

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00255 vom 18. April 2017**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2017-04-18, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2016.00255](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2016.00255)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00255 du 18 avril 2017

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2016.00255 del 18 aprile 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1.1**

Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben ( Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG] ). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente nicht nur bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine Veränderung der gesundheitlichen Verhältnisse liegt auch bei gleich gebliebener Diagnose vor, wenn sich ein Leiden in seiner Intensität und in seinen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit verändert hat (Urteile des Bundesgerichts 9C\_261/2009 vom 11. Mai 2009 E. 1.2 und I 212/03 vom 28. August 2003 E. 2.2.3). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bilden die letzte rechtskräftige Verfügung oder der letzte rechtskräftige Einspracheentscheid, welche oder welcher auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3; Urteil des Bundesgerichts 9 C\_438/2009 vom 26. März 2010 E. 2. 1 mit Hinweisen).

### **E. 1.2**

Nach dem Umzug der Versicherten in den Kanton Zürich im Dezember 2009 (Urk. 6/82) eröffnete die IV-Stelle Zürich im Jahr 2013 ein ordentliches Rentenrevisionsverfahren (vgl. den Fragebogen vom 30. Oktober 2013 [Urk. 6/84]). Die IV-Stelle Zürich klärte die erwerblichen und medizinischen Verhältnisse ab und veranlasste eine polydisziplinäre Begutachtung der Versicherten (Urk. 6/89). Das Gutachten des B.\_\_\_\_ wurde in der Folge am 2. September 2014 erstattet (Urk. 6/105). Mit Vorbescheid vom 21. November 2014 kündigte die IV-Stelle Zürich die Aufhebung der bisherigen Invalidenrente an (Urk. 6/109). Dagegen erhob die Versicherte am 3. Dezember 2014 Einwand (Urk. 6/110, vgl. auch die ergänzende Begründung vom 8. Januar 2015 [Urk. 6/116]) und stellte der IV-Stelle Zürich zwei Berichte der C.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2015 (Urk. 6/115) und 4. Februar 2015 (Urk. 6/120) sowie einen Bericht des Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurochirurgie, vom 15. März 2015 (Urk. 6/130) zu. Die IV-Stelle holte so dann einen

Verlaufsbericht der E.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 (Urk. 6/133) ein . In der Folge liess sie die Gutachter stelle

zu den genannten Berichten Stellung nehmen (Urk. 6/134). Die Stellungnahme erfolgte am 15. September 2015 (Urk. 6/135). Dazu äusserte sich die Versicherte am 9. Oktober 2015 (Urk. 6/138) beziehungsweise am 23. November 2015 (Urk. 6/143). Mit Verfügung vom 1. Februar 2016 hob die IV-Stelle die bisherige ganze Rente auf den ersten Tag des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf und entzog einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Urk. 2 [= Urk. 6/149 ] ). 2.

Dagegen erhob die Versicherte mit Eingabe vom 19. Februar 2016 Beschwerde und beantragte, die angefochtene Verfügung sei aufzuheben, und es sei ihr weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten; eventuell seien ihr berufliche Massnahmen zu gewähren (Urk. 1). Mit Beschwerdeantwort vom 13. April 2016 schloss die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde (Urk. 5), was der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. April 2016 angezeigt wurde (Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

### **E. 1.2.1**

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 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. 1.2.2**

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. Rechtsprechungsgrmass 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. November 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 Bundesgerichtes 8C\_616/2014 vom 25. Februar 2015

### **E. 1.3**

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: a.

ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder her stellen, erhalten oder verbessern können; b.

während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig ( Art.

#### **E. 1.4**

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 zugemutet werden können (BGE 125 V 256 E. 4 mit Hinweisen; AHI 2002 S. 70 E. 4b/cc).

