

# **ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00710 vom 24. September 2018**

ZH Sozialversicherungsgericht, 2018-09-24, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh\\_sozialversicherungsgericht\\_IV.2017.00710](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/zh_sozialversicherungsgericht_IV.2017.00710)

FR: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00710 du 24 septembre 2018

IT: ZH\_SOZIALVERSICHERUNGSGERICHT IV.2017.00710 del 24 settembre 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

und 6). Am 17. Juli

2006 meldete sie sich bei der Invalidenversicherung zum Leistungsbezug an (Urk. 6/2). Mit Verfügung vom 13. Dezember 2007 (Urk. 6/32, Urk. 6/26) sprach die IV-Stelle Z.\_\_\_\_

ihr ab dem 1. März 2006 eine Viertelsrente und ab dem 1. Juni 2006 eine ganze Rente zu.

#### **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). 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**

Mitte).

Die Beschwerdeführerin sei im Jahr 2005 im D.\_\_\_\_ konsiliarisch psychiatrisch untersucht worden. Es seien rezidivierende Angstzustände diagnostiziert und eine antidepressive Behandlung mit Tolvon empfohlen worden. Im Austrittsbericht von Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2006 sei mitgeteilt worden, dass sich die Beschwerdeführerin unter psychologischer Beratung stabilisiert habe (S.

38 Ziff. 2.1 oben). Aktuell beunruhige sie die Angst um den Verlust der Rente. Seit sie die Nachricht betreffend die Begutachtung erhalten habe, sei es wieder zu Panikattacken-ähnlichen Zuständen gekommen (S. 38 Ziff. 2.1 unten). Nach einer Spritze Enbrel erfahre sie eine deutliche Verbesserung. Sie sei dann in der Regel schmerzfrei. Nur bei körperlicher Überlastung komme es zu Schmerzen. Die Beschwerdeführerin erkenne im Gespräch, dass sie dringend wieder professionelle psychiatrisch-psychologische Hilfe benötige (S. 39 oben). Sie habe angegeben, dass sie ein Arbeitspensum von 30 % bewältigen könne. Dagegen sei sie nicht in der Lage, psychosoziale Belastungen abzufedern. Diese lösten Angstreaktionen aus und es komme dann zu Blockierungen. Nach

Ressourcen befragt, habe sie erklärt, dass Ruhe für sie eine wichtige Ressource sei. Auch ihre Freundinnen seien für sie eine Ressource (S. 40 Ziff. 2.4).

Die Explorandin sei seit Juni 2012 nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung. Wegen der Untersuchung habe sie aus Angst drei Tabletten Temesta eingenommen (S. 40 Ziff. 2.5). 4.4 .2

Eine quantitative oder qualitative Bewusstseinsstörung habe zum Untersuchungszeitpunkt nicht vorgelegen. Die Beschwerdeführerin sei wach und zeitlich auf den Tag und das Jahr orientiert gewesen. Auch die örtliche Orientierung sei gegeben gewesen (S. 42 oben). Die Aufmerksamkeit und die Konzentration hätten während der gut zweistündigen Exploration gut gehalten werden können. Ein Abfall der Konzentration und der Aufmerksamkeit habe mit zunehmender Dauer der Exploration nicht bestanden. Die Beschwerdeführerin habe eine leichte innere Unruhe bei Ängsten um die Rente angegeben (S. 42 Mitte).

Klinisch fänden sich Hinweise für eine generalisierte Angststörung. Differentialdiagnostisch bestehe eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlich-abhängigen Anteilen (S. 43 Ziff. 1 oben).

Die Beschwerdeführerin sei am 30. November 2005 im D.\_\_\_\_

durch PD Dr. B.\_\_\_\_ untersucht worden, wobei die Untersuchung durch die Assistenzärztin Dr. C.\_\_\_\_

erfolgt sei. Diese habe die Beschwerdeführerin als sehr kämpferische, widerstandsfähige Person beschrieben, bei welcher sich unter Anhäufung verschiedener psychosozialer Probleme (midlifecrisis, Wohnungsprobleme, Beziehungsverlust) innerhalb von neun Monaten ein zunehmend agitiert-depressives Zustandsbild entwickelt habe. Von der Untersucherin seien zahlreiche IV-fremde Faktoren benannt worden. Der Bericht sei aus psychiatrischer Sicht rentenbe gründend gewesen. Dr. F.\_\_\_\_ habe die Diagnose anschliessend übernommen und in verschiedenen Berichten von 2006 von einem mittelschweren agitiert-depressiven Bild und einer Angststörung gesprochen. Im Verlauf habe er unter psychologischer Hilfestellung eine psychische Stabilisierung angegeben (S. 44

lit.

D unten).

Die Beschwerdeführerin habe eine schwierige Kindheit mit einem wohl persönlichkeitsgestörten, impulsiv-aggressiven Vater geschildert, der die Familie fortgesetzt gewalttätig (Messer, Pistole) bedroht habe. Sie sei in einem Klima der Angst aufgewachsen. Für die Selbstentwicklung hätten während der Zeit der Persönlichkeitsbildung problematische Bedingungen bestanden. Aufgrund der Störung der Persönlichkeitsbildung müsse von einer erhöhten psychischen Vulnerabilität ausgegangen werden. Im Jahr 2005 sei es unter Anhäufung psychosozialer Belastungsfaktoren zu einem ängstlich-agitiert-depressiv gefärbten Zustandsbild gekommen (S. 45 oben).

Die erhöhte Durchlässigkeit der Ich-Strukturen könne bei psychosozialen Überforderungssituationen zu affektiven Störungen mit einer Verkennung der Realität führen. Unter regelhaften Bedingungen sei jedoch davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nicht dauerhaft an Störungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung, der Realitätsprüfung, der Impulskontrolle und des Affektes leide. Bei der Untersuchung durch Prof. K.\_\_\_\_ habe

sie auch angegeben, dass sie jahrelang ohne psychische Beschwerden und ohne professionelle Hilfestellung und/oder psychopharmakologische medikamentöse Behandlung beschwerdefrei gewesen sei. Die Beschwerdeführerin verfüge über zahlreiche Ressourcen. Sie sei eine intelligente Frau mit guter schulischer und beruflicher Ausbildung. Weiter habe sie ein gefestigtes soziales Netzwerk. Aus psychiatrischer Sicht bestünden keine krankheitsbedingten Handicapierungen, so dass die Beschwerdeführerin auf ihre Ressourcen zugreifen könne (S. 45 unten). Das Verhalten sei während der Exploration konsistent mit den geklagten Beschwerden gewesen (S. 46 oben). Im Zusammenhang mit der stressbesetzten Situation der Untersuchung habe sich ein ängstlich-agitiertes Zustandsbild gezeigt. Depressive Symptome hätten dagegen nicht vorgelegen. Im Vergleich zur rentenbegründenden Situation könne daher von einem verbesserten Zustandsbild ausgegangen werden. Diagnostisch sei von einer generalisierten Angststörung auszugehen. Panikattacken lägen aktuell nicht vor. Das Störungsbild sei nur unter psychosozialen Belastungsfaktoren dekomponiert. Die depressive Episode sei remittiert (S. 46 Mitte).

Prof. K. \_\_\_ nannte als psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1). Als psychiatrische Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4) und Probleme durch negative Kindheitserlebnisse (ICD-10 Z 61, S. 47 lit. E. 1 und 2). 4.4.3

Die Arbeitsfähigkeit müsse aus psychiatrisch-versicherungsmedizinischer Sicht als qualitativ eingeschränkt betrachtet werden. Die Beschwerdeführerin sollte in einem stabilen Umfeld mit wohlwollenden Vorgesetzten arbeiten. Dabei könne sie aus psychiatrischer Sicht ein Vollzeitpensum verrichten. Die zuletzt ausgeübten Tätigkeiten seien als leidensgerecht einzustufen. Aus psychiatrischer Sicht habe zu keinem Zeitpunkt ein IV-relevanter Gesundheitszustand mit Einfluss auf die quantitative Arbeitsfähigkeit vorgelegen (S. 48 oben). 4.4.4

Dr. A. \_\_\_ und Prof. K. \_\_\_ führten in der bidisziplinären Beurteilung vom 23. Juli 2016 (Urk. 6/69/1-2) aus, die Beschwerdeführerin benötige eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne besondere manuelle Beanspruchung mit der Möglichkeit zu regelmässigen kurzzeitigen Pausen zum Durchbewegen. Zusätzlich benötige sie ein stabiles Umfeld mit einem wohlwollenden Vorgesetzten. In Nässe, Kälte oder bei grossen Temperaturschwankungen könne sie nicht arbeiten. Eine solche angepasste Tätigkeit könne sie zu 100% ausüben. Sie benötige aber pro halben Tag eine zusätzliche Pause von einer Stunde. Zusammenfassend könne sie die angestammten Tätigkeiten daher an sechs Stunden pro Tag ausüben, was einer Arbeitsfähigkeit von 75% entspreche. Die Tätigkeiten bei den Firmen J. \_\_\_ und I. \_\_\_ seien angepasst (S. 2). 4.5

Dr. A. \_\_\_ nahm am 28. Juli 2016 (Urk. 6/68) zuhanden der Beschwerdeführerin Stellung zu Vorwürfen der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin vom 21. Juli 2016.

Dr. A. \_\_\_ gab unter anderem an, der Aktenauszug des Gutachtens sei von ihrem Team erstellt worden. Am Vortag der Untersuchung habe sie von Dr. F. \_\_\_ eine CD mit Röntgenbildern erhalten, welche sie studiert habe (S. 1 oben). Weiter sei behauptet worden, ihr sei bei der Untersuchung nicht bekannt gewesen, dass die Explorandin noch erwerbstätig sei. Sie habe aber sehr wohl Kenntnis gehabt von den beiden Arbeitsstellen der Explorandin (S. 1 Mitte).

Die von der Beschwerdeführerin mitgebrachten Röntgenbilder habe sie unmittelbar vor der Untersuchung ausgiebig angeschaut (S. 2 Mitte). 4.6

Pract. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Arbeitsmedizin, RAD, führte in einer Stellungnahme vom 11. August 2016 (Urk. 6/70 S. 4 f.) aus, das bidisziplinäre Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. K.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2016 sei umfassend, beruhe auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtige die geklagten Beschwerden und sei in Kenntnis der Vorakten erstellt worden. Das Gutachten sei weiter nachvollziehbar und plausibel in den Schlussfolgerungen. Es könne darauf abgestellt werden.

Als Belastungsprofil kämen körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten in Frage ohne besondere manuelle Beanspruchung mit der Möglichkeit zu regelmäßigen kurzzeitigen Pausen. Zu vermeiden seien Tätigkeiten in Nässe, Kälte oder mit grossen Temperaturschwankungen. Zudem sei ein stabiles Arbeitsumfeld mit einem wohlwollenden Vorgesetzten erforderlich (S. 4 f.). Für die bisherige Tätigkeit als Office Managerin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 75 % (S. 5 oben). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit 2006 deutlich verbessert. Die seit Dezember 2005 verwendete Medikation sei weiterhin gut wirksam. Die Dosis sei deutlich reduziert worden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Depression im Vergleich zum Vorbefund remittiert (S. 5). 4.7

Dr. F.\_\_\_\_ führte in einer Stellungnahme vom 12. September 2016 (Urk. 6/76) aus, das Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ beinhalte eine akribische Aktenzusammenstellung. Das Röntgendossier sei aber nicht durchgesehen worden. Auf das medizinische Problem der die Arbeitsfähigkeit einschränkenden Spondylitis ankylosans sei sodann nur oberflächlich eingegangen worden. Die Patientin sei offensichtlich nur flüchtig untersucht worden. Unter anderem seien eine synoviale Schwellung und die Einschränkung der Beweglichkeit des rechten Handgelenkes überhaupt nicht beschrieben worden.

Aktuell seien Synovitiden mehr des rechten als des linken Handgelenkes festzustellen sowie der rechten Fingergrundgelenke II und III, des rechten oberen Sprunggelenkes neben einer entzündlichen Segmentaktivität bei C1/2 linksbeidseitig, Th4/5, Th9/10 (hochaktiv) sowie am Atlantodentalgelenk, am Costovertebralgelenk bei Th3 rechts, Th5 links und Th7 rechts. Zudem bestünden multiple periphere Sekundärarthrosen, insbesondere eine schwere Radiokarpalarthrose des rechten Handgelenkes, worauf im Gutachten überhaupt nicht eingegangen worden sei. Auch die hinsichtlich der einschränkenden Auswirkungen wichtigen Befunde der Ankylosierungen bei C0/1 und C2-4 sowie der polysegmentalen Instabilitäten (C4/5 und C5/6, Funktionsaufnahmen vom 25. Mai 2016) seien nicht diskutiert und in der Diagnoseliste des Gutachtens schon gar nicht aufgeführt worden (S. 2 Mitte).

Obwohl es sich bei der Gutachterin um eine Rheumatologin handle, unterscheide sie nicht zwischen den entzündlich bedingten und dadurch potentiell reversiblen Manifestationen und den irreversiblen postinflammatorischen Veränderungen (Ankylosierungen und Instabilitäten der Wirbelsäule sowie der Sekundärarthrosen), wobei sie auch nicht auf deren Auswirkungen eingegangen sei. Entsprechend vermöge das Teilgutachten die postulierte Arbeitsfähigkeit von 75 % nicht zu begründen. Wie im Bericht vom 9. August 2006 dargelegt, sei unter anderem die Haltungsleistung aufgrund des Wirbelsäulenbefalles mit Ankylosierungen, zervikalen Instabilitäten und sekundären Tendomyosen der Paravertebralmuskulatur vermindert mit Einschränkungen beim Sitzen, Stehen und Gehen.

Der peri phere polyartikuläre entzündliche und vor allem der sekundärarthrotische Befall (einschliesslich sämtlicher Fingerendgelenke) führten zu Einschränkungen so wohl bei feinmotorischen (Hände) als auch bei Kraft erfordernden manuellen Ver richtungen (S. 2 unten).

Die Gutachterin habe eine deutliche Verbesserung des Gesundheitszustandes seit 2006 behauptet, die auf den Einsatz des TNF-Blockers Enbrel seit Dezember 2005 zurückzuführen sei. Die Behauptung treffe nicht zu, weil die bisherige Bewertung der Arbeitsfähigkeit in den Berichten vom 9. August 2006 und vom 6. März 2007 die Besserung unter Enbrel seit Dezember 2005 schon beinhaltet habe . Seit diesen Arztberichten sei es nicht zu einer Besserung, sondern zu einer Verschlechterung gekommen. Insbesondere hätten die körperlichen Einschränkungen im Rahmen eines chronischen zervikozephalen Syndroms linksbetont zugenommen aufgrund einer im Gutachten überhaupt nicht diskutierten Progredienz der postinflamma torischen sekundärarthrotischen

HWS -Veränderungen . Auch die Entzündungs aktivität und die schwergradige Sekundärarthrose des Radiokarpalgelenkes rechts hätten zugenommen neben dem neu manifestierten entzündlichen Befall des rechten Sprunggelenkes. Dies alles habe natürlich zu vermehrten Funktionsein schränkungen geführt . Insbesondere habe zum Zeitpunkt des Gutachtens auch eine systemische (humorale) Entzündungsaktivität bestanden (S. 2 f.).

Die aktuelle Arbeitsfähigkeit sei auf 30 % beziehungsweise allerhöchstens auf 40 % einzuschätzen. Insbesondere gelte es zu berücksichtigen, dass die Patientin zur Aufrechterhaltung ihrer körperlichen Leistungsfähigkeit viele Ressourcen zur Ausübung einer regelmässigen Physiotherapie und zahlreicher weiterer Fitness aktivitäten benötige. Es sei ihr gelungen, die Teilarbeitsfähigkeit trotz der schwe ren Erkrankung des Bewegungsapparates längerfristig zu bewahren. Dies, auch wenn sie bei einer Neigung zur Selbstüberforderung und aufgrund der äusserst labilen psychisc hen Situation immer wieder zu de kompensieren drohe (S. 3). 4.8

Dr. A.\_\_\_\_ führte in einer fälschlicherweise mit 28. Juli

2016 datierten Stellungnahme ( Urk. 6/79 = Urk. 6/80 S. 1 ) nach Eingang der Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. September 2016 aus, dieser habe festgestellt, dass die Akten im rheumatologischen Teilgutachten akribisc h zusammengestellt worden seien, womit er Recht habe. Unklar sei, weshalb er dennoch behaupte, dass sie das Röntgendossier nicht angesehen hätte . Sie habe am Vort ag der Untersuchung, am Sonntag , den 10. Juli 2016, die CD mit den Röntgenbildern studiert. Anlässlich der Untersuchung habe die Explorandin sodann zahlreiche ältere bildgebende Unterlagen mitgebracht, die sie, Dr. A.\_\_\_\_ , sich vor der Besprechung angesehen habe. Erstaunlich sei die Behauptung, dass die Explorandin nur flüchtig un tersucht worden wäre. Tatsächlich habe die ganze Untersuchung etwas mehr als zwei Stunden gedauert. Es sei nicht anzunehmen, dass Dr. F.\_\_\_\_ jeden Patienten mehr als zwei Stunden untersuche. Im Tarmed -Tarif sei für eine umfassende rheu matologische Untersuchung (Position 00.0440) insgesamt eine Raumbelungszeit von 25 Minuten festgelegt.

Eine synoviale Schwellung des rechten Handgelenkes habe bei der Untersuchung eindeutig nicht vorgelegen.

Die von Dr. F.\_\_\_\_ behaupteten polysegmentalen Instabilitäten bei C4/5 und C5/6 seien mit der veranlassten Skelettszintigraphie mit SPECT-CT der ganzen Wirbelsäule und des Beckens vom 15. Juli 2016 explizit nicht bestätigt worden. Die Region von C4/5 und C5/6 sei im SPECT-CT nicht vermehrt aktiv und ohne den geringsten bildgebenden Hinweis auf eine Instabilität. Zusammenfassend handle es sich um keine neuen Angaben von Dr. F.\_\_\_\_, die die Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit

ändern würden. 4.9 4. 9 .1

PD Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, führte im Privatgutachten vom 7. Februar

2017 (Urk. 6/86/3-11) gestützt auf die klinische Untersuchung vom 20. Januar

2017 aus, bei der Patientin liege gemäss Erstdiagnose von 1982 eine Spondylitis ankylosans vor. Diese sei vom kompetenten behandelnden Rheumatologen konsequent behandelt worden sei. Die Patientin sei einerseits erfolgreich mit Biologika behandelt worden, so dass die Entzündungsaktivität zurückgegangen sei. Eine Szintigraphie und eine CT-Untersuchung vom 15. Juli 2016 hätten aber noch eine Entzündungsaktivität gezeigt. Auch die Laboranalysen hätten eine Entzündungsaktivität ergeben. Wie sehr die letztere durch einen Infekt bedingt sei, lasse sich nicht mit letzter Sicherheit sagen. Entscheidend für den Krankheitszustand der Patientin sei auch die Fehlform der Wirbelsäule mit Ankylosierung von Bereichen der HWS und der BWS, wie dies im SPECT CT beschrieben worden sei. Klinisch bestehe dies in einer verminderten Beweglichkeit der Wirbelsäulen-Abschnitte und einer starken Skoliose. Die Schädigung führe zu einer verminderten Belastbarkeit der ganzen Wirbelsäule, was Dr. F.\_\_\_\_ über Jahre gesehen und beschrieben habe (S. 5 unten).

Es sei nicht untypisch, dass bei Frauen die Bechterewsche Erkrankung ausgeprägter im Bereich der HWS vorliege. Bei der Patientin sei dies objektivierbar und führe zu nachvollziehbaren Schmerzen. Die über Jahrzehnte entstandene Fehlform der Wirbelsäule könne auch durch eine höhere Dosierung von Enbrel nicht mehr beeinflusst werden und führe zu konstanten Schmerzen. Aus der Erfahrung mit Biologika wisse man, dass eine vollständige Remission vor allem bei fortgeschrittenen Fällen kaum zu erreichen sei. Bei der Patientin bestehe sodann im Bereich der LWS eine Versteifung der Iliosakralgelenke. Dies führe unweigerlich zu einer mechanischen Mehrbelastung der unteren Segmente der LWS (S. 6 oben). Zudem bestehe eine Skoliose. Beide Aspekte zusammen (Skoliose und Ankylose) führten zu einer verstärkten Belastung der LWS. Dementsprechend sei nicht erstaunlich, dass die paravertebrale Muskulatur vermehrt Haltearbeiten leisten müsse und überlastet sei. Dies zeige sich in den von Dr. F.\_\_\_\_ beschriebenen Tendomyosen. Für die Patientin bedeute dies, dass die Muskulatur bei der Dekompensation vermehrt schmerze. Auch dieser Teil des Krankheitsbildes könne mit Biologika nicht mehr beeinflusst werden, da es sich um statisch mechanische Faktoren handle und nicht um primäre entzündliche Abläufe.

Die Patientin sei an zwei Arbeitsplätzen optimal integriert, wobei sie ihre Arbeitszeit selber regulieren könne. Der Arbeitgeber könne die Patientin mit ihren Problemen und ihrer Leistung. Zudem könne sie ideal die Arbeit und ihren Haushalt kombinieren. Weiter habe sie genügend Zeit für das notwendige Training und für Ruhephasen. Bei den statischen Bedingungen der Wirbelsäule benötige die Patientin beides, Training und Ruhephasen. Es sei daher absolut nachvollziehbar, dass sie maximal zu 30 % arbeiten könne (S. 6 unten). 4.

## 9.2

Dr. M. \_\_\_ nannte als Diagnosen ein panvertebrales Syndrom bei Spondylitis ankylosans und sekundärer Skoliose (S. 7 Ziff. 1).

Dr. M. \_\_\_ verneinte die Frage nach einer erheblichen Verbesserung des Gesundheitszustandes seit der Rentenzusprache im Dezember 2007. Die Beschwerdeführerin werde seit Jahren durch Dr. F. \_\_\_ kompetent betreut. Dieser könne den Verlauf am besten beurteilen. Nach seinen Ausführungen liege klar keine relevante Verbesserung seit 2007 vor. Diese Aussage werde durch die 2016 durchgeführten Untersuchungen einer Szintigraphie und eines Spect-CT unterstützt. Die bildgebenden Verfahren bestätigten eine immer noch vorhandene entzündliche Aktivität, was auch durch die Laboruntersuchung bestätigt werde. Es bestehe eine Verbesserung des Zustandsbildes, aber keine Remission. Eine solche sei leider auch unter Biologika häufig nicht zu erreichen. Die Verbesserung sei zudem schon zwischen 2005 und 2007 eingetreten. Dass sich die Fehlform der Wirbelsäule zwischen 2007 bis jetzt nicht verbessert habe, sei ohnehin klar. Zusammenfassend bestehe keine relevante Verbesserung der Erkrankung in dem Sinne, dass sich daraus eine erhöhte Arbeitsunfähigkeit (richtig: Arbeitsfähigkeit) ableiten liesse. Die Wirkung von Etanercept sei sodann bereits 2006 zum Tragen gekommen. Dies erlaube es der Patientin überhaupt, in der bestehenden Form zu arbeiten. Eine weitere Verbesserung betreffend die Entzündungen sei aufgrund der Akten und der zuletzt erhobenen Befunde nicht eingetreten (S. 7 Ziff. 2). 4.10

Dr. A. \_\_\_ führte in einer weiteren Stellungnahme vom 17. März

2017 (Urk. 6/89) aus, Dr. F. \_\_\_ habe im Bericht vom 6. März 2007 keine Abgrenzung der Auswirkung der somatischen und der psychiatrischen Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit vorgenommen. Eine Stellungnahme zu den Berichten von Dr. F. \_\_\_ vom 9. August 2006, vom 7. Dezember 2010 und vom 25. April 2016 sei daher nicht möglich (S. 1 Mitte). Die Beschwerdeführerin habe jedoch im Fragebogen an die Beschwerdegegnerin vom 3. August 2006 angegeben, dass sie konstante sehr starke Schmerzen und Schwellungen an praktisch allen peripheren Gelenken und Sehnen habe (insbesondere Hände, Ellenbogen, Schulter-/Nackengebiet, Kniegelenke, Füße und Knie). Seither sei es offensichtlich zu einer deutlichen Besserung gekommen. Bei der Untersuchung durch Dr. A. \_\_\_ habe die Beschwerdeführerin zwar über Schmerzen im Nacken und in der rechten Hand geklagt. Dagegen habe sie nicht mehr über Schmerzen im Bereich der BWS, der LWS oder der ISG und auch nicht über Schmerzen in anderen peripheren Gelenken geklagt. Auch die Schwellungen hätten sich deutlich gebessert. Gelenksergüsse, Synovitiden oder druckdolente oder überwärmte Gelenke seien nicht vorhanden gewesen. Diese Befunde habe auch PD Dr. M. \_\_\_ in seinem Gutachten bestätigt (S. 1 f.).

Sie, Dr. A. \_\_\_, habe im rheumatologischen Teilgutachten eine leichte s-förmige Skoliose beschrieben. Soweit PD Dr. M. \_\_\_ in seinem Gutachten eine starke Skoliose (entsprechend einem Cobb-Winkel von über 70°) notiert habe, bestehe eine solche eindeutig nicht. Im Gutachten von PD Dr. M. \_\_\_ vom 7. Februar 2017 seien zusammenfassend keine neuen Befunde dokumentiert worden, die zu einer Änderung ihrer Beurteilung führten (S. 2 unten). 5.5.1

Die Beschwerdeführerin leidet an einer Spondylitis ankylosans mit Befall der Wirbelsäule und weiterer Gelenke, die

1982 diagnostiziert wurde .

Seit Dezember 2005 wird

sie mit Etanercept behandelt . Die aktuelle Dosis Enbrel beträgt 25 mg alle zwei Wochen

(E. 4.2 und 4.3.1 hiervor ). Der behandelnde Rheumatologe Dr. F.\_\_\_\_

übernahm

zudem die Einschätzung von PD Dr. B.\_\_\_\_ und Dr. C.\_\_\_\_

gemäss dem psychiatrischen Konsilium vom 30. November 2005 und diagnostizierte von psychiatrischer Seite

eine generalisierte Angststörung und ein rezidivierendes agitiert-depressives Zustandsbild ( vgl. E. 3.4). Gestützt auf die Einschätzung durch Dr. F.\_\_\_\_ wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügungen der IV-Stelle Z.\_\_\_\_ vom 13. Dezember 2007 ( Urk. 6/32) ab dem 1. März 2006 eine Viertelsrente und ab dem 1. Juni 2006 eine ganze Rente zugesprochen.

Nach dem interdisziplinären Gutachten von Dr. A.\_\_\_\_ und Prof. K.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2016 hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, namentlich hinsichtlich der rheumatologischen Beschwerden verglichen mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache verbessert.

Dr. A.\_\_\_\_

kam

zum Ergebnis, dass in den aktuellen Tätigkeiten bei der J.\_\_\_\_ und der I.\_\_\_\_ eine

Arbeitsfähigkeit von 75 %

anstatt der tatsächlich ausgeübten 30 % besteht ( vorstehend E. 4.3.4).

Gemäss Prof. K.\_\_\_\_

ist die Beschwerde führerin von psychiatrischer Seite in quantitativer Hinsicht nicht in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt (E. 4.3.3). Im Vordergrund stehen die somatischen Beschwerden, nachdem Dr. F.\_\_\_\_ bereits im Verlaufsbericht vom 6. März 2007 über eine Verbesserung des psychischen Zustandsbildes berichtet hatte (E. 3.6 hiervor).

Abweichend zur Beurteilung durch Dr. A.\_\_\_\_

verneinte der behandelnde Rheumatologe

eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und attestierte

für eine Bürotätigkeit unverändert eine Arbeitsfähigkeit von 30 %. PD Dr. M.\_\_\_\_ verneinte im Privatgutachten vom 7. Februar 2017 ebenfalls, dass es zu einer Verbesserung gekommen sei (E. 4.2 und 4.9.2 hiervor). 5.2

Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis). 5.3

Die Stellungnahme von Dr. F.\_\_\_\_ vom 12. September 2016 und das

Privatgutachten von PD Dr. M.\_\_\_\_ vom 7. Februar

2017 vermögen Zweifel daran zu wecken, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wie von Dr. A.\_\_\_\_

dargelegt, massgeblich verbessert hat.

Dr. A.\_\_\_\_ begründete eine gesundheitliche Verbesserung unter anderem mit der Wirkung des Medikamentes Enbrel (E. 4.3.3 hiervor). Gegen diese Einschätzung spricht, dass die Beschwerdeführerin das Mittel bereits seit Dezember 2005 verschrieben erhält. Die positive Wirkung war zum Zeitpunkt der Rentenzusprache

im Dezember 2007 bereits eingetreten, worauf Dr. F.\_\_\_\_ und PD Dr. M.\_\_\_\_

in ihrer Kritik am Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_

hinwies (E. 4.7 und E. 4.9.2 hiervor). Folglich ist davon auszugehen, dass Dr. F.\_\_\_\_ die Wirkung von Etanercept

zum Zeitpunkt der Berichte vom 9. August 2006

und vom 6. März

2007

mit einer attestierten Restarbeitsfähigkeit von 30% bereits Rechnung getragen

hatte. Eine weitere Verbesserung seit diesem Zeitpunkt ist nicht anzunehmen. PD Dr. M.\_\_\_\_

legte dar, dass

eine vollständige Remission bei fortgeschrittenen Fällen trotz der Einnahme von Biologika kaum zu erreichen sei. Zudem könnte auch eine höhere Dosisierung von Enbrel die über Jahrzehnte entstandene und schmerzhaft

Fehlform der Wirbelsäule nicht beeinflussen (E.

4.9.1). Dem von PD Dr. M.\_\_\_\_ beschriebenen Aspekt einer verstärkten Belastung der Lendenwirbelsäule durch eine Skoliose und eine Ankylose, die zur Folge habe, dass die paravertebrale Muskulatur vermehrt Haltearbeiten leisten müsse und überlastet sei (E. 4.9.1), wurde von Dr. A.\_\_\_\_ nicht Rechnung getragen. Des Weiteren vermag nicht zu überzeugen, dass Dr. A.\_\_\_\_ für die Beurteilung der Verhältnisse zum Zeitpunkt der Rentenzusprache auf einen von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragebogen betreffend Erwerbstätigkeit und Haushalt vom 3. August

2006 (vgl. Urk. 6/3 S.

2 Mitte) abstellte. Die Beschwerdeführerin hatte darin Schmerzen an praktisch allen peripheren Gelenken und Sehnen angegeben. Korrekterweise sind indessen die zum Zeitpunkt der Rentenzusprache vorliegenden Arztberichte inklusive einer ärztlichen Beurteilung und nicht

die allein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin in einem Fragebogen für die Prüfung einer allfälligen Verbesserung heranzuziehen.

Dr. F.\_\_\_\_ wies in der Stellungnahme vom 12. September 2016 sodann auf eine synoviale Schwellung und eine eingeschränkte Beweglichkeit des rechten Handgelenkes hin, die im Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ nicht beschrieben worden seien (E. 4.7 hiervor). Weiter wies er auf multiple periphere Sekundärarthrosen und eine schwere Radiokarpalarthrose des rechten Handgelenkes hin, worauf im Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_

ebenfalls nicht eingegangen worden sei (E. 4.7). Dr. A.\_\_\_\_ bestritt etwa das Vorliegen einer synovialen Schwellung des rechten Handgelenkes während der Untersuchung (E. 4.8). Nachdem sich Dr. F.\_\_\_\_ je doch

im gegenteiligen Sinn äusserte, erscheint der Nachweis einer gesundheitlichen Verbesserung insofern als nicht erbracht.

Im Weiteren lässt sich trotz des von Dr. A.\_\_\_\_

erwähnten erhöhten Pausenbedarfs der Beschwerdeführerin

nicht nachvollziehen,

wie sie zu einer Restarbeitsfähigkeit von exakt 75 % gelangte. Auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. A.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2016 kann aus diesen Gründen

nicht abgestellt werden. Auch den sonstigen Akten lässt sich nicht entnehmen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit sich seit Dezember 2007 verbessert und überwiegend wahrscheinlich (die blosse Möglichkeit einer tatsächlichen Verbesserung genügt nicht; Urteile des Bundesgerichts 9C\_631/2012 vom 7. Dezember

2012, 8C\_959/2012 vom 3. April

2013 E. 2.4) zu einer Steigerung der verwertbaren Leistungsfähigkeit geführt haben könnten. Stattdessen ist gestützt auf den Bericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 25. April 2016, seine Stellungnahme vom 12. September 2016 und das Gutachten von PD Dr. M.\_\_\_\_ vom 7. Februar 2017 davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache

nicht verändert hat. Für die derzeit ausgeübten Bürotätigkeiten ist daher

weiterhin von einer Restarbeitsfähigkeit von 30 % auszugehen. 5.4

Zusammenfassend ist eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 30 % auf 75 % zwischen Dezember 2007 und Mai 2017 beweismässig nicht ausreichend abgestützt. Fehlt es an einer überwiegend wahrscheinlichen anspruchserheblichen Änderung des Sachverhalts, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand.

Die Voraussetzungen einer Wiedererwägung ( Art. 53 Abs. 2 ATSG) sind ebenfalls nicht erfüllt. Die seinerzeitige Zusprechung einer ganzen Invalidenrente kann nicht als offensichtlich unrichtig bezeichnet werden. Es bleibt somit beim bisherigen Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine ganze Rente. 6.

### **E. 1.3**

Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung,

Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108; vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_297/2016 vom 7. April 2017 E. 2.2, nicht publiziert in: BGE 143 V 77, aber in SVR 2017 IV Nr. 51 S. 152). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauf folgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts 9C\_599/2016 vom 29. März 2017 E. 3.1.2 unter Hinweis auf 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 3.1.2).

2.

2.1

Die Beschwerdegegnerin stellte in den Erwägungen des angefochtenen Entscheides (Urk. 2) fest, sie habe ein rheumatologisches und ein psychiatrisches Teilgutachten veranlasst. Aus den Gutachten gehe hervor, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2006 deutlich verbessert habe. Die Medikation zur Behandlung der Spondylitis ankylosans sei weiterhin gut wirksam. Die Dosis sei deutlich reduziert worden. Aus psychiatrischer Sicht sei die diagnostizierte Depression im Vergleich zu den Vorbefunden remittiert. Die Angststörung habe sich verbessert (S. 1 unten).

Es sei der Beschwerdeführerin seit Juli 2016 möglich, die bisherige Tätigkeit als Office Managerin zu 75 % auszuüben. Die Angabe gelte bei einer Anwesenheit von 100 % mit einem erhöhten Pausenbedarf von einer Stunde pro halben Tag. Die Arbeitsunfähigkeit betrage somit 25 %. Dies entspreche einem Invaliditätsgrad von 25 % (S. 2 oben).

Die Beschwerdeführerin brachte zum rheumatologischen Teilgutachten

von

Dr. med. A.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, vom 23. Juli 2016 unter anderem vor, nach Einschätzung der Gutachterin könne die Arbeitsfähigkeit von 30 % auf 75 % gesteigert werden. Die Verbesserung begründe sie mit der Einnahme des Medikaments Enbrel. Auf die weiteren ärztlichen Stellungