Erkrankung dann im Erscheinungsbild deutlich verstärke (S. 38 f.). Aus rheumatologischer Sicht sei eine ausserhäusliche Tätigkeit in irgendwelcher Form unzumutbar. Selbst die Besorgung des eigenen kleinen Haushaltes sei nicht vollumfänglich möglich. Es bestehe deshalb in jeglicher Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (S. 21).

Zusammenfassend seien die Folgen der rheumatischen Erkrankung aktuell so ausgeprägt, dass die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Die laufende Behandlung sei jedoch aus rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht noch nicht ausgeschöpft. Offensichtlich sei bisher keine konsequente Behandlung des Systemischen Lupus erythematoses durchgeführt worden. Dies werde dringend empfohlen. Ferner ergebe sich aus psychiatrischer Sicht der Hinweis auf eine Optimierung der antidepressiven Psychopharmakotherapie. Unter angemessener Therapie sei eine massgebliche Besserung der Arbeitsfähigkeit keineswegs unwahrscheinlich (S. 21).

## **E. 4.2**

Dem vorliegenden Revisionsverfahren liegen unter anderem nachstehende Beurteilungen zugrunde:

### **E. 4.2.1**

Gemäss der behandelnden Psychologin lic. phil. F.\_\_\_\_, Psychologin FSP, leidet die Beschwerdeführerin an einer mittelgradigen depressiven Episode, welche reaktiv auf ihre Hauptleiden Diabetes mellitus und das Fibromyalgie-Syndrom sei. Die

Psychotherapiesitzungen fanden ein- bis zweimal monatlich statt im Sinne einer fortlaufenden Unterstützung und abhängig von der Befindlichkeit der Beschwerdeführerin. Diese stehe - nachdem sie vom 24. April 2005 bis 13. Oktober 2007 und vom 17. Juli bis 11. Dezember 2009 bereits von ihr therapiert worden sei - seit 19. August 2011 wiederum in ihrer Behandlung (Bericht vom 10. Februar 2012; Urk. 13/148/1 und Urk. 13/148/5).

#### **E. 4.2.2**

Dr. C.\_\_\_\_ hielt in ihrem Gutachten vom 5. Mai 2012 (Urk. 13/158/2-74) unter anderem die Diagnose eines Diabetes mellitus Typ 1 fest, aufgrund welcher die Beschwerdeführerin je eine halbe Stunde zusätzliche Pause pro Halbtage benötige. In der angestammten und in einer angepassten Tätigkeit sei sie zu 100 % arbeitsfähig, könne jedoch keine Tätigkeiten mit potentieller Selbst- oder Fremdgefährdung und auch keine Schichtarbeit leisten (S. 66 und S. 69 f.). Die Beschwerdeführerin habe nie die Kriterien für die Diagnose eines Systemischen Lupus erythematodes erfüllt. Für diese Diagnosen müssten vier oder mehr Kriterien nachweisbar sein, bei ihr seien es jedoch lediglich zwei gewesen. Ebenfalls habe sie nie die Kriterien für die Diagnose einer undifferenzierten Kollagenose erfüllt. Bei dieser müssten ausser pathologischen Laborbefunden auch dokumentierte persistierende Entzündungszeichen vorhanden sein, was nie festgestellt worden sei. In der Dolorimetrie seien sämtliche (18 der 18) Tender Points pathologisch wie auch alle (8 der 8) Kontrollpunkte. Eine Fibromyalgie bestehe definitionsgemäss nicht, wenn die Mehrheit der Kontrollpunkte pathologisch sei (S. 67).

#### **E. 4.2.3**

Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ stellte in seinem Gutachten vom 2. Januar 2014 (Urk. 13/164) keine Diagnosen mit, hingegen folgende

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 78 f.): - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung - Leichtgradige chronifizierte depressive Episode, reaktiv zur somatoformen Schmerzstörung

Dazu führte er aus, vier der Geschwister der Beschwerdeführerin würden in der Schweiz leben. Sie habe guten Kontakt zu ihrer Familie, man besuche sich vorwiegend am Wochenende. Sie habe vor knapp 5 Jahren das erste Mal geheiratet, die Ehe verlaufe sehr gut, ihr Ehemann unterstütze sie in der Bewältigung ihrer Krankheit sehr. Ausserhalb der familiären Kontakte sei sie zudem gut kirchlich eingebunden. Als Hobby lese sie gerne Zeitschriften (S. 61 f.).

An zwei oder drei Tagen pro Woche stehe sie überhaupt nicht auf, weil es ihr schlecht gehe. An den anderen Tagen stehe sie zwischen 9.00 und 9.30 Uhr auf, nehme ihre Medikamente und nach der Morgentoilette ein ausgedehntes Bad, um ihre Muskeln zu entspannen. Anschliessend frühstücke sie und abhängig vom Wohlbefinden liege sie danach ab oder erledige Teile der Hausarbeit wie beispielsweise Abstauben. Die Spülmaschine reinige am Vormittag die Wohnung und mache die Wäsche komplett fertig. Zum Mittag koche sie sich etwas Kleines. Am Nachmittag mache sie dasselbe wie am Morgen. In Abhängigkeit vom Wetter gehe sie zudem spazieren. Nach Rückkehr des Ehemannes von der Arbeit bereite man gemeinsam das Abendessen vor, wobei der Ehemann das Kochen übernehme. Nach dem Nachtessen gehe sie mit ihm im Sommer etwas spazieren, ansonsten schaue man Fernsehen. Zu Bett begeben sie sich zwischen 22.00 und 22.30 Uhr (S. 67).

Die Beschwerdeführerin stehe in keiner psychiatrisch fachärztlichen Behandlung, gehe jedoch seit zwei Monaten erneut zu einer delegierten Psychotherapeutin, bislang habe sie dort zwei Termine wahrgenommen. Es sei unklar, ob sie eine psychiatrische Medikation einnehme (S. 66 und S. 68).

Bei der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin gewisse depressive Symptome mit einer leichten Verschiebung des Affektes zum depressiven Pol, einer reduzierten Schwingungsfähigkeit und einer Minderung der Fähigkeit, Freude zu empfinden, gezeigt. Weitere somatische Symptome einer Depression hätten vorgelegen, die die Diagnose einer inzwischen chronifizierten, jedoch im Verlauf gebesserten, nun leichtgradigen depressiven Episode rechtfertigen würden. Wann diese Verbesserung eingetreten sei, könne gutachterlich zeitlich nicht genau bestimmt werden. Jedoch habe die Beschwerdeführerin im Januar 2012 die psychologisch-psychotherapeutische Behandlung beendet, weshalb dieser Zeitpunkt als Besserungstermin angenommen werden könne, wenn man unterstelle, dass die psychopathologische Besserung Grund für die Beendigung der Psychotherapie gewesen sei. Zumindest sei von der Besserung des affektiven Zustandes ab Begutachtungstermin auszugehen (S. 75).

Die Ätiologie der affektiv depressiven Störung sei im Zusammenhang mit dem chronischen Schmerzsyndrom zu begreifen. Die Beschwerdeführerin habe immer wieder depressive Symptome in Abhängigkeit von den Schmerzen bis hin zu Suizidideen beschrieben. Es sei deshalb von einer reaktiven Depression zum Schmerzgeschehen auszugehen. Das Vorliegen einer primären Depression sei bei fehlender Heredität unwahrscheinlich. Zudem habe sich die Depression im Zusammenhang mit der Schmerzerkrankung entwickelt (S. 75 f.).

Für das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sprächen die Symptomausweitung der Schmerzen, das Fehlen somatisch begründbarer Störungen, die die Intensität des subjektiven Schmerzempfindens verifizieren würden sowie die Schmerzintensivierung auf psychosoziale und emotionale Faktoren. Auch das Verlangen nach somatischen Behandlungen stütze diese Diagnose. Zwar lasse sich keine Psychodynamik im Zusammenhang mit dem Auftreten der chronischen Schmerzerkrankung fassen. Dies sei jedoch bei einer somatoformen Störung nicht selten der Fall und spreche nicht gegen diese Diagnose. Das Charakteristikum der somatoformen Störungen sei die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse. Bei der somatoformen Schmerzstörung sei die vorherrschende Beschwerde ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne. Die körperlichen Symptome würden nicht die Art und das Ausmass der subjektiv wahrgenommenen Symptome und die innerliche Beteiligung des Betroffenen erklären. Auch wenn Beginn und Fortdauer der Symptome eine Beziehung zu unangenehmen Lebensereignissen, Schwierigkeiten oder Konflikten aufweisen würden, wersetze sich der Erkrankte gewöhnlich den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren, sogar bei deutlichen depressiven und Angstsymptomen. Bei der Beschwerdeführerin seien diese Faktoren gegeben (S. 76).

Es lägen keine psychiatrischen Erkrankungen vor, die geeignet seien, das positive Leistungsbild der Beschwerdeführerin im IV-relevanten Sinne mittel- und langfristig zu mindern. Aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht sei die Zumutbarkeit der Überwindung des psychischen Störungsbildes anzunehmen (S. 79).

Die somatoforme Schmerzstörung bestehe unverändert hinfort. Der Schweregrad einer seit 2004 anhaltenden Depression habe sich jedoch kontinuierlich gebessert. Während im Jahre 2007 eine schwere Depression diagnostiziert worden sei, sei im Jahre 2010 eine mittelgradige Depression festgestellt worden. Nun sei von einer noch leichtgradigen Depression auszugehen, die reaktiv zum Schmerzgeschehen bestehe. Eine Verbesserung der affektiven Störung im Verlauf liege damit vor (S. 80).

#### **E. 4.2.4**

Dr. med. G.\_\_\_\_, Leitender Arzt Endokrinologie, von der H.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 3. Oktober 2014 (Urk. 13/186) fest, in Bezug auf die Blutzuckereinstellung bestehe ein durchzogener Verlauf. Dank der Unterstützung der Ernährungs- und Diabetesberatung nähere man sich in kleinen Schritten einer optimierten Einstellung an.

#### **E. 4.2.5**

Dr. E.\_\_\_\_ hielt in seinem Gutachten vom 21. Juli 2017 (Urk. 40) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S: 42): - Fibromyalgie-Syndrom - Arthrose im Grosszehengrundgelenk beidseits

Zudem stelle er folgende nicht rheumatologische Diagnosen mit unklaren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit (S. 42): - Autoimmunes polyglanduläres endokrines Syndrom mit - Diabetes mellitus Typ 1 (ED 1994) - Morbus Basedow (ED 1982) - Status nach thyreostatischer Therapie 1982-1989 - Status nach Hemithyreoidektomie ca. 1989 - Status nach thyreostatischer Therapie bis 2001 - Ablative Radiojodtherapie mit 336 Mbq (10/2008) - Erhöhte antinukleäre Antikörper (ANA), überwiegend wahrscheinlich im Rahmen eines autoimmunen polyglandulären endokrinen Syndroms - Passager Verdacht auf Lupus erythematoses (ED 2001) - Passager Basistherapie mit Plaquenil 2001/02 - Kriterien für die Diagnose eines Lupus erythematoses aktuell nicht erfüllt

Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin wohne zusammen mit ihrem Mann in einem 4-Zimmerhaus, sie selber könne etwas abstauben, sie habe eine eigene Waschmaschine und einen Tumbler und könne so die Wäsche bewältigen, aber nicht bügeln. Sie könne kleinere Einkäufe selber tätigen und sie koche selber, das mache sie wirklich sehr gerne, sie koche einmal täglich, jeweils abends, nachdem der Mann nach Hause gekommen sei. Sie habe seit Jahren eine Spi tex-Haushalthilfe, die komme alle 14 Tage für zwei Stunden, mache ihr die an strengeren Hausarbeiten und bügle die Wäsche, soweit dies nötig sei. Sie könne beispielsweise nicht selber Vorhänge waschen und aufhängen. Sie mache etwas Fitness selber zu Hause, habe in einem Zimmer ein Laufband und ein Trainingsvelo, sie trainiere etwa ein bis zwei Mal pro Woche 15 bis 20 Minuten, ausser Haus könne sie nicht Velo fahren und mache sonst keinen Sport. Als Hobby pflege sie gerne die Pflanzen im eigenen Garten und lese gerne. Sie pflege auch regelmässig Kontakte zu ihren Geschwistern und ihren Familien, die in ihrer Nähe wohnen würden (S. 22) .

Es bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Verhalten bei der Anamnesenerhebung und dem subjektiv sehr hohen Schmerzniveau von 8 Punkten auf der 10er Skala, ebenso eine Diskrepanz zwischen der Schmerzreaktion bei feinem Druck auf den linken Oberarm und ausbleibender Schmerzreaktion bei der Kompression durch die Blutdruckmanschette bei der Blutdruckmessung und auch eine Diskrepanz zwischen dem Verhalten bei der Anamnesenerhebung und der Untersuchung (S. 35).

In zwei psychiatrischen Vorgutachten sei die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt worden, was die Erfahrung als Rheumatologe bestätige, dass eine enge Verwandtschaft der beiden Krankheitsbilder somatoforme Schmerzstörung und Fibromyalgie bestehe, es sei sozusagen der gleiche „Elephant“ aus verschiedenen Perspektiven betrachtet. Im B.\_\_\_\_ Gutachten sei die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nur deswegen verworfen worden, weil der Rheumatologe einen Lupus erythematodes postuliert und den Schmerz als „somatisch“ gedeutet habe (S. 39).

Laut den Akten sei mehrfach ein Lupus erythematodes postuliert worden, 2001/02 sei auch ein Behandlungsversuch mit Plaquenil erfolgt, einer eher mit der Basistherapie, die häufig bei Lupus-Fällen eingesetzt werde. Diese Behandlung habe keine Besserung der beklagten Beschwerden gebracht und sei deshalb wieder abgesetzt worden. Der Systemische Lupus erythematodes sei eine chronisch-entzündliche, systemische Autoimmunerkrankung, die Haut und Gelenke, Nieren, Nervensystem sowie seröse Häute und viszerale Organe befallen könne. Die Krankheitssymptomatik basiere auf einer lokal oder systemisch ablaufenden Vaskulitis (Entzündung der Blutgefässe). In klinischen Studien gelte ein Patient als an Systemischem Lupus erythematodes erkrankt, wenn bei ihm mindestens

#### **E. 5.1.1**

Der psychiatrische Gutachter Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ setzte sich in seinem Gutachten vom 2. Januar 2014 (E. 4.2.3 hievor) mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander, nahm die erforderlichen Untersuchungen vor und legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar. Das Gutachten ist für die streitigen Belange umfassend und wurde in Kenntnis der fallrelevanten Vorakten erstellt. Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ setzte sich mit diesen ausführlich auseinander und begründete allfällige abweichende Einschätzungen nachvollziehbar (S. 74-76). Er führte aus, dass die depressive Störung lediglich leichtgradig ist und zeigte auf, dass diese reaktiv zum chronischen Schmerzsyndrom besteht, unzureichend behandelt ist und keinen komorbiden Charakter gewinnt (S. 74-77). Zudem begründete er die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausführlich (S. 76). Der Gutachter verneinte das Vorliegen psychosozialer Belastungsfaktoren und wies auf eine insuffiziente psychopharmakologische Therapie sowie das Fehlen einer psychiatrischen fachärztlichen Behandlung hin (S. 77 f. und S. 80). Er hielt fest, dass die beklagten Konzentrationsstörungen während der über zweistündigen Untersuchung nicht bestätigt werden konnten und ein Antriebsmangel im Untersuchung nicht zu erkennen war (S. 70 f.). Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ gelangte so dann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass die Beschwerdeführerin durch ihre psychischen Beschwerden nicht in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt ist (S. 79). Das Gutachten ist schlüssig, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und entspricht den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 2.5 hievor).

#### **E. 5.1.2**

Die Beschwerdeführerin bemängelte, die Begutachtung durch Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ habe lediglich 35 Minuten gedauert (Urk. 22 S. 14 f.). Dazu ist festzuhalten, dass gemäss Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ alleine die Erhebung des Tagesablaufs bereits 35 Minuten dauere, da die Beschwerdeführerin wiederholt vermied, konkret zu werden und zahlreiche Nachfragen seitens des Gutachters erforderlich machte (Urk. 13/164 S. 67). Der gesamte Untersuchungsverlauf hat hingegen über 2 Stunden gedauert (S. 70). Im Übrigen liegt die

Explorations dauer grundsätzlich im Ermessen des medizinischen Experten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_246/2010 vom 11. Mai 2010 E. 2.2.2). Hinweise darauf, dass das Gutachten unsorgfältig und nicht lege artis erstellt worden wäre, ergeben sich keine.

Der Beschwerdeführerin ist zwar zuzustimmen, dass vereinzelte Formulierungen des Gutachters auffallen (vgl. Urk. 22 S. 15), doch vermag dies keinen Zweifel an dessen Neutralität zu erheben. Der Ausdruck „Aufzucht“ (Urk. 13/164/60) im Rahmen der Beschreibung der Herkunft ist sicherlich deplatziert, im gesamten Kontext aber als sprachliche Ungeschicktheit des Gutachters zu werten und nicht als Zeichen einer irgendwie gearteten Voreingenommenheit. Die Beschreibung der Kinder- und Jugendzeit erweist sich vielmehr als objektiv und auch respektvoll abgefasst. Die Beschreibung der Beschwerdeführerin als „Explorant X.“ erscheint ebenfalls als unglücklich aber nicht als diffamierend, sondern eher als standardisierter Ausdruck. Ebenso trifft zu, dass es ungewöhnlich sein mag, dass der gesamte Aktenauszug aus dem Gutachten von Dr. C. übernommen wurde. Es bestehen jedoch keine Hinweise darauf, dass Prof. Dr. habil. D. die Vorakten nicht bekannt gewesen wären. Ob der Gutachter Tests zur Diagnosevalidierung durchführt, liegt zudem in seinem Ermessen.

Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (Urk. 22 S. 15) wird die Diagnose einer leichten depressiven Episode vom Gutachter begründet und ist in Anbetracht der erhobenen relativ geringen psychischen Befunde nachvollziehbar. So zeigte sich an der Begutachtung eine leichte Verschiebung des Affektes zum depressiven Pol, hingegen ergaben sich keine Hinweise auf einen generellen Interessensverlust oder eine tief ausgeprägte Freudlosigkeit, es war lediglich eine Reduktion dieser Fähigkeiten zu bemerken. Ein Antriebsmangel war während der Begutachtung nicht zu erkennen, auch Konzentrationsstörungen konnten keine festgestellt werden. Die Beschwerdeführerin schilderte weder negative Zukunftsperspektiven noch Schuldgefühle oder ein vermindertes Selbstwertgefühl, auch ein Appetitverlust oder Schlafstörungen wurden nicht beklagt, ebenso wenig ergaben sich Hinweise auf Suizidgedanken (vgl. S. 70 f. und S. 75). Die Schlussfolgerung von Prof. Dr. habil. D., dass sich die Depression im Verlauf gebessert hat und lediglich noch leichtgradig ist, leuchtet damit ein. Aktuelle Arztberichte, welche den diesbezüglichen Feststellungen von Prof. Dr. habil. D. widersprechen würden, liegen keine vor.

Die Beschwerdeführerin bemängelte, Prof. Dr. habil. D. habe in seinem Gutachten auf die Foerster-Kriterien und die Überwindbarkeit Bezug genommen. Gemäss neuer Rechtsprechung sei die Überwindbarkeitsprüfung nicht mehr gestattet (Urk. 22 S. 16). Sofern jedoch die nach altem Verfahrensstandard eingeholten, an den Foerster-Kriterien orientierten gutachterlichen Einschätzungen auch mit Blick auf die materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen bei der Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben (vgl. dazu E. 7 hienach), erübrigt sich eine Ergänzung des medizinischen Sachverhalts (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_734/2016 vom 12. Juli 2017 E. 3.7.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 8).

Wie es sich damit verhält, bleibt nachfolgend (E. 7) zu prüfen.

Zusammenfassend vermag die Kritik am Gutachten dessen Beweiswert nicht zu schmälern, sodass auf dieses abzustellen ist.

Abschliessend ist festzuhalten, dass das Einholen eines aktuellen psychiatrischen Gutachtens nicht erforderlich ist, da der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung massgebend ist und dieser zuverlässig feststeht. Zudem bestätigte Dr. E.\_\_\_\_ in seinem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig ist, mithin dass die von ihr geltend gemachte volle Arbeitsunfähigkeit aus somatischer Sicht nicht nachvollziehbar ist. Von diesem Sachverhalt (Arbeitsfähigkeit in somatischer Hinsicht) ging auch Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ anlässlich seiner Begutachtung aus, so dass sich die Grundlage für sein Gutachten mit dem Einholen des rheumatologischen Obergutachtens nicht verändert hat. Dem Gutachten von Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_

kommt damit weiterhin volle Beweiskraft zu.

### **E. 5.2**

Im rheumatologischen Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2012 (E. 4.2.2 hievor) widerspricht sowohl die Diagnosestellung als auch die Einschätzung der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diametral den Ausführungen vom Vorgutachter Dr. J.\_\_\_\_ von der B.\_\_\_\_ (E. 4.1 hievor). Dennoch setzte sich Dr. C.\_\_\_\_ lediglich äusserst kurz mit dem Vorgutachten auseinander (vgl. Urk. 13/158/72). Die Beurteilung der medizinischen Situation kann so nicht nachvollzogen werden. Zudem wurde von Dr. C.\_\_\_\_ nicht begründet, weshalb die Beschwerdeführerin trotz eines zusätzlichen Pausenbedarfs von je einer halben Stunde pro Halbtag zu 100 % arbeitsfähig sein soll. Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit überzeugt so nicht. Auf das Gutachten von Dr. C.\_\_\_\_ kann nicht abgestellt werden, weshalb das Gericht ein rheumatologisches Obergutachten eingeholt hat.

