

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01261 vom 28. März 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-03-28, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2015.01261](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2015.01261)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01261 du 28 mars 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2015.01261 del 28 marzo 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

8. Juni 2007 unter Hinweis auf Schmerzen am ganzen Körper bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung zum Leistungsbezug (Umschulung, Rente) an (Urk. 7/2). Nach Abklärung der beruflich-erwerblichen und medizinischen Verhältnisse und Einholung eines polydisziplinären

(internistisch en, rheumatologisch en und psychiatrisch en) Gutachtens bei der Y.\_\_\_\_

(Y.\_\_\_\_; Expertise vom 18. April 2008

Urk. 7/18), wies die Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, das Gesuch der Versicherten mit Verfügung vom 20. August 2008 (Urk. 7/31) ab.

### **E. 1.1**

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. 1.2**

Am 9. November 2009 meldete sich die Versicherte mit dem Hinweis auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes unter Beilage eines Berichts des Z.\_\_\_\_ erneut zum Bezug einer Invalidenrente an (Urk. 7/34 - 35). Die IV-Stelle sprach ihr hierauf - nach Einholung einer Beurteilung ihres regionalen ärztlichen Dienstes (RAD) vom 23. März 2011 (Urk. 7/39 S. 2) und einer Abklärung der beeinträchtigten Arbeitsfähigkeit in Beruf und Haushalt vom 28. Mai 2010 (Urk. 7/38) -

mit Verfügung vom 29. Oktober 2010 (Urk. 7/52) eine ganze Rente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von 100 %

mit Wirkung ab 1. Mai 2010 zu

und verfügte gleichentags

die Zuspache eine r Hilflosenentschädigung leichten Grades ( wegen Bedarfs lebenspraktische r Begleitung) mit Wirkung ab 1. Juni 200 9 ( Urk. 7/51) .

### **E. 1.2.1**

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. Rechtsprechungsge mäss ist bei psychischen Beeinträchtigungen zu prüfen, ob ein seelisches Leiden mit Krankheitswert besteht, welches die versicherte Person auch bei Aufbietung allen guten Willens daran hindert, ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen (Art. 7 Abs. 2 Satz 2 ATSG; BGE 139 V 547 E. 5; 131 V 49 E. 1.2; 130 V 352 E. 2.2.1; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 2015 E. 5 und 9C\_125/2015 vom 18. No vember 2015 E. 5.4.).

Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 und Art. 6 ATSG setzt grundsätzlich eine lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte psychiatrische Diagnose voraus (vgl. BGE 130 V 396; Urteile des Bundesge richts 8C\_616/2014 vom 25. Februar 201 5 E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krank heit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Es ist nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilen, ob und inwiefern der versicherten Person trotz ihres Leidens die Verwertung ihrer Restarbeits fähigkeit auf dem ihr nach ihren Fähigkeiten offen stehenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt noch sozial-praktisch zumutbar und für die Gesellschaft tragbar sei (BGE 141 V 281 E. 3.7.3; 136 V 279 E. 3.2.1; BGE 127 V 294 E. 4c; vgl. Urteile des Bundesgerichtes 8C\_614/2015 vom 15. Dezember 20

### **E. 1.2.2**

Mit BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung zur Invaliditätsbemessung bei Schmerzstörungen ohne erkennbare organi sche Ursache und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 130 V 352 u nd anschliessende Urteile) ange passt und festgehalten, dass die Invaliditäts bemessung 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 Rechtspre chung 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 festzuh alten. Das bishe rige Regel/Ausnahme-Modell wird durch ein st rukturiertes Beweisverfahren er setzt. An der Recht sprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG – ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierter Zumutbar keitsprüfung bei materieller Beweisl ast der rentenansprechenden Per son (Art. 7 Abs. 2 ATSG) – ändert sich dadurch nichts. An die Stelle des bishe ri gen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) trete n im Regelfall beachtliche Stan dardindikatoren. Diese lassen sich in die Ka tegorien Schweregrad und Konsis tenz der funktionellen Auswirkungen einteilen. Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes und die

Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität ist zu verzichten. Der Prüfungsrastrer ist rechtlich er Natur. Recht und Medizin wir ken sowohl bei der Formulierung der Standardindika toren wie auch bei deren – rechtlich gebotener – Anwendung im Einzel fall zusammen. Im Grunde konkre tisieren die in E. 4 und 5 formulierten Beweis themen und Vorgehensweisen für die Invaliditätsbemessung bei psychoso matischen Leiden die gesetzgeberischen Anordnungen nach Art. 7 Abs. 2 ATSG. Die Anerkennung eines rentenbegrün denden Invaliditätsgrades ist nur zulässig, w enn die funktionellen Auswirkun gen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardin dikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahr scheinlichkeit nachgewiesen sind. Fehlt e s da ran, hat die Folgen der Beweislosigkeit nach wi e vor die materiell beweisbelas tete versicherte Person zu tragen (E. 6).

### **E. 1.3**

Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben Versicherte Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. Gemäss Art. 42 Abs. 1 IVG haben Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnli chem Aufenthalt ( Art. 13 ATSG) in der Schweiz, die hilflos ( Art. 9 ATSG) sind, Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung. Vorbehalten bleibt Artikel 42 bis IVG. Als hilflos gilt eine Person, die wegen einer Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf ( Art. 9 ATSG). Im Bereich der Invalidenversicherung gilt auch eine Person als hilflos, welche zu Hause lebt und wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigung dauernd auf lebensprak tische Begleitung angewiesen ist ( Art. 42 Abs. 3 Satz 1 IVG; Art. 38 IVV). Praxisgemäss (BGE 121 V 88 E. 3a mit Hinweisen) sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen massgebend (BGE 12 7 V 94 E. 3c, 125 V 297 E. 4a): Ankleiden, Auskleiden; Aufstehen, Absitzen, Abliegen;

Essen;

Körperpflege;

Verrichtung der Notdurft;

Fortbewegung (im oder ausser Haus), Kontaktaufnahme. 1. 5

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Renten bezü gers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art.

### **E. 1.6.1**

Der Revisionsordnung gemäss Art.

### **E. 2**

Gegen die Verfügung vom

5. November 2015

erhob X.\_\_\_\_

am 7. Dezember 2015 Beschwerde mit dem Antrag , es sei die Verfügung aufzu heben und weiterhin eine „volle“ Invalidenrente auszurichten

( Urk. 1 S.