Für die verlässliche Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes und seiner Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sind in der Regel psychiatrische Fachärzte beizuziehen (BGE 130 V 352 E. 2.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_989/2010 vom 16. Februar 2011 E. 4.4.2 mit weiteren Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_880/2015 vom 30. März 2016 E. 4.2.4). Wichtigste Grundlage gutachterlicher Schlussfolgerungen bildet – gegebenfalls neben standardisierten Tests – die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2 mit Hinweis). Bezüglich der Wahl der Untersuchungsmethoden kommt der Expertin oder dem Experten ein weiter Ermessensspielraum zu, und es ist nicht zwingend notwendig, dass fremdanamnestic Angaben eingeholt oder Zusatzuntersuchungen angeordnet werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 9C\_275/2014 vom 21. August 2014 E. 3). Rechtsprechungsgemäss gibt es keine verbindliche Mindestdauer für eine psychiatrische Exploration, sondern es wird lediglich verlangt, dass die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist, wobei der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein muss (Urteile des Bundesgerichts 8C\_660/2013 vom 15. Mai 2014 E. 4.2.3, 8C\_602/2013 vom 9. April 2014 E. 3.2 und 8C\_47/2016 vom 15. März 2016 E. 3.2.2).

#### **E. 1.5**

Stunden. Sie benutze kein Fahrrad und lenke auch keinen Motorwagen. Soziale Kontakte habe sie vor allem zu einer Schwester in Deutschland. Mit ihr würden fast tägliche Telefongespräche geführt. Die Schwester besuche sie auch häufig. Weitere Kontakte beständen zu zwei türkischen Nachbarinnen. Im Januar 2014 sei sie sodann allein in Begleitung einer Bekannten in die Türkei gereist. Sie habe dort zehn Tage verbracht (Urk. 6/105 S. 11). Nach dem Gesagten ist eine deutliche Zunahme der Ressourcen und damit eine Verbesserung des Gesundheitszustands ausgewiesen. 4.3

An der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Einschätzung ändern auch die Klinikaufenthalte der Beschwerdeführerin nach Ankündigung der Rentenaufhebung mit Vorbescheid vom 21. November 2014 (Urk. 6/109) nichts. Es kann diesbezüglich auf die ergänzende Stellungnahme der Gutachter vom 15. September 2015 verwiesen werden

(E. 3.2.5). Anzufügen bleibt, dass die Beschwerdeführerin gegenüber dem begutachten den Psychiater angegeben hatte, zeit ihres Lebens nie in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert gewesen zu sein (Urk. 6/105 S. 10). Der Umstand alleine, dass sie sich in Anbetracht der drohenden Rentenaufhebung, wobei es sich um einen unbeachtlichen psychosozialen Faktor handelt, erstmals in stationäre psychiatrische Behandlung begab (vgl. E. 3.2.2), vermag die gutachterliche Beurteilung nicht in Zweifel zu ziehen, insbesondere auch deshalb nicht, weil es unter der psychiatrischen Behandlung zu einer Remission der depressiven Symptome gekommen ist (E. 3.2.4), was wiederum gegen eine vollkommene Resistenz des psychischen Leidens spricht (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_774/2013 vom 3. April 2014 E. 4.2 mit Hinweisen, 9C\_454/2013 vom 29. Oktober 2013 E. 4.1). Ein Bericht über eine weitere Hospitalisation in der C.\_\_\_\_ ab dem 5. Februar 2016 (Urk. 1 S. 3) wurde im Beschwerdeverfahren sodann nicht eingereicht und kann damit auch nicht berücksichtigt werden. 4.4

Der begutachtende Psychiater legte nachvollziehbar dar, weshalb er die Beurteilung des behandelnden Psychiaters Dr. K.\_\_\_\_, welcher von einer seit mehr als 10 Jahren an dauernden

schwergradigen depressiven Störung ausgeht (vgl. sodann auch E. 3.2.7), nicht für überzeugend hält

(E. 3.2.1). Ergänzend ist auch in diesem Zusammenhang auf die erhebliche Verbesserung der depressiven Symptomatik im Rahmen des stationären Aufenthalts in der L.\_\_\_\_ (E. 3.2.4) hinzuweisen, was wie gesagt darauf hindeutet, dass keine vollkommene Resistenz des Leidens vorliegt. In Bezug auf Dr. K.\_\_\_\_ ist im Übrigen der Erfahrungssache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc). 4.5

Mit den Gutachtern ist

somit von einer chronifizierten

mittelgradigen depressiven Erkrankung auszugehen.

In Anbetracht der Chronifizierung der psychischen Symptomatik ist zwar nicht von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es ist aber mit Verweis auf die festgestellte Tendenz zur Symptomausweitung, eine demonstrierte Krankheitsrolle (E. 3.2.1), noch nicht voll ausgeschöpfte Therapiemöglichkeiten sowie bestehende psychosoziale Belastungsfaktoren (vgl. z.B. Urk. 6/55/4, Urk. 6/120/3 und Urk. 6/142/4) auch keine 100%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Die Einschätzung des begutachtenden Psychiaters, wonach eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in der bisherigen sowie jeder anderen angepassten Tätigkeit besteht, vermag

daher zu überzeugen, auch wenn sie eher wohlwollend erscheint. Nachdem der begutachtende Psychiater bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit das eingeschränkte Ressourcenprofil bereits mit berücksichtigt hat

(E. 3.2.1), verbleibt

im Übrigen

kein Raum für eine

abweichende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit

(vgl. die in Urk. 6/108/5 vorgenommene Ressourcenprüfung).

4.6

Obwohl Dr. D.\_\_\_\_

am 20. November 2015 (E. 3.2.7) präzisierte, er attestiere der Beschwerdeführerin sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, ändert dies nichts an der Nachvollziehbarkeit der gutachterlichen Beurteilung. Es entsteht vielmehr der Eindruck, Dr. D.\_\_\_\_ stelle primär auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab, nimmt er doch zur vom begutachtenden Orthopäden festgestellten Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin (Urk. 6/105 S. 18) gar keine Stellung. 4.7

Nach dem Gesagten ist auf das polydisziplinäre Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 2. September 2014 (Urk. 6/105) samt ergänzender Stellungnahme vom 15. September 2015 (Urk. 6/135) abzustellen, womit mit dem im Sozialversicherungsrecht massgebenden Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt ist, dass zum einen eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und der Beschwerdeführerin die bisherige (sowie jede andere angepasste) Tätigkeit zu 50% zumutbar ist. Demzufolge resultiert ein Invaliditätsgrad von 50%, was einen Anspruch auf eine halbe Rente der Invalidenversicherung begründet. Vor Herabsetzung der Invalidenrente sind

keine beruflichen Massnahmen zu prüfen oder durchzuführen (Urk. 1 S. 4), sind die Voraussetzungen gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung (55. Altersjahr zurückgelegt oder Rentenbezug seit mehr als 15 Jahren [vgl. Urk. 2 S. 3]) doch nicht erfüllt. Darüber hinaus besteht bei der Beschwerdeführerin eine derart starke Krankheitsüberzeugung, dass berufliche Massnahmen ohne Veränderung in der Einstellung der Beschwerdeführerin kaum Aussicht auf Erfolg haben. 5.

Im Sinne der Erwägungen ist die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1. Februar 2016 in teilweiser Gutheissung der Beschwerde insofern abzuändern, als dass die

bisherige ganze Rente der Beschwerdeführerin in per 1. April 2016 nicht aufzuheben, sondern bloss auf eine halbe Rente herabzusetzen ist. 6.

#### **E. 04**

eine ganze Rente der Invalidenversicherung zu (Urk. 6/71 und Urk. 6/75). Sie bestätigte den Anspruch auf eine unveränderte Invalidenrente mit Mitteilung vom 11. Februar 2009 (Urk. 6/81) im

Rahmen eines ordentlichen Rentenrevisionsverfahrens.

#### **E. 5**

E. 5.3.3.3 und 9C\_739/2014 vom 30. November 2015 E. 3.2). Eine fachärztlich festgestellte psychische Krankheit 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 Restarbeitsfähigkeit 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 2015 E. 5 und 8C\_731/2015 vom 18. April 2016 E. 4.1).

## **E. 6**

ATSG) gewesen sind; und c.

nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid ( Art.

### **E. 6.1**

Gestützt auf Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Verfahren für die unterliegende Partei kostenpflichtig. Die Kosten sind unabhängig vom Streitwert nach dem Verfahrensaufwand festzulegen und vorliegend auf Fr. 600.-- anzusetzen. Da die Beschwerdeführerin bezüglich des Rentenanspruchs an sich obsiegt (vgl. unten E. 6.2), sind die Kosten vollumfänglich der Beschwerdegegnerin aufzu erlegen. 6.2

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts rechtfertigt der Umstand allein, dass einem Beschwerdeführer in einem Beschwerdeverfahren eine geringere Teilrente als beantragt zugesprochen wird, noch keine Reduktion der Parteientschädigung, jedenfalls soweit der Aufwand nicht vom beantragten Umfang der Rente beeinflusst wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_466/2007 vom 25. Januar 2008 E. 5). Entsprechend ist die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine volle Prozessentschädigung ( § 34 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht [ GSVGer ]) zu bezahlen. Diese ist auf Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen. Das Gericht erkennt: 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 1. Februar 2016 aufgehoben und die bisher ausgerichtete ganze Rente der Invalidenversicherung wird per 1. April 2016 auf eine halbe Rente herabgesetzt. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 600.-- werden der Beschwerdegegnerin

auferlegt. Rechnung und Einzahlungsschein werden der

Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zugestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird

verpflichtet, der Beschwerdeführerin

eine Prozessentschädigung von Fr. 700.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Pro Infirmis Zürich - Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle - Bundesamt für Sozialversicherungen sowie an: - Gerichtskasse (im Dispositiv nach Eintritt der Rechtskraft) 5.

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 Die Gerichtsschreiberin Hurst Muraro

## E. 8

ATSG) sind.

Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60 % auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70 % auf eine ganze Rente ( Art. 28 Abs. 2 IVG).

## E. 11

. Juli 2006 (Urk. 6/55), Bericht über die interdisziplinäre Konsensbesprechung vom 8. August 2006 [Urk. 6/59], ergänzende Stellungnahme der A.\_\_\_\_ vom 28. November 2006 [Urk. 6/65]). Gestützt auf die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode mit somatischem Syndrom und Symptomen einer somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F32.11) war der Beschwerdeführerin von den Gutachtern für jegliche Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden ( vgl. insbesondere Urk. 6/55/4 f., Urk. 6/59 und Urk. 6/65 ), was schliesslich zur Zusprache einer ganzen Rente führte. 3.2

### 3.2.1

Im polydisziplinären Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 2. September 2014 (internistische, psychiatrische und orthopädische Untersuchung) wurden aus interdisziplinärer Sicht die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (Urk. 6/105 S. 19): - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1) - Koronare Eingefässerkrankung (ICD-10 I 25.1) - Status nach PTCA einer RCX-Stenose 07/2006 - Koronarographie 06/2008: stenosefreie Koronararterien, LVEF normal - kardiovaskuläre Risikofaktoren: positive Familienanamnese, Status nach Nikotinkonsum, metabolisches Syndrom Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden die folgenden genannt (Urk. 6/105 S. 19): - Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik (ICD-10 M54.80/Z98.8) - Status nach Heckauffahrkollision am 12. 4.1999 - Status nach dekompressiver Fensterung und Diskektomie LWK5/SWK1 beidseits und dekompressiver

Fensterung LWK4/5 rechts am 15. 9.2009 ( Dr.

D.\_\_\_\_, F.\_\_\_\_ ) - radiologisch keine relevanten Veränderungen an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule (MRI 23. 6.2010 und 23.4.2014) - keine höhergradige

Bewegungseinschränkung an zervikaler, thorakaler und lumbaler Wirbelsäule - Status nach retrokapitaler Metatarsale I -Osteotomie nach Kra mer links am 23. 8.2013 bei Hallux

valgus ( Dr. G.\_\_\_\_, H.\_\_\_\_ ) (ICD-10 Z98.8) - Status nach retrokapitaler Metatarsale

I-Osteotomie nach Kra mer rechts am 29.11.2013 bei Hallux

valgus (med. pract .

I.\_\_\_\_ , H.\_\_\_\_ ) (ICD-10 Z98.8) - im postoperativen Verlauf Wundinfekt - Status nach Karpaltunnel-Release der dominanten linken Seite am 11. 7.2014 bei linksbetontem Karpaltunnelsyndrom ( Dr.

J.\_\_\_\_ , H.\_\_\_\_ ) (ICD-10 G56.0 /Z98.8) - Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) - Metabolisches Syndrom - Diabetes mellitus Typ 2 (ICD-10 E11.9) - ohne medikamentöse Behandlung kompensiert (HbA1c 6.8 % ) - arterielle Hypertonie (ICD.10 I 10) - mit medikamentöser Behandlung eingestellt - Dyslipidämie (ICD-10

E78.0) - unter medikamentöser Behandlung kompensiert - erhöhte Leberwerte unklarer Ätiologie - Übergewicht (BMI 26 kg/ m<sup>2</sup> ) (ICD-10 E66.0) - Leichte Anämie (ICD-10 D50.0) Verdacht auf Eisenmangel

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde festgehalten, im Vordergrund der gesundheitlichen Beeinträchtigungen stehe das psychische Leiden. Die Beschwerdeführerin gebe an, sie fühle sich schlecht. Sie berichte über verschiedene körperliche Beschwerden. Bei der psychiatrischen Untersuchung sei eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, diagnostiziert worden. Die Stimmungslage sei bedrückt mit Affektlabilität, Unruhe und Ängstlichkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsunfähig. Im Weiteren werde die Verdachtsdiagnose einer somatoformen Schmerzstörung gestellt. Diese erkläre die von der Beschwerdeführerin vor allem vom Bewegungsapparat her angegebenen Beschwerden, welche somatisch nicht objektivierbar seien. Bei der orthopädischen Untersuchung sei ein chronisches paravertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Diskushernienoperation L4/5 und L5/S1 diagnostiziert worden. Radiologisch bestünden keine relevanten degenerativen Veränderungen.

Zusätzlich sei ein chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom diagnostiziert worden. Aus orthopädischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, wie sie diese früher ausgeübt habe, nicht eingeschränkt. Lediglich andauernd körperlich schwere Tätigkeiten seien ihr nicht mehr zumutbar. Bei der allgemeininternistischen Untersuchung sei eine koronare Herzkrankheit diagnostiziert worden. Es bestehe

sodann ein metabolisches Syndrom. Die medikamentöse Behandlung sei

jedoch gut eingestellt, und klinisch seien die Befunde kompensiert. Aus allgemeininternistischer Sicht seien der Beschwerdeführerin körperlich schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Im Übrigen sei die Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt.

Zusammengefasst sei sie aus polydisziplinärer Sicht für eine körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit, welche sie früher auch ausgeübt habe, zu 50 % arbeits- und leistungsfähig. Körperlich an dauernd schwere Tätigkeiten seien ihr hingegen nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdeführerin fühle sich nicht mehr arbeitsfähig. Aus medizinischer Sicht könne eine volle Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden. Negative Faktoren auf die subjektive Einschätzung seien die langjährige Krankenschreibung und die IV-Rente sowie ein sekundärer Krankheitsgewinn durch die Unterstützung der Familie. Die Einschränkungen im Alltag seien sodann nicht vollständig und teilweise auch auf eine Symptomausweitung zurückzuführen. Somatisch hätten sich keine ausreichenden

Erklärungen für die Beschwerden der Beschwerdeführerin ergeben. Es könne ihr daher zugemutet werden, in reduziertem Umfang einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Urk. 6/105 S. 20 f.; vgl. auch das internistische [Urk. 6/105 S. 23], das psychiatrische [Urk. 6/105 S. 12 f. ] sowie

das orthopädische Teilgutachten [Urk. 6/105 S. 17 f. ] ). Der begutachtende Psychiater hielt in seinem Teilgutachten im Wesentlichen fest, aus psychiatrischer Sicht könne aufgrund der chronifizierten depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 50 % attestiert werden. Die Beschwerdeführerin zeige einen deutlichen Interessensverlust im täglichen Leben, eine psychomotorische Unruhe, eine Minderung der Libido, der Geduld und der Konzentrationsfähigkeit. Daher sei ihr lediglich eine Verweistätigkeit von vier Arbeitsstunden pro Tag zumutbar. An diese Tätigkeit seien keine hohen Ansprüche an Effektivität und Produktivität zu stellen, und sie könne auf zwei Stunden morgens und zwei Stunden nachmittags aufgeteilt werden. Die aktuelle depressive Symptomatik stehe gegenüber der somatoformen Störung im Vordergrund. Es sei daher von einer selbständigen depressiven Störung auszugehen, respektive einer depressiven Störung, die sich über die Jahre verselbständigt habe. Die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit erfolge massgeblich auf Grund der depressiven Störung. Bei der Beschwerdeführerin seien nur wenige Ressourcen ersichtlich, sie ziehe sich meistens sozial zurück, Kontakte würden vor allem zu einer Schwester in Deutschland und zu zwei türkischen Nachbarinnen angehen. An den Wochenenden suche

sie

einen alevitischen Kulturverein auf, jedoch nicht aus eigenem Antrieb, sondern dem Ehemann zuliebe. Eine aus Sicht der Beschwerdeführerin bestehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit könne allerdings nicht bestätigt werden, da bei ihr eine Tendenz zur Symptomausweitung und eine demonstrierte Krankheitsrolle zu beobachten seien. Der behandelnde Psychiater, Dr. K.\_\_\_\_ ,

berichte in seinem letzten Arztbericht vom 16. November 2013 von einer rezidivierenden schweren depressiven Störung, welche allerdings durch die Behandlung stabilisiert sei. Eine über mehr als 10 Jahre hinweg anhaltende schwergradige depressive Störung ohne Suizidversuche und stationäre Behandlungen sei

indessen nicht vorstellbar. Die jetzige Behandlung sei weiterzuführen, zusätzliche Massnahmen könnten nicht empfohlen werden (Urk. 6/105 S. 12 f. ). 3.2.2

In den Berichten der C.\_\_\_\_ vom 7. Januar 2015 (Urk. 6/115) sowie vom 4. Februar 2015 (Urk. 6/120) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 12. Dezember 2014 bis am 29. Januar 2015 wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) , gestellt. Im Austrittsbericht vom 4. Februar 2015 wurde im Wesentlichen festgehalten, die Ablehnung des Antrages auf eine Invalidenrente (richtig: der Vorbescheid mit Ankündigung der Aufhebung der bestehenden ganzen Rente vom 21. November 2014 [Urk. 6/109]) habe zu einer massiven Verschlechterung der in Response bis Remission befindlichen Depression geführt. Die psychotischen Symptome seien (noch) nicht klar einzuordnen. Da die Beschwerdeführerin den Kontakt mit Mitpatienten offensichtlich genossen habe, sei sie für eine rehabilitative Therapie in der psychiatrischen L.\_\_\_\_ angemeldet worden. 3.2.3

Im Bericht vom 15. März 2015 (Urk. 6/130) attestierte Dr. D.\_\_\_\_

der Beschwerdeführerin aus neurologischer Sicht wegen anhaltenden Zervikalgie, Schulterschmerzen, Lumbalgie und einer Lumboischialgie links bei degenerativen Veränderungen auf mehreren Höhen im Lendenwirbelsäulenbereich eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 3.2.4

Im Bericht der E.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 (Urk. 6/133) über die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin in der L.\_\_\_\_ vom 5. Februar bis 13. Mai 2015 wurde die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit psychotischen Symptomen (ICD-10 F33.3) gestellt. Es wurde sodann festgehalten, während des stationären Aufenthaltes mit täglichen Therapien sei es zu einer erheblichen Verbesserung gekommen, sodass die depressiv-psychotischen Symptome weitestgehend remittiert seien, ebenso die zuvor bestehende Suizidalität. Eine verminderte Stresstoleranz und eine emotionale Labilität würden jedoch weiterhin bestehen. In Anbetracht der wesentlichen Besserung der Symptome während des stationären Aufenthaltes sei die Prognose grundsätzlich als günstig zu bewerten. Dies hänge allerdings davon ab, ob die im stationären Setting erreichte Besserung auch in den Alltag übertragbar sei. Prinzipiell sei eine Belastbarkeit im Umfang von mindestens zwei Stunden am Tag gegeben. 3.2.5

In ihrer

ergänzenden Stellungnahme vom 15. September 2015 führten die Gutachter des B.\_\_\_\_ im Wesentlichen aus (Urk. 6/135), die von Dr. D.\_\_\_\_ angegebenen klinischen Befunde würden mit jenen während der am 16. Juli 2014 durchgeführten orthopädischen Untersuchung übereinstimmen. Auch bezüglich der von Dr. D.\_\_\_\_ angeführten Bildgebung der HWS und LWS bestehe kein Widerspruch. Die genannten radiologischen Veränderungen würden aber nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeiten, einschliesslich jener im angestammten Bereich, führen. In diesem Zusammenhang sei zu bemerken, dass Dr. D.\_\_\_\_ nicht zwischen angestammter und angepasster Tätigkeit unterscheidet, sodass unklar bleibe, ob er selbst für körperlich sehr leichte Verrichtungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für gegeben halte. An der im Gutachten festgehaltenen Arbeitsfähigkeit sei daher klar festzuhalten. Bezugnehmend auf die Berichte der C.\_\_\_\_ sowie der E.\_\_\_\_ hielten die Gutachter fest, wahrscheinlich sei es zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik gekommen, welche jedoch vorübergehend gewesen sei und sich schliesslich gut behandeln lassen. Eine schwere und anhaltende psychotische Episode könne aus den Sinnestäuschungen, die sich um die Person des orthopädischen Gutachters rankten, nicht abgeleitet werden. Ansonsten könnte jeder Explorand mit Suizid und psychotischen Stimmen reagieren, um das Begutachtungsergebnis in seinem Sinne zu beeinflussen. Die angeblichen psychotischen Symptome würden selbst im Bericht der C.\_\_\_\_

als unklar bezeichnet. Sie entsprächen einer übersteigerten Enttäuschungsreaktion mit Pseudohalluzinationen. Typischerweise, so geht aus dem Bericht hervor, habe die angeblich psychotische Symptomatik zunächst auch nicht auf Neuroleptika angesprochen, was dafür spreche, dass die Beschwerdeführerin an der Enttäuschungsreaktion festgehalten habe. Es sei sodann zu erwarten, dass sich die im Gutachten geäusserte Einschätzung einer mittelgradigen depressiven Störung mit 50%iger Arbeitsfähigkeit nach Verarbeitung der Enttäuschungsreaktion wieder einstelle. Es sei bloss von einer vorübergehenden Verschlechterung auszugehen. 3.2.6

In seiner präzisierenden Stellungnahme vom 20. November 2015 (Urk. 6/142/1-2) führte Dr. D.\_\_\_\_ aus, er attestiere der Beschwerdeführerin sowohl für die angestammte als auch für eine angepasste Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Er sei der Ansicht, die Arbeitsfähigkeit sei in einer geschützten Werkstatt zu prüfen. 3.2.7

Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Bericht vom 20. November 2015 (Urk. 7/142/3-5) fest, die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter einer schweren Depression und erheblichen körperlichen Erkrankungen. Sie sei zu 100 % arbeitsunfähig. 4. 4.1

Das polydisziplinäre Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 2. September 2014 (Urk. 6/105) samt ergänzender Stellungnahme vom 15. September 2015 (Urk. 6/135) vermag die an eine beweiskräftige ärztliche Expertise gestellten Anforderungen voll umfänglich zu erfüllen (E. 1.5). So tätigten die Gutachter sorgfältige, umfassende Abklärungen, berücksichtigten die geklagten Beschwerden und begründeten ihre Einschätzung in nachvollziehbare Weise sowie in Auseinandersetzung mit den Vorakten. Die Gutachter legten die medizinischen Zusammenhänge und die medizinische Situation einleuchtend dar und begründeten ihre Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Dem Gutachten kommt somit volle Beweiskraft zu. 4.2

Obwohl die Diagnose im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache (E. 3.1) unverändert geblieben ist und nach wie vor eine mittelgradige depressive Symptomatik im Vordergrund steht (E. 3. 2.1 und E. 3.2.5), ist

mit Blick auf die erhobenen Befunde und persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen

(vgl. E. 1.1). Ein Vergleich der von der Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtungen geschilderten Tagesabläufe ergibt eine deutliche Zunahme der persönlichen Ressourcen: Bei der ersten Begutachtung hatte die Beschwerdeführerin noch berichtet, vorwiegend im Sessel zu sitzen, da sie weder Lust noch die Kraft habe, ihre Hausarbeit zu bewältigen. Sie sei innerlich unruhig und leide unter einer ausgeprägten Ermüdbarkeit, sei immer und wegen allen möglichen Dingen äusserst besorgt. Mit dem Lebenswandel ihrer Söhne sei sie nicht einverstanden, weshalb sie krank geworden sei (Urk. 6/55/3). Der Ehemann der Beschwerdeführerin hatte ebenfalls bestätigt, dass die Beschwerdeführerin keine Lust habe, irgendetwas zu unternehmen. Sie könne keinen Spass mehr empfinden und sei wenig belastbar. Sie habe keine Interessen und keinen Antrieb mehr. Tagsüber schlafe sie oder sitze in einem Sessel, des Nachts sei sie oft spät noch auf und schaue Fernsehen. Aufgrund ihrer fehlenden Belastbarkeit habe sie sich sozial zurückgezogen und gehe kaum mehr aus dem Haus. Wenn Besuch komme, ziehe sie sich spätestens nach einer halben Stunde zurück (Urk. 6/55/3). Bei der aktuellen Begutachtung im B.\_\_\_\_

gab die Beschwerdeführerin demgegenüber zur Auskunft, morgens irgendwann aufzustehen, vermutlich gegen 10.00

Uhr. Dann lege sie sich wieder aufs Sofa, nehme ihre Medikamente ein, unternehme später einen Spaziergang und kaufe unterwegs zum Beispiel ein Brot. Die Familie habe einen Schrebergarten, oftmals suche sie diesen auf. Nach Hause zurückgekehrt ruhe sie sich aus. Abends wolle der Ehemann nochmals zusammen mit ihr den Garten aufsuchen. An den Wochenenden begleite sie ihren Ehemann zu einem alevitischen Kulturverein. Dort sei sie während zwei bis drei Stunden anwesend. Ein Hobby übe sie nicht mehr aus. Sie treibe

auch keinen Sport, begeben sich jedoch zu gymnastischen Übungen in einer Rehaklinik dreimal die Woche à

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