### **E. 5.3**

Das rheumatologische Obergutachten von Dr. E.\_\_\_\_ vom 21. Juli 2017 (E. 4.2.5 hievor) beruht auf den erforderlichen Untersuchungen, ist für die streitigen Be lange umfassend und wurde in Kenntnis der und in Auseinandersetzung mit den fallrelevanten Vorakten erstellt. Dr. E.\_\_\_\_ legte die medizinischen Zusammenhänge einleuchtend dar, beurteilte die medizinische Situation überzeugend und setzte sich mit den geklagten Beschwerden und dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Insbesondere zeigte er ausführlich und nachvollziehbar auf, dass die Diagnose eines Systemischen Lupus erythematoses nicht bestätigt werden kann, sondern dass die Beschwerdeführerin an einem Fibromyalgie-Syndrom leidet. Dr. E.\_\_\_\_ gelangte sodann zum ausführlich begründeten und nachvollziehbaren Schluss, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht in einer den Beschwerden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Das Gutachten entspricht damit den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Entscheidungsgrundlage (vgl. E. 2.5 hievor). Dies wird auch von den Parteien nicht bestritten. Auf das rheumatologische Gutachten Dr. E.\_\_\_\_ ist damit abzustellen.

### **E. 6.1**

Die Beschwerdegegnerin machte zur Begründung der Rentenaufhebung geltend, sowohl die ursprüngliche als auch die rentenbestätigende Verfügung seien als zweifellos unrichtig zu qualifizieren und deshalb wiedererwägungsweise aufzuheben.

Wird eine Rente revisionsweise herauf- oder herabgesetzt, so tritt die Revisionsverfügung an Stelle der zu revidierenden Verfügung. Dasselbe gilt auch dann, wenn in einem Revisionsverfahren die bisherige Rente nach materieller Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines

Einkommensvergleichs bestätigt wird (Urteil des Bundesgerichts 8C\_424/2013 vom 21. November 2014 E. 5.2), was vorliegend im Rahmen der rentenbestätigenden

Verfügung vom 9. April 2010 der Beschwerdegegnerin (Urk. 13/135) der Fall war.

Die Verfügung vom 9. April 2010 stützte sich auf das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2010 (E. 4.1 hievor), gemäss welchem die Beschwerdeführerin unter anderem aufgrund eines Systemischen Lupus erythematoses voll arbeitsunfähig ist. Die Diagnose eines Systemischen Lupus erythematoses konnte in der Folge zwar nicht bestätigt werden (E. 4.2.5 hievor), eine entsprechende (Verdachts-)Diagnose wurde jedoch zuvor von verschiedenen Ärzten postuliert (etwa Urk. 13/5/3, Urk. 13/5/6 und Urk. 13/6/5); 2001/02 erfolgte zudem ein entsprechender Behandlungsversuch (vgl. Urk. 13/5/6-7). Die von B.\_\_\_\_-Gutachter Dr. J.\_\_\_\_ gestellte Diagnose eines Systemischen Lupus erythematoses erweist sich damit nicht als von vornherein abwegig. Das Gutachten wurde zudem vor Erlass der Verfügung vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) geprüft und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt (Urk. 13/136/3). Dass sich die gestellte Diagnose im Nachhinein als falsch erwiesen hat, führt sodann nicht einfach zur zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenzusprache. Denn relevant ist nicht die Diagnose, sondern die effektiv vorhandene gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. In Anbetracht dieser Umstände kann die mit Verfügung vom 9. April 2010 bestätigte ganze Rente der Invalidenversicherung jedenfalls nicht als zweifellos unrichtig bezeichnet werden. Eine wiedererwägungsweise Aufhebung derselben fällt daher ausser Betracht.

## **E. 6.2**

Zu prüfen bleibt das Vorliegen eines Revisionsgrundes. Vergleichszeitpunkt für eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin bildet die Verfügung vom 9. April 2010 (Urk. 13/135), mit welcher die Beschwerdegegnerin die Weiterausrichtung einer ganzen Invalidenrente bestätigte. Die Verfügung beruhte - wie bereits dargelegt - auf dem Gutachten der B.\_\_\_\_ vom 21. Januar 2010 (Urk. 13/132) und der entsprechenden Stellungnahme des RAD (Urk. 13/136/3), mithin auf einer rechtskonformen Sachverhaltsabklärung und Beweiswürdigung.

Aus somatischer Sicht ist der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gemäss Dr. E.\_\_\_\_ seither weitgehend unverändert (vgl. Urk. 40 S. 41). An psychischen Beschwerden litt die Beschwerdeführerin hingegen im Vergleichszeitpunkt nebst der somatoformen Schmerzstörung unter anderem an einer mittelgradigen depressiven Episode (E. 4.1 hievor). Die depressiven Beschwerden haben sich jedoch gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen von Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ seither verbessert (E. 4.2.3 hievor), so dass zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung nur noch eine leichte depressive Episode vorlag. Eine (erneute) Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ist nicht erstellt und wurde auch nicht geltend gemacht. Es ist damit von einer leichten depressiven Episode im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung auszugehen, was verglichen mit der vormalig diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode eine Verbesserung des Gesundheitszustandes darstellt. Die Beschwerdeführerin scheint denn auch auf eine regelmässige psychotherapeutische Therapie nicht mehr angewiesen zu sein (vgl. Urk. 13/164 S. 68 und Urk. 13/186/3). Ein Revisionsgrund ist damit ausgewiesen, eine Rentenherabsetzung oder -aufhebung grundsätzlich zulässig.

## **E. 6.3**

Zu prüfen bleibt, wie sich die noch vorliegenden Beschwerden auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken. Dabei ist in somatischer Hinsicht von einer vollumfänglichen Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit (leicht bis mittelschwer, maximal zu ¾ stehend-gehende Tätigkeiten ohne Arbeiten in Nässe und Kälte und ohne ausgesprochen stereotyp-repetitive Tätigkeiten) auszugehen. In Bezug auf die im Vordergrund stehende somatoforme Schmerzstörung ergibt sich Folgendes.

### E. 7.1

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organische Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 und anschliessende Urteile) angepasst und festgehalten, dass die Invaliditätsbemessung stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen hat, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit bezweckte die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe beziehungsweise (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und BGE 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung. Deren Rechtsnatur kann offen bleiben. Denn an dieser Rechtsprechung ist nicht festzuhalten. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein strukturierteres Beweisverfahren ersetzt. An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) treten im Regelfall beachtliche Standardindikatoren. Diese lassen sich in die Kategorien Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsraster ist rechtlicher Natur. Recht und Medizin wirken sowohl bei der Formulierung der Standardindikatoren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzelfall zusammen. Im Grunde konkretisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweisfragen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt es daran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen (E. 6).

Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines damit vergleichbaren psychosomatischen Leidens (BGE 141 V 281 E. 4.2) sind Indikatoren beachtlich, die das Bundesgericht wie folgt systematisiert hat (BGE 141 V 281 E. 4.3.1): - Kategorie „funktioneller Schweregrad“ - Komplex „Gesundheitsschädigung“ - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder –resistenz - Komorbiditäten - Komplex „Persönlichkeit“ (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen) - Komplex „Sozialer Kontext“ - Kategorie „Konsistenz“ (Gesichtspunkte des Verhaltens) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen - behandlungs- und

eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck

Diese Standardindikatoren erlauben - unter Berücksichtigung leistungs hin dern der äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotenzialen (Ressourcen) andererseits - das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 141 V 281 E. 3.4-3.6 und E. 4.1; Urteil des Bundesgerichts 9C\_534/2015 vom 1. März 2016 E. 2.2.1).

Die Fibromyalgie weist zahlreiche mit den somatoformen Schmerzstörungen gemeinsame Aspekte auf, sodass es sich beim aktuellen Kenntnisstand aus juristischer Sicht rechtfertigt, die von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze bei der Würdigung des invalidisierenden Charakters einer Fibromyalgie analog anzuwenden (BGE 132 V 65 E. 4).

### **E. 7.2.1**

Was den Komplex „Gesundheitsschädigung“ respektive den Indikator der „Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde“ angeht, ist festzuhalten, dass sowohl Prof. Dr. habil. D. \_\_\_ als auch Dr. E. \_\_\_ eine auf die anhaltende somatoforme Schmerzstörung beziehungsweise die Fibromyalgie zurückzuführende wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit nachvollziehbar verneinten. Ein Leiden von einem erheblichen Schweregrad ist damit nicht ausgewiesen.

Bezüglich des Indikators „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ fehlt es sodann an einer adäquaten Ausschöpfung der Therapiemöglichkeiten (vgl. E. 7.2.5 hienach), was nicht auf eine besondere Ausprägung der Symptomatik schliessen lässt.

### **E. 7.2.2**

Als „Komorbiditäten“ sind lediglich krankheitswertige Störungen zu berücksichtigen, welchen eine eigenständige invalidisierende Bedeutung zukommt. Die leichtgradige depressive Episode vermag keine solche zu begründen, kommen doch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung als psychische Komorbiditäten nur schwere und therapeutisch nicht (mehr) angehbare psychische Krankheiten in Betracht (vgl. etwa Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2015 vom 13. April 2016 E. 4.2; Michael E. Meier, Ein Jahr neue Schmerzrechtsprechung, in: Jusletter vom 11. Juli 2016, S. 27). Die depressive Problematik wurde nicht (mehr) als selbständige Erkrankung gefasst, sondern einzig im Rahmen der Schmerzstörung, weshalb ihr keine eigenständige Bedeutung zukommt. Selbst wenn im Lichte des Urteils des Bundesgerichts 9C\_596/2016 E. 5.1 vom 26. September 2017 auf etwas anderes zu schliessen wäre, änderte dies nichts am Ergebnis, dass höchstens eine leichte Problematik vorliegt, welche keine ausgeprägte Komorbidität augenscheinlich werden lässt. Die Beschwerdeführerin ist trotz der Arthrose im Grosszehengrundgelenk in einer angepassten Tätigkeit voll arbeitsfähig. Der Diabetes mellitus Typ 1 dürfte zwar eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken, doch kann diese nicht als schwer qualifiziert werden (vgl. dazu E. 7.4 hienach).

### **E. 7.2.3**

Beim Komplex „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ ergibt sich Folgendes: Die Beschwerdeführerin ist seit 2008 verheiratet, die Ehe verläuft sehr gut. Sie hat vier Geschwister in der Schweiz, mit welchen sie sich regelmässig trifft. Ausser dem ist sie kirchlich gut eingebunden. Nach dem Aufstehen nimmt sie ein ausgedehntes Bad, frühstückt, legt sich hin oder erledigt Teile der Hausarbeit, kocht sich zu Mittag etwas K

leines und geht nachmittags manchmal spazieren. Nach der Rückkehr des Ehemannes von der Arbeit bereitet sie mit ihm das Abendessen vor, anschliessend geht sie mit ihm spazieren oder schaut fern. Gegenüber Dr. C.\_\_\_\_ berichtete sie zudem von täglichen gymnastischen Übungen, einer physiotherapeutischen Behandlung pro Woche und dass sie mit dem Auto in der Nähe einkaufen geht (Urk. 13/158/59). Dies dürfte gegenüber Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ unter anderem deshalb nicht zur Sprache gekommen sein, da sich die Erhebung des Tagesablaufes anlässlich der Begutachtung als sehr schwierig und langwierig gestaltete und die Beschwerdeführerin es - trotz zahlreichen Nachfragen seitens des Gutachters - wiederholt vermied, konkret zu werden (vgl. Urk. 13/164 S. 67). Als Hobby liest die Beschwerdeführerin gerne Zeitschriften. Zwar gibt sie an, aufgrund ihrer Beschwerden an zwei oder drei Tagen pro Woche überhaupt nicht aufzustehen, dennoch erhält sie durch ihre Einbettung in die Familie und die ihr im Alltag obliegenden Pflichten eine Tagesstruktur. Trotz eines sozialen Rückzugs enthält der soziale Lebenskontext bestätigende, sich potenziell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

#### **E. 7.2.4**

In der Kategorie „Konsistenz“ (bezüglich Abgrenzung und gegenseitigen Beziehungen zu den Komplexen „Persönlichkeit“ und „sozialer Kontext“ eingehend Michael E. Meier, a.a.O., S. 28 ff.) zielt

der Indikator „gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen“ auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (beziehungsweise bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (z.B. Freizeitgestaltung) andererseits gleich ausgeprägt ist, wobei das Aktivitätsniveau der versicherten Person stets im Verhältnis zur geltend gemachten Arbeitsunfähigkeit zu sehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom 29. Juni 2016 E. 4.1.1).

Die Beschwerdeführerin sieht sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen. Ihr Tagesaktivitätsniveau ist zwar in einem gewissen Umfang eingeschränkt, jedoch (längst) nicht entsprechend der von ihr geltend gemachten 100%igen Arbeitsunfähigkeit. So ist sie in der Lage, alleine Auto zu fahren, wofür physische und kognitive Ressourcen erforderlich sind. Auch liest sie viele Bücher ihrer Religionsgemeinschaft und besucht deren Versammlungen. Im Sommer 2011 war sie zwei Wochen in Kalabrien, im Dezember 2011 10 Tage in Gran Canaria und Ostern 2012 ein paar Tage in Ligurien in den Ferien (Urk. 13/158/59), was ebenfalls gegen eine ausgeprägte Einschränkung im Alltag spricht.

#### **E. 7.2.5**

Im Rahmen des Indikators „behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck“ (zur Abgrenzung vom Indikator „Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz“ vgl. Michael E. Meier, a.a.O., S. 25 Rz 60) weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen, das heisst das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz unter dem Komplex „Gesundheitsschädigung“) auf den tatsächlichen Leidensdruck hin. In ähnlicher Weise zu berücksichtigen ist das Verhalten der versicherten Person im Rahmen der beruflichen (Selbst-) Eingliederung. In konsistentem Verhalten ist auch hier ein Indiz dafür, die geltend gemachte Einschränkung sei anders begründet als durch eine versicherte Gesundheitsbeeinträchtigung (BGE 141 V 281 E. 4.4.2; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_296/2016 vom

29. Juni 2016 E. 4.1.2).

Die Beschwerdeführerin war - nach einem Unterbruch ab dem 12. Dezember 2009 - ab dem 19. August 2011 ein bis zweimal pro Monat in psychologischer Behandlung. Auch diese wurde wieder abgebrochen. Im Oktober 2013 begann sie erneut eine Therapie, dies mit höchstens einer Sitzung pro Monat (E. 4.2.1 und E. 4.2.3 hievor). Eine psychiatrische fachärztliche Behandlung findet nicht statt, ebenso wenig eine adäquate Therapie der Schmerzerkrankung. Ob sie eine antidepressive Medikation einnimmt, vermochte sie zudem nicht klar auszudrücken. Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ befand die depressive Störung entsprechend als unzureichend behandelt (E. 4.2.3 hievor). Von einem ausgewiesenen Leidensdruck kann in Anbetracht dieser geringen Behandlungsintensität offensichtlich nicht gesprochen werden. Eingliederungsmassnahmen standen bislang soweit ersichtlich nicht im Raum, weshalb aus diesem Aspekt keine Schlüsse gezogen werden können.

#### **E. 7.2.6**

Bei gesamthafter Betrachtung über die massgeblichen Indikatoren ist eine medizinisch-gesundheitliche Anspruchsgrundlage, welche zur Anerkennung einer Invalidität führen könnte, nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen. Das Gutachten von Prof. Dr. habil. D.\_\_\_\_ erlaubt eine schlüssige Beurteilung der Leistungs- und Arbeitsfähigkeit auch gestützt auf die Grundsätze der geänderten Rechtsprechung, weshalb sich weitere diesbezügliche Abklärungen erübrigen.

#### **E. 7.3**

Die Beschwerdeführerin ist damit aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin hat keinen erlernten Beruf und war seit ihrer Einreise in die Schweiz im Jahr 1991 stets als Hilfsarbeiterin tätig, wobei sie nie während längerer Zeit an einer Stelle verweilte (Urk. 13/4). Damit ist das Validen- wie auch Invalideneinkommen anhand der identischen Tabellenwerte zu ermitteln, nämlich basierend auf einfachen Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art. Damit entspricht der Invaliditätsgrad dem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 0 %, wobei selbst bei Gewährung eines Abzuges vom Tabellenlohn aufgrund der (für Frauen im Alter der Beschwerdeführerin) lediglich leichten Einschränkungen ein renten ausschliessender Invaliditätsgrad resultiert.

#### **E. 7.4**

Die Beschwerdeführerin leidet zudem an einem Morbus Basedow, welcher gemäss dem behandelnden Endokrinologen dank entsprechender Medikation stabil ist (Urk. 13/186/1). Weder ist ersichtlich noch geltend gemacht, dass dieser die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit einschränkt. Ebenso leidet die Beschwerdeführerin an einem Diabetes mellitus Typ 1, welcher sie gemäss den B.\_\_\_\_-Gutachten in der Arbeitsfähigkeit zu 20 % einschränkt (E. 4.1 hievor) beziehungsweise gemäss Dr. C.\_\_\_\_ eine zusätzliche Pause von einer halben Stunde pro Halbtage erforderlich macht (E. 4.2.2 hievor), was einer Einschränkung von rund 12 % entspricht. Eine höhere als eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Diabetes ist den Akten nicht zu entnehmen und wurde auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht. Der behandelnde Endokrinologe führte zudem aus, man nähere sich in kleinen Schritten einer optimierten Einstellung an (E. 4.2.4 hievor). Damit ist erstellt, dass der Diabetes mellitus Typ 1 die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin selbst bei einem Tabellenlohnabzug von 10 % nicht derart einschränkt, dass dies einen Invaliditätsgrad von mindestens 40 % bewirken würde. Von

weiteren medizinischen Abklärung sind keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb darauf in antizipierter Beweiswürdigung (vgl. BGE 122 V 157 E. 1d mit Hinweis) verzichtet wird. Dies führt zur Abweisung der Beschwerde.

## **E. 8**

4

Die Kosten der Begutachtung durch Dr. E.\_\_\_\_ in der Höhe von Fr. 7'031.-- (Urk. 41) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen und somit dem Gericht zurückzuerstatten, war doch die Veranlassung eines Gerichtsgutachtens unerlässlich, nachdem sich die Beschwerdegegnerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung auf ein offensichtlich nicht beweiskräftiges Gutachten (E. 5.2) abgestützt hatte (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 und Urteil des Bundesgerichts 8C\_113/2017 vom 29. Juni 2017 E. 7.2-3). Die Beschwerdegegnerin äusserte sich sodann zur Kostenaufgabe, weshalb das rechtliche Gehör - soweit bei gerichtlicher prozessualer Anordnung überhaupt erforderlich - gewahrt ist. Eine weitere Stellungnahme beantragte sie lediglich, falls ein weiteres (psychiatrisches) Gutachten eingeholt wird (Urk. 44 S. 2), was nicht der Fall ist. Der Aufwand für das Gutachten von 20.5 Stunden erscheint als angemessen und die ausserordentliche Schwierigkeit bei vormals während Jahren falsch gestellter oder nunmehr nicht mehr zutreffender Diagnose ist ebenfalls offenkundig, weshalb sich der Tarif von Fr. 300.-- pro Stunde rechtfertigt. Auch die übrigen Posten (Labor, Dolmetscher, Kopien) sind ausgewiesen. Das Gericht erkennt: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt, zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung jedoch einstweilen auf die Gerichtskasse genommen. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 3.

Die unentgeltliche Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin, Rechtsanwältin Lotti Sigg, Winterthur, wird mit Fr. 6'400.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) aus der Gerichtskasse entschädigt. Die Beschwerdeführerin wird auf die Nachzahlungspflicht gemäss § 16 Abs. 4 GSVGer hingewiesen. 4.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Gerichtskasse die Kosten für das Gerichtsgutachten von Fr. 7'031.-- zu erstatten. 5.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Lotti Sigg - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, unter Beilage einer Kopie von Urk. 41 - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 6.

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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der VorsitzendeDie Gerichtsschreiberin GräubLanzicher

### **E. 8.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig und sind die Gerichtskosten gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ermessensweise auf Fr. 1'000.-- festzusetzen. Ausgangsgemäss sind die Gerichtskosten der Beschwerdeführerin aufzuerlegen, jedoch zufolge Gewährung der unentgeltlichen Prozessführung einstweilen auf die Gerichtskasse zu nehmen.

### **E. 8.2.1**

Nach § 34 Abs. 3 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht (GSVGer) bemisst sich die Höhe der gerichtlich festzusetzenden Entschädigung nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens, jedoch ohne Rücksicht auf den Streitwert. Gemäss § 8 in Verbindung mit § 7 Abs. 1 der Verordnung über die Gebühren, Kosten und Entschädigungen vor dem Sozialversicherungsgericht (GebV SSVGer) wird - auch im Rahmen der unentgeltlichen Rechtsvertretung - namentlich für unnötigen Aufwand kein Ersatz gewährt.

### **E. 8.2.2**

Der von Rechtsanwältin Lotti Sigg mit Eingabe vom 24. Oktober 2017 geltend gemachte Aufwand von 31.05 Stunden und Fr. 205.15 Barauslagen (Urk. 50) ist der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses nicht angemessen, namentlich erscheint ein Aufwand von jeweils 25 Minuten für die Fristerstreckungsgesuche sowie von vier Stunden für die wiederholte Kontaktaufnahme mit der Beschwerdeführerin in diesem Umfang nicht als notwendig. Die Rechnungsstellung wird sodann nicht entschädigt, ebenso wenig die Zustellung von Unterlagen an die Beschwerdeführerin zum Anwaltstarif.

Angesichts der zu studierenden gut 200 Aktenstücke der Beschwerdegegnerin, der 3-, 5- und 16-seitigen Rechtsschriften, den Aufwendungen im Zusammenhang mit der vom Gericht angeordneten Begutachtung der Beschwerdeführerin und dem Gesuch um unentgeltliche Rechtsverteidigung sowie der in ähnlichen Fällen zugesprochenen Beträgen ist die Entschädigung von Rechtsanwältin Lotti Sigg bei Anwendung des gerichtlichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) auf Fr. 6'400.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

### **E. 8.3**

Die Beschwerdeführerin ist auf § 16 Abs. 4 GSVGer hinzuweisen, wonach sie zur Nachzahlung der Gerichtskosten sowie der Auslagen für die Vertretung verpflichtet werden kann, sofern sie dazu in der Lage ist.

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