2) . Gleichentags erhob sie

auch Beschwerde gegen die Verfügung vom 6. November 2015 mit dem Antrag ,  
es sei diese aufzuheben und weiterhin eine Hilfen zur Erwerbsminderung auszurichten.

In prozessualer Hinsicht ersuchte sie

hierbei um Sistierung des Verfahrens bis zum Vorliegen eines Urteils im Verfahren  
betreffend die Invalidenrente ( Urk. 8/1 S. 2). Die IV Stelle schloss in ihren

beiden Beschwerdeantworten vom 25. Januar 2016 ( Urk.

### **E. 2.1**

Die Beschwerdegegnerin begründete die wiedererwägungsweise Rentenaufhebung damit,  
dass sich seit dem Gutachten des Y.\_\_\_\_ im Frühjahr 2008 nichts verändert habe. Bereits  
damals habe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden  
können. Die spätere Beurteilung durch ihren

RAD -Arzt

Prof. Dr. med. C.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie , vom 23. März 2010 ,  
worin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, enthalte keine Befunde und  
sei nicht begründet. Damit sei der Untersuchungsgrundsatz verletzt und die  
Rentenverfügung zweifellos unrichtig . Nachdem aufgrund der neuen Begutachtung im  
A.\_\_\_\_ weiterhin keine Diagnose mit dauerhafter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit  
vorliege und eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in angestammter und angepasster Tätigkeit  
festzuhalten sei, seien die Rentenverfügung vom 29. Oktober 2010 wieder  
erwägungsweise aufzuheben und die Rentenleistungen einzustellen ( Urk. 7/ 78 und Urk. 2  
).

In ihrer Beschwerdeantwort hielt sie ergänzend fest, die A.\_\_\_\_ Gutachter hätten seit  
Oktober 2010

auch eine Verbesserung des Gesundheitszustandes verzeichnet. Damit sei

neben einem Wiederwägungsgrund auch ein Revisionsgrund ausgewiesen ( Urk. 6).

### **E. 2.2**

Demgegenüber brachte die Beschwerdeführer in vor, anlässlich der Rentenzusprache seien  
aufgrund der medizinischen Akten beziehungsweise der Beurteilung von verschiedenen  
Fachärzten die Diagnosen mit Krankheitswert hinreichend erstellt gewesen . Aufgrund der  
Beurteilung des RAD -Arztes

Prof. Dr. C.\_\_\_\_ seien weitere medizinische Abklärungen weder indiziert gewesen , noch  
solche trotz expliziter Frage empfohlen worden. Der RAD sei zum Schluss gekommen ,  
dass die Beschwerdeführerin nicht über die erforderlichen Ressourcen zur willentlichen  
Überwindung ihrer Beschwerden verfüge ,

und sei dementsprechend trotz fehlender organischer Erklärung der gesundheitlichen  
Beschwerden von einer vollen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen. Eine Verletzung des  
Untersuchungsgrundsatzes sei unter diesen Voraussetzungen nicht erstellt und es könne  
gestützt auf die Aktenlage, wie sie sich im Zeitpunkt der Entscheidung präsentiert habe,

nicht von einer zweifellosen Unrichtigkeit der ursprünglichen Rentenverfügung ausgegangen werden ( Urk. 1 Ziff. 11) .

Replicando führte sie aus , der Gesundheitszustand habe sich in den ver gänge nen Jahren weder verbessert noch sei er gleich geblieben, sondern die seit vielen Jahren bestehenden Beschwerden hätten sich insgesamt betrachtet verschlechtert. Die im A.\_\_\_\_ - Gutachten behauptete Verbesserung sei nicht nachvollziehbar und widerspreche der Beurteilung der behandelnden Ärzte , die den Verlauf des Gesundheitszustandes zuverlässig beurteilen könn t en. Ausserdem gelange das Gutachten unter Verneinung der Foerster-Kriterien zu diesem Schluss. Die Beschwerdegegnerin habe es in der Folge vor Erlass der angefochtenen Verfügung unterlassen, die Prüfung gestützt au f die bun des gerichtliche Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstö rung vor zu nehmen, und zu beurteilen, ob das Gutachten der A.\_\_\_\_ eine schlüssige Beur teilung der massgeblichen Indikato ren erlaube oder nicht ( Urk. 1 1 S. 2) . 3. 3.1

De r

E ntscheid vom 2 0. August 2008 ( Urk. 7/31) ,

mit dem die Beschwerde gegne rin ein Anspruch auf IV-Leistungen verneint hatte, basiert e im Wesentli chen auf dem interdisziplinären Gutachten des Y.\_\_\_\_ vom 18. April 2008 ( Urk. 7/ 18). Die zuständigen Fachärzte stellten aufgrund der Unter suchungen vom 1 1. und 1 4. März 2008 die folgenden Di agnosen (S. 12): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10:

F33.0) . - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) . - Anamnestische Hinweise auf Panikstörung (ICD-10: F41.0) . - Abhängigkeitssyndrom von Sedativa (ICD-10: F13.24) . - G eneral isiertes Schmerzsyndrom (ICD -10: M 79.70) . - Arterielle Hypertonie, Erstdiagnose 2006. - Interdigitalmykose Fuss links . Die Experten führten aus (S. 13 f.) , die Besch werdeführerin leide seit etwa acht Jahren unter Schmerzen, welche den ganzen Körper beträfen und sich anamnestisch seit etwa drei Jahren stark verschlimmert hätten, so dass sie aktuell k e iner Erwerbstätigkeit nachgehe . Die im Weiteren bek lagten Ober bauchbeschwerden und Thoraxschmerzen seien mehrmals fachärztlich abge klärt worden , ohne da ss eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähig keit gestellt worden sei . Noch im Juni 2007 habe die behandelnde Psychiaterin eine ca. 50%ige Arbeitsfähigkeit bei einer mitt elschweren depressiven Episode, einer somatoformen Schmerzstörung und einer Panik störung bescheinigt . Damals sei festgehalten worden, dass die Beschwerde führerin wahrscheinlich zu 100 % arb eitsunfähig sei, so wie sie dies selber geschilder t habe . Einen Monat später habe die Hausärztin eine mindestens 70%ige Arbeitsunfähigkeit wegen de n selben psychiatris chen Diagnosen und einem generalisierten Weichteilschmerzsyndrom bei Schmerzverarbeitung s störung, Schmerzfixierung und Schmerzgeneralisierung attestiert . Die links seitigen Thoraxschmerzen seien wiederholt abgeklärt w orden, ohne dass eine einschränkende Diagnose habe gestell t werden können. Insofern bleibe als Diag nose eine arterielle Hypertonie bestehen, welche sie aktuell mit einem Betablocker behandle . Hier seien noch therapeutische Optionen vorhanden , sofern sich die Blutdruckwerte nich t befriedigend einstellen liessen. Bezüg lich der dyspeptischen Beschwerden habe

von einer Besserung seit dem Ein setzen von Nexium berichtet werden können . Insofern hätten die internisti schen Diagnos en momentan keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zur Folge. In der psychiatrischen Exploration hätten die Angabe n depressiver Beschwerden

dem erhobenen

Psychostatus während der Untersuchung wider sprechen. Insgesamt können die Beeinträchtigungen durch die depressive Störung, welche offenbar rezidivierend auftritt, als höchstens leicht anhaltend beurteilt werden. Bezüglich Diagnose einer Panikstörung müsse auf die regelmässige Einnahme von Benzodiazepinen hingewiesen werden. Da psychosoziale Faktoren vorliegen und die beklagten Schmerzen nicht

durch organische Befunde erklärt werden könnten, müsse eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung festgestellt werden. Insgesamt könnten

momentan keine der aufgeführten Diagnosen eine dauerhafte, allenfalls eine vorübergehende, Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bewirken. Im rheumatologischen Fachgebiet könnten die Ausprägung der Schmerzen und der Grad der faktuellen Behinderung im Alltag organisch auch nicht erklärt werden. Hinweise für eine neurologische Ausfallsymptomatik liegen weder in der internistischen noch in der rheumatologischen Untersuchung vor. Ebenso bestanden keine Hinweise über das Vorliegen einer entzündlichen Grunderkrankung. Die Kriterien eines generalisierten Schmerzsyndroms seien durch die zu

erhebenden Schmerzpunkte als auch durch die funktionellen Symptome erfüllt. Die diesbezüglichen Abklärungen seien in der Vergangenheit

ebenso unauffällig gewesen wie auch eine gastroenterologische Abklärung. Zusammenfassend bestehe auch aus rheumatologischer Sicht eine vollständige Arbeitsfähigkeit. 3.2

### 3.2.1

Bei der Leistungszusprache mit Verfügung vom 29. Oktober 2010 lag

unter

anderem der Bericht des Z.\_\_\_\_

vom 2. November 2009 (Urk. 7/34) vor, wobei Dr. med. Dolezal, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. phil. Siegfried, Klinischer Psychologe und Supervisor, die folgenden Diagnosen stellten (Ziff. 12): Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1). Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Generalisierte Angststörung (F41.1). Störung durch Medikamente (ICD-10 F13.2). Fibromyalgie (M79.0). Sie führten aus, es sei eine Verschlechterung des Zustandes seit 2. Juni 2008 ausgewiesen. Im Y.\_\_\_\_-Gutachten seien eine leichte Depression und zusätzlich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung als Diagnosen ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gestellt worden (S. 2). Die psychometrische Abklärung, fremdbeurteilt, ergebe eine schwere Depression (Hamilton Skala HAMD=47, vgl. Ziff. 7) und auf Grund des positiven und negativen Leistungsbildes sowie der psychometrisch bestätigten schweren und aufgrund des klinischen Gesamtbildes mittelgradigen Depression sei die Beschwerdeführerin zu 100% arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten (Ziff. 13). 3.2.2

Sodann stütze sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer

Leistungszusprache auf die Stellungnahme des RAD-Arztes

Prof. Dr. C.\_\_\_\_ vom 23. März 2010 ab (Urk. 7/39/2).

Dieser hielt fest, laut psychiatrischer Exploration zur Feststellung des versicherungsmmedizinischen Sachverhalts am 23. März 2010 verhindere bei der 53-jährigen Beschwerdeführerin ein psychischer Gesundheitsschaden von Krankheitswert (ICD-10: F 45.41, F48.0, F41.1, F13.2 und Z 60.3 sowie 60.8) aktuell vollständig die funktionelle Leistungsfähigkeit für beruflich zu verwertende Tätigkeiten. Im Mittelpunkt des Beschwerdebildes stehe ein ängstliches und depressiv getöntes Verhaltensmuster, verbunden mit multiplen psychosomatischen Begleiterscheinungen und einem sozialen Rückzug. Chronifiziert und bei lege artis durchgeführten stationären und ambulanten fachärztlichen Therapien weitgehend bislang nicht zu beeinflussen, erweise sich eine komplexe Schmerzverarbeitungsstörung, die den gesamten Tagesablauf der Beschwerdeführerin bestimme mit der unbewussten Tendenz einer Flucht in die Krankheit als Modell einer zwar kurzfristig entlastenden, aber langfristig nicht angemessenen Konfliktlösung. Aus versicherungsmmedizinischer Warte bestehe krankheitsbedingt aktuell und mit hoher Wahrscheinlichkeit gemäss dem plausiblen und hinsichtlich der Befunderhebung nach vollziehbaren ärztlichen Bericht (des Z.\_\_\_\_ )

vom 2.

November 2009 bei der 53-jährigen Versicherten seit Juni 2008 keine beruflich zu verwertende Restarbeitsfähigkeit mehr in angestammter und angepasster Tätigkeit. Prognostisch sei die therapeutische und berufliche Integrationsfähigkeit der 53-jährigen Beschwerdeführerin vor dem Hintergrund des durch Migrationschwierigkeiten überlagerten psychosomatischen Krankheitsbildes mit der ausgedehnten Schmerzentwicklung eher ungünstig zu beurteilen.

3.3

Der am 5. November 2015 verfügten Rentenaufhebung (Urk. 2) lagen im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten zu Grunde: 3.3.1

Im Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 10. September 2013 ,

welcher zusammen mit dem Formularbericht der IV-Stelle zur Beurteilung des Anspruchs auf Rentenleistungen eingereicht wurde (vgl. 7/60), wurden die Diagnosen

mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1),

anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und

Fibromyalgie (M79.0)

festgehalten. Zur

Frage einer begründeten Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als „Krankenschwester“ wurde vermerkt, trotz bereits erzielten positiven Veränderungen sei aus mittelfristiger Sicht aufgrund des psychischen Zustandes und der körperlichen Einschränkungen keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit zu erwarten.

Aufgrund der Schwere der Problematik sei die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsunfähig, auch für angepasste Tätigkeiten (Urk. 7/60/7). 3.3.2

Im interdisziplinären Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 27. September 2014

stellten die zuständigen Experten,

Dr. med. D.\_\_\_\_ , Facharzt für Innere Medizin FMH, Dr. med. F.\_\_\_\_ , Facharzt Rheumatologie FMH , und Dr. med. G.\_\_\_\_ , Fach arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH ,

die folgenden Diagnosen ( Urk. 7/71 S. 44 ) : - Multilokuläres Weichteilschmerzsyndrom ohne adäquates organisches

Korrelat, ohne degenerative Veränderungen des Achsenskelettes und ohne Anhaltspunkte für ein entzündlich-rheumatisches Geschehen, im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10:

F45.4) . - Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10: F40.01). - Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10:

F32.00). - Chronische funktionelle Magen-Darm-Beschwerden im Sinne einer

Dyspepsie. - Rezidivierende linksseitige Thoraxschmerzen ohne Hinweise für eine kardiale Genese. - Chronische Spannungstypkopfschmerzen. - Arterielle Hypertonie, medikamentös behandelt . Dr. G.\_\_\_\_ hielt in seiner Beurteilung fest, die geklagten andauernden , schweren und quälenden Schmerz en könnten durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden und eine gesteigerte Beanspruchung persönliche r oder medizinisch e r Hilfe und Unterstützung

treffe ebenfalls zu , weshalb eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren sei. Neben der Schmerzsymptomatik habe die Beschwerdeführerin auch über eine depressive Symptomatik berichtet , über eine innere Angesp anntheit, Nervosität, sie

fühle sich traurig, depri miert, sei müde, erschöpft und ber ichte über eine Vergesslichkeit , ertrage L ärm nicht mehr wie früher, und die Lib ido sei vermindert. Suizidalität w e rde hingegen verneint, dies sei früher der Fall gewesen, solche Gedanken seien aber mittlerwei le in den Hintergrund getreten. Weiter berichte sie über eine leichte Freudlosigkeit, so könne sie sich kaum noch freuen, nur über ihre Enkelkin der könne sie sich sehr freuen. An objektivierbaren depressiven Symptomen sei die affektive Schwingungsfähigkeit leicht eingeschränkt, ins Depres sive verschoben. Im Affekt wirke

sie leicht depri m iert, innerlich a ngespannt, nervös, unsicher, ängstli ch in Bezug auf ihre Gesundheit und die Vitalgefühle seien herabgesetzt. Die depressive Symptomatik sei leichtgradig a usgeprägt. D ieser Eindruck decke sich auch mit der d urchgeführten Test untersuchung. Neben der depressiven Symptomatik berichte sie auch über Ängste . Sie habe Angst in engen Räumen, könne nicht mehr alleine Lift fahren, habe Angst in Menschenmengen und Angst in öffentlichen Ver kehrsmitteln. Alleine gehe sie selten nach draussen und wenn, dann nur kurze Strecken, wenn sie weiter weg müsse, gehe sie nur noch in Begleitung.

Diagnostisch

hand le es sich um eine pathologische Angststörung im Sinne einer Agoraphobie mit Panikattacken ( S. 41 f.). Aufgrund der somatoforme n Schmerzstörung

seien auch die Foerster-K rite rien zu berücksichtigen , um mögliche Voraussetzungen für die Unzum utbar keit einer Schmerzüberwindung zu prüfen. Hier sei vor allem das

Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer zu nennen. Eine solche liege nicht vor. Die leichte depressive Symptomatik erfülle diese Anforderungen nicht und auch die Agoraphobie mit Panikstörung stelle keine schwere psychische Komorbidität dar. Es liege weiter kein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens vor und auch ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer, innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) sei zu verneinen, nachdem bisher keine adäquate Gesprächstherapie durchgeführt worden sei. D amit habe

auch die Überprüfung der Foerster-Kriterien keine Anhaltspunkte ergeben, welche für eine Unzumutbarkeit der Schmerzüberwindung sprechen könnten (S. 42). Letzt endlich habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Oktober 2010 dahingehend gebessert, dass sich die mittelschwere depressive Symptomatik leicht aufgehellt habe, so dass nur noch eine leichtgradige depressive Symptomatik vorliege. Allerdings sei darauf hinzuweisen, dass eine bisher noch nicht behandelte Angststörung vorliege. Da es sich aber um einen instabilen Gesundheitszustand handle und diese Störung sehr gut behandelbar sei, liege kein invalidisierender, dauerhafter Gesundheitsschaden vor (S. 43). Dr. D.\_\_\_\_ hielt fest, der internistische Status sei völlig unauffällig, ohne Hinweise für eine kardiale oder pulmonale Pathologie. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf und es fänden sich klinisch und spirometrisch keine Anhaltspunkte für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Auch der aktuelle Abdominalstatus sei bis auf eine epigastrische Druckdolenz bland. In den Laboruntersuchungen könnten lediglich leicht erhöhte Nüchternblutzucker -

und Cholesterinwerte objektiviert werden. Insgesamt könne aber - wie in allen bisher durchgeführten internistischen Abklärungen - keine organische Ursache für die sehr diffuse Beschwerdesymptomatik objektiviert werden. Auch in der zuletzt durchgeführten Echokardiographie und Ergometrie hätten sich keine Hinweise für eine strukturelle Herzerkrankung oder für eine koronare Herzkrankheit gefunden und auch die wiederholten endoskopischen Abklärungen hätten unauffällige Verhältnisse im Magen-Darm-Trakt gezeigt und die multiplen Beschwerden seien damit als funktioneller Natur zu sehen. Aus rein internistischer Sicht könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden (S. 49). Dr. F.\_\_\_\_

befand in der rheumatologischen Untersuchung, die objektivierbaren pathologischen Befunde am Bewegungsapparat seien äußerst mager. Beim Wirbelsäulenuntersuch finde sich lediglich eine diskrete Skoliose des Überganges Brustwirbelsäule/Lendenwirbelsäule, vor allem aber eine druckdolente Muskulatur im Bereiche der Wirbelsäule. Die Wirbelsäule zeige an sich keine Defizite und es fänden sich weder spondylogene noch radikuläre Zeichen. Beim Gelenksuntersuch der stammnahen und peripheren Gelenke hätten keinerlei Defizite der Gelenksfunktion gefunden werden können und in Bezug auf die druckdolente Muskulatur seien 16 von 18 Tenderpoints positiv, jedoch bestünden keine artikulären Einschränkungen. Ein entzündlich-rheumatisches Geschehen, vor allem auch eine Kollagenose oder eine Polymyalgia rheumatica sei ausgeschlossen und die radiologischen Abklärungen hätten altersentsprechende osteoartikuläre Befunde ergeben. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungskraft oder als Raumpflegerin ohne Einschränkungen zu 100 % arbeitsfähig (S. 49 f.). Aus interdisziplinärer Sicht befanden die Gutachter, die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Reinigungsangestellte in

einem Schulhaus

zu 100 % arbeitsfähig und auch in einer sonstigen, dem allge me i nem Leistungsvermögen angepassten Verweistätigkeit bestehe eine unein ge schränkte Arbeitsfähigkeit von 100 % (S. 52). 4 .

4 .1

4.1.1

Bei der ursprünglichen Rentenzusprache ging die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Beurteilung en der Z.\_\_\_\_ -Ärzte vom 2. November 2009 (E. 3.2.1) sowie

des RAD -Arztes

Prof. Dr. C.\_\_\_\_ vom 2 3. März 2010 ( E.

3.2.2 ) von einer nicht mehr verwert baren Restarbeitsfähigkeit aus . 4.1.2

Zur Einschätzung der Z.\_\_\_\_ -Ärzte ist festzuhalten, dass diese von einer Ver schlechterung des Zustandes seit 2. Juni 2008 ausgingen ( Urk. 7/34/2 oben) und damit zu einem Zeitpunkt vor Erlass der rentenverneinenden Verfügung vom 2 0. August 2008 ( Urk. 7/31). Die Beschwerdegegnerin eröffnete die Wartezeit im Juni 2008 ( Urk. 7/52).

Hinzuweisen ist diesbezüglich auf die bei der Rentenzusprache längst etablierte Rechtsprechung, wonach aufgrund der Erfahrungstatsache, dass Haus ärzte (und behandelnde Ärzte) mitunter im Hinblick auf ihre auftrags rechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen, im Streitfall eine direkte Leistungszusprache einzig gestützt auf die Angaben der behandelnden Ärzte kaum je in Frage kommt (vgl. BGE 135 V 465 E. 4.5 mit Hinweisen). Soweit die Rentenzusprache demnach auf den Angaben der Z.\_\_\_\_ -Ärzte basiert, erweist sie sich als zweifellos unrichtig.

Sodann erschöpft sich der entsprechende Bericht vorwiegend in einer Kritik am Y.\_\_\_\_ -Gutachten vom 1 8. April 2008 (E. 3.1) sowie in einem abweichenden Schluss betreffend Auswirkungen. Dabei handelt es sich indes lediglich um eine abweichende Würdigung des gleich gebliebenen Sachverhalts, wel cher revisionsrechtlich irrelevant ist und eine Leistungszusprache als zwei fellos unrichtig erscheinen lässt. Die Ärzte schilderten denn auch keine neuen objektivierbaren Befunde und äusserten sich nicht zur Veränderung der Ver hältnisse, ausser eine solche unsubstantiiert zu behaupten ( Urk. 7/34/2 oben). Die geschilderten Befunde erschöpfen sich im Wesentlichen in den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin (respektive ihrer Tochter) und sind ausserdem unvollständig, ging doch bei der Darlegung der Schwierigkeiten der Umstand vergessen, dass die Beschwerdeführerin jährlich für drei bis vier Wochen in die Ferien verreist (per Auto oder Flugzeug) und regelmässig soziale Kontakte hat ( Urk. 7/71/38 unten, ohne Hinweis, dass sich diesbezüg lich im Laufe der Zeit Änderungen ergeben haben). 4.1.3

Die Einschätzung Prof. Dr. C.\_\_\_\_ , auf welche sich die Beschwerdegegnerin massgeblich stützte, enthält im Wesentlichen eine kritiklose Würdigung der Angaben der Z.\_\_\_\_ -Ärzte. Eine Anamnese und eine Auseinandersetzung mit den Vorakten, insbesondere dem rund zwei Jahre zuvor erstellten Y.\_\_\_\_ Gutachten vom 18. April 2008 (E. 3.1), erfolgte nicht respektive wurde vom RAD nicht dokumentiert. Einzige Bezugsquelle in seiner Stellungnahme bil dete der Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 2. November 2009 wobei der RAD-Arzt selbst Abweichungen gegenüber der Diagnosestellung des Z.\_\_\_\_ — vgl. erst maliges

Festhalten einer Störung gemäss ICD-10: F48.0, was einer Neurasthenie (anstelle der von dem Z.\_\_\_\_-Ärzten diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode) entspricht (ICD-10, Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Hrsg. Horst Dilling, Werner Mombour, Martin H. Schmidt 10. Auflage 2015 Bern, S. 235 f.) — unbegründet liess. Seine Schlussfolgerungen in Bezug auf die der Beschwerdeführerin verbleibende Leistungsfähigkeit sind damit nicht nachvollziehbar. So unterliess er es insbesondere, die Aufhebung des Leistungsvermögens in dem von ihm geltend gemachten Ausmass mit psychischen Befunden zu unterlegen und zu begründen. Auch fehlt eine Darlegung der befundmässigen Veränderung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2.

September 2013 E. 4.4.3), was die darauf gestützte Rentenzusprache als zweifellos unrichtig erscheinen lässt.

Die Stellungnahme des RAD erfüllt damit die Beweisanforderungen an eine rechtsgenügende medizinische Entscheidungsgrundlage, auf deren Basis eine Leistungszusprache erfolgen kann, nicht (BGE 125 V 351 E. 3a), weshalb sich die Leistungszusprache auch unter diesem Titel als zweifellos unrichtig erweist. 4.1.4

Damit fehlte es im Zeitpunkt der Rentenzusprache an hinreichend sorgfältigen fachärztlichen Abklärungen. Da die Beschwerdegegnerin damit ihrer Abklärungspflicht nur ungenügend nachgekommen ist, beruht die Leistungszusprache auf einer rechtsfehlerhaften Invaliditätsbemessung und muss daher als zweifellos unrichtig im wiedererwägungsrechtlichen Sinne bezeichnet werden (Urteile des Bundesgerichts 9C\_882/2014 vom 23. Juni 2015 E. 3.1.2 und 9C\_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). 4.2

Ein wiedererwägungsweges Zurückkommen auf den ursprünglichen Rentenentscheid rechtfertigt zudem auch die unterbliebene, damals geltende Überwindbarkeitsprüfung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_68/2013 vom 14. Mai 2013 E. 3.4). So wäre bei dem von Prof. Dr. C.\_\_\_\_

mittels Diagnosecodes festgehaltenen Krankheitsbild die Frage, inwieweit eine Arbeitsunfähigkeit aus medizinisch-psychiatrischer Sicht als auch im rechtlichen Sinne invalidisierend anzuerkennen wäre, nach der mit BGE 130 V 352 begründeten, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache (noch) gültig gewesenen Rechtsprechung zu beurteilen gewesen. Weder die Beurteilung im Bericht des Z.\_\_\_\_ noch jene von Prof. Dr. C.\_\_\_\_ sprach sich jedoch begründet und mit Bezug auf konkrete Untersuchungsbefunde über

die Foerster-Kriterien aus.

Aufgrund der damals bestandenen Aktenlage kann in der erhobenen depressiven Störung - wobei aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin und dem Umstand, dass sie sich, soweit aus den Akten ersichtlich, nie einer adäquaten längerdauernden, stationären psychiatrischen Behandlung unterzogen hat, nicht auf das Vorliegen einer schweren depressiven Episode geschlossen werden, was im Einklang mit der Beurteilung durch die Vorgutachter des Y.\_\_\_\_ und die späteren Gutachter im A.\_\_\_\_ steht. Bereits nach der damals geltenden Rechtsprechung stellten leichte bis mittelgradige depressive Episoden grundsätzlich keine von depressiven Verstimmungszuständen klar unterscheidbare andauernde Depression im Sinne eines verselbständigten Gesundheitsschadens dar, die es der betroffenen Person verunmöglichten, trotz der Schmerzstörung eine angepasste

Tätigkeit auszuüben ( Urteil 9C\_803/2008 vom 29. Mai 2009 E.

5.3.2 mit Hinweisen; vgl. auch SVR 2011 IV Nr. 57 S. 171, 8C\_958/2010 E. 6.2.2.2). Anhaltspunkte, dass es sich vorliegend anders verhält, sind keine ersichtlich. 4.3

#### 4.3.1

Die rentenaufhebende Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 5. November 2015 ( Urk. 2) erging unter dem Dispositiv wiedererwägungsweise Aufhebung der Verfügung vom 29. Oktober 2010 und Aufhebung der künftigen Rentenleistungen. Die Beschwerdegegnerin wies in ihrer Beschwerdeantwort zusätzlich auf einen Revisionsgrund im Sinne einer verbesserten gesundheitlichen Situation hin ( Urk. 6 Ziff. 2). Hierzu liess sich die Beschwerdeführerin in ihrer Replik vernehmen ( Urk. 11 Ziff. 2). Das rechtliche Gehör hinsichtlich dieses Standpunktes

wurde damit ausreichend gewahrt und steht einer gerichtlichen Überprüfung im vorliegenden Verfahren nicht entgegen ( vgl. Replik Urk. 11 S. 2 ).

Der Auffassung der Beschwerdeführerin die Revision sei nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, kann nicht beigeplichtet werden. Gegenstand des Verfahrens ist die Einstellung der Rentenleistungen. Der im Dispositiv enthaltene Hinweis auf eine Wiedererwägung ist insofern irrelevant, als das Ergebnis dasselbe ist, nämlich die Einstellung der Leistungen pro futuro. 4.3.2

Die Gutachter legten explizit eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes - basierend auf den weitgehend unsubstantiierten Angaben der Z. \_\_\_ -Ärzte - dar. So berichteten sie von einem gesteigerten Selbstwertgefühl und mehr Lebensfreude und schlossen auf eine Aufhellung der

zeitweise als mittelschwer geschilderten - depressiven Symptomatik ( Urk. 7/71/53-54). Auch die durch den psychiatrischen Facharzt erhobenen Befunde waren - abgesehen von leichten Einschränkungen in Bezug auf Schwingungsfähigkeit, Affekt und Angst - im Wesentlichen unauffällig (Urk.

7/71/39). Die attestierte vollumfängliche Arbeitsfähigkeit ist ohne weiteres nachvollziehbar (vgl. nachfolgend E. 5).

Zu bemerken ist hierzu, dass - soweit davon ausgegangen würde, die beiden Verfügungen vom 29. Oktober 2010 hätten mit der Stellungnahme des RAD auf einer rechtsgenügenden medizinischen Grundlage für die Leistungszusprache beruht - ohne Weiteres auf einen Revisionsgrund im Sinne einer erheblichen Veränderung

zu schliessen wäre, da aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde die von Prof. Dr. C. \_\_\_ festgehaltenen Diagnosecodes nicht mehr bestätigt werden konnten. 4.3.3

Wie es sich damit aber letztlich genau verhält, kann nach Vorliegen eines Wiedererwägungsgrundes gemäss dem hiervor Gesagten offen gelassen werden. 4.4

Ansichs des Charakters der am 29. Oktober 2010 ( Urk. 7/52 ) zugesprochenen Invalidenrente und Hilflosenentschädigung als periodische Dauerleistung sind auch die Voraussetzungen der erheblichen Bedeutung der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c) .

5 .

## 5.1

Zu prüfen bleibt die Anspruchsberechtigung und allenfalls der Umfang des Anspruchs pro futuro unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 6.1) . 5 .2

Das polydisziplinäre Gutachten des A.\_\_\_\_ vom 27. September 2014 erfüllt sämtliche rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien für eine beweiskräftige ärztliche Entscheidungsgrundlage (E. 1.8). Das Gutachten beruht auf fachärztlichen Untersuchungen und wurde in Kenntnis der relevanten Vorakten (Urk. 7/71/2-18) abgegeben. Die Gutachter nahmen zu früheren medizinischen Beurteilungen Stellung (Urk. 7/71/43) und erhoben detaillierte Befunde und nachvollziehbare Diagnosen. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden wurden berücksichtigt und die Gutachter setzten sich hinreichend mit diesen auseinander. Zudem haben sie die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dargelegt und ihre Schlussfolgerung nachvollziehbar begründet.

Nicht nachvollziehbar ist demgegenüber der Bericht des Z.\_\_\_\_ vom 10. September 2013 (Urk. 7/60), welcher aufgrund der Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) und einer Fibromyalgie (M79.0) eine andauernde 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Einerseits wird hierbei auf positive Veränderungen im Psychostatus hin gewiesen, was aufgrund des Behandlungsziels einer Psychotherapie grundsätzlich als nachvollziehbar erscheint.

Dann aber werden aus fachfremder Sicht auch körperliche Einschränkungen ins Feld geführt, die

keine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mehr erwarten liessen, was aus fachärztlicher Sicht nicht bestätigt werden konnte.

## 5.3

### 5.3.1

Während die Beschwerdegegnerin ohne weitere Begründung an der Beurteilung im A.\_\_\_\_-Gutachten festhielt, wies die Beschwerdeführerin

zu Recht darauf hin, dass es die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung unterlassen habe, das Gutachten einer schlüssigen Beurteilung nach den Indikatoren gestützt auf die neue

Rechtsprechung von BGE 141 V 281 zu unterziehen. Dies bedeutet indes nicht, dass das Gutachten nun ohne Weiteres seinen Beweiswert verlieren würde. Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist vielmehr im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob das abschliessende Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen im angefochtenen Entscheid vor Bundesrecht standhält (vgl. Urteil des Bundesgerichtes 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 2.2 mit Hinweisen). 5.3.2

Massgebend ist somit, ob gestützt auf das vorliegende Gutachten die gemäss neuer Rechtsprechung (E. 1.2.2) relevanten Indikatoren hinreichend beurteilt werden können. Die von Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ detailliert erhobenen Untersuchungsbefunde waren grundsätzlich unauffällig. Eine ausgeprägte Komorbidität liegt damit nicht vor, wohl aber eine Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden und den internistischen

und rheumatologischen Befunden. Im Weiteren gelten Schmerzstörungen nach der Rechtsprechung nur als invalidisierend, wenn sie schwer und therapeutisch nicht (mehr) angebar sind (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2). Diesbezüglich äusserte sich der psychiatrische Gutachter Dr. G.\_\_\_\_

in Bezug auf die durchgeführte ambulante, in Deutsch und ohne Dolmetscher durchgeführte Gesprächstherapie kritisch und wies auf eine fehlende adäquate Therapie und nicht ausgeschöpfte Behandlungsoptionen hin (Urk.

7/71/42 und 7/71/52 f). Eine Behandlungs- und Eingliederungsresistenz ist damit zu verneinen. Der Gutachter befasste sich sodann mit der Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin und

zum sozialen Kontext -

seit Jahren IV-rentenbeziehender Ehegatte und umsorgende Familie

- nahm der Gutachter ausführlich Stellung. Zur Konsistenz ergibt sich aus dem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin eine soziale Teilhabe am Familienleben mit wöchentlichen Besuchen der Enkelkinder, mehrmals täglichen Spaziergängen mit dem Ehegatten, regelmässigen Besuchen

von weiteren Familienmitgliedern und einer Bekannten

hat sowie jährlich mehrere Wochen dauernde Ferien in ihrer Heimat

verbringt (Urk. 7/71/38). Ein Rückzug aus dem sozialen Netzwerk liegt damit nicht vor. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen lässt sich nicht herleiten. Daneben ist aufgrund der Schilderung von einem geregelten Tagesablauf im Haushalt mit Aktivitäten ausser Haus auszugehen. Insgesamt hat die diagnostizierte chronische Schmerzstörung somit auch unter Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin und ist das Gutachten auch aus dieser Sicht nicht zu beanstanden. 5.4

Zusammenfassend ist aufgrund der nachvollziehbaren und umfassenden gutachterlichen Beurteilungen

die

angestammte Tätigkeit zu 100% zumutbar, womit keine Invalidität (mehr) besteht. Aufgrund der beweiskräftigen medizinischen Aktenlage besteht kein weiterer Abklärungsbedarf (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichtes 8C\_468/2007 vom 6. Dezember 2006 E.2.2 mit Hinweisen).

6.

6.1

Das Bundesgericht hat im Urteil 9C\_228/2010 vom 26. April 2011 festgehalten, dass die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei versicherten Personen, die das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen haben, nur zulässig ist, wenn die Verwaltung zuvor die Notwendigkeit von Eingliederungsmassnahmen geprüft hat (E. 3.3). Damit wird dem Umstand Rechnung getragen, dass diese Personen aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters oder der langen

Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien bedeutet jedoch nicht, dass die Betroffenen einen Besitzstandsanspruch geltend machen können. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin zugestanden, dass die Selbsteingliederung nicht mehr zumutbar ist (vgl. BGE 141 V 5 E. 4.4.2 mit Hinweis auf Urteil 9C\_920/2013 vom 20. Mai 2014 E. 4.4). 6.2

Die Beschwerdeführerin, geboren am 10. Dezember 1956, war im Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 5. November 2015 knapp 59-jährig. Damit fällt sie unter den vom Bundesgericht besonders geschützten Bezückerkreis und die Verwaltung war gehalten, vor der Rentenaufhebung Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen.

6.3

Die Beschwerdegegnerin

gewährte berufliche Massnahmen im Sinne von Beratung, Begleitung und Arbeitsvermittlung für den Zeitraum vom 7. April 2015 bis 6. Dezember 2015

und erteilte hierzu eine Kostengutsprache (Urk.

7/101). Diese Massnahmen wurden aufgrund sprachlicher Schwierigkeiten und Schmerzen bereits nach kurzer Zeit abgebrochen. So beendete die Beschwerdeführerin den Einführungskurs nicht und teilte mit, dass auch andere Kurse nicht in Frage kämen, weshalb die Massnahmen aufgehoben wurden

(vgl. Urk. 7/104/2 und Urk. 7/108). Die Beschwerdeführerin brachte hiergegen nichts vor, was auf eine fehlende Eingliederungsbereitschaft schliessen lässt. Insbesondere machte sie nicht geltend, dass sie zur Verwertung des vorhandenen beruflichen Restleistungsvermögens einer über die angebotene Hilfestellung hinausgehende Unterstützung durch die Beschwerdegegnerin bedürfte. Dies erscheint unter den gegebenen Umständen denn auch weder nötig noch angezeigt (vgl. dazu auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_474/2013 vom 20. Februar 2013 E. 6.3). In den ärztlichen Unterlagen wurde kein besonderer Bedarf an Unterstützung bei der beruflichen Eingliederung geäussert und die Beschwerdeführerin kann ihre Restarbeitsfähigkeit in ihrer angestammten Tätigkeit im Reinigungsbereich verwerten, wobei ihr die Beschwerdegegnerin für das Auffinden einer entsprechenden Arbeitsstelle Unterstützung im Sinne von Beratung, Unterstützung und Arbeitsvermittlung

angeboten hat. Damit gibt die Rentenaufhebung auch in diesem Punkt zu keiner Kritik Anlass.

7.

7.1

Nach dem Gesagten steht fest, dass die Zusprache einer unbefristeten ganzen Rente ab 1. Mai 2010 zweifellos unrichtig war und weder aus physischer noch aus psychischer Sicht ein Gesundheitsschaden besteht, der einen Rentenanspruch pro futuro zu begründen vermöchte.

7.2

Bei der Zusprache der Entschädigung wegen leichter Hilflosigkeit (Verfügung vom 29. Oktober 2010 [Urk. 7/51, vgl. auch Urk. 7/38]) wurde aus psychischen

Gründen und wegen Schmerzen die Mithilfe von Familienangehörigen bei Reinigungsarbeiten von sieben Stunden pro Woche und die Begleitung zu ausserhäuslichen Tätigkeiten von 70 Minuten pro Woche angerechnet und damit der Bedarf an lebenspraktischer Begleitung anerkannt. Mit Blick auf die Erkenntnisse aufgrund der polydisziplinären Abklärung im A.\_\_\_\_, wonach die Verwertung einer Arbeitsfähigkeit im Reinigungsbereich vollzei tig zumutbar ist, ist eine Hilflosigkeit nicht (mehr) ausgewiesen. Im Weiteren bestehen in den Akten keine Anhaltspunkte dafür, dass bei der Beschwerde führerin die Voraussetzungen für eine Hilflosenentschädigung anderweitig erfüllt wären. Dies wurde beschwerdeweise (vgl. Urk. 8/1) auch nicht geltend gemacht.

Damit erweist sich sowohl die Verfügung vom 5. November 2015 (Einstellung der Invalidenrente) als auch die Verfügung vom 6. November 2015

(Einstellung der Hilflosenentschädigung) als rechtens, was zur Abweisung der Beschwerden führt. Das Gericht erkennt: 1.

Die Beschwerden werden abgewiesen. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Orion Rechtsschutz-Versicherung AG - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - 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). Sozialversicherungsgericht des Kantons Zürich Der Vorsitzende Der Gerichtsschreiber GräubNef

## **E. 6**

und Urk.

8/7) auf Abweisung der Beschwerden.

Am 28. Januar 2016 wurde das prozessuale Begehren um Sistierung des Verfahrens abgewiesen (Urk. 8/9) und am

6. April 2016 die beiden Verfahren vereinigt und gleichzeitig ein zweiter Schriftenwechsel angeordnet (Urk. 9). Mit Replik vom 9. Mai 2015 (Urk.

## **E. 6.2**

Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn die gesetzeswidrige Leistungszusprechung aufgrund falscher oder unzu treffender Rechtsregeln erlassen wurde oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 103 V 126 E. a; Urteil des damaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts C 151/94 vom 30. Mai 1995 E. 3c, publiziert in: ARV 1996/97 Nr. 28 S. 158). Qualifiziert unrichtig ist eine Verfügung auch dann, wenn die erforderlichen fachärztlichen Abklärungen überhaupt nicht oder nicht mit der erforderlichen Sorgfalt durchgeführt worden sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_427/2014 vom 1. Dezember 2014 E. 2.2 mit weiteren Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung in Bezug auf gewisse Schritte und Elemente (z.B. Invaliditätsbemessung, Einschätzungen der Arbeits[un]fähigkeit, Beweiswürdigungen, Zumutbarkeitsfragen) notwendig gewisse Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung solcher Anspruchsvoraussetzungen (einschliesslich ihrer Teilaspekte wie etwa die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (vgl. etwa Urteile des Bundesgerichts I 907/06 vom 7. Mai 2007 E. 3.2.1 und 9C\_215/2007 vom 2. Juli 2007 E. 3.2 jeweils mit Hinweisen). Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss - derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung - möglich (BGE 125 V 383 E. 6a und Urteil des Bundesgerichts 9C\_575/2007 vom 18. Oktober 2007 E. 2.2). 1. 7

Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeits unfähig ist (BGE 125 V 256 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zuge mutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc). 1. 8

Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Gutachtens ist entscheidend, ob es für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend ist, auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt und sich mit diesen sowie dem Verhalten der untersuchten Person auseinandersetzt – was vor allem bei psychischen Fehlentwicklungen nötig ist –, in Kenntnis der und gegebenenfalls in Auseinandersetzung mit den Vorakten abgegeben worden ist, ob es in der Darlegung der medizinischen Zustände und Zusammenhänge einleuchtet, ob die Schlussfolgerungen der medizinischen Experten in einer Weise begründet sind, dass die rechts anwendende Person sie prüfend nachvollziehen kann, ob der Experte oder die Expertin nicht auszuräumende Unsicherheiten und Unklarheiten, welche die Beantwortung der Fragen erschweren oder verunmöglichen, gegebenenfalls deutlich macht (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a, 122 V 157 E. 1c; Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 30 f.; derselbe in: Hermann Fredenhagen, Das ärztliche Gutachten, 4. Auflage 2003, S. 24 f.). 2.

## **E. 11**

) und Duplik vom 26. Mai 2015 (Urk.

**E. 13**

) hielten die Parteien an ihren Anträgen fest .

Das Gericht

zieht in Erwägung: 1.

**E. 15**

E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

**E. 17**

Abs. 1 ATSG gestützte Revisionsverfügung der Verwaltung mit dieser Begründung schützen (BGE 125 V 368 E. 2 mit Hinweisen). Nach der Rechtsprechung lässt sich eine allgemein gültige betragliche Grenze für die Voraussetzung der Erheblichkeit der Berichtigung nicht festlegen. Massgebend sind vielmehr die gesamten Umstände des Einzelfalles. Bei periodischen Leistungen ist die Erheblichkeit der Berichtigung zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c; Urteil des Bundesgerichts 9C\_11/2008 vom 29. April 2008 E. 4.2 mit Hinweisen) . 1.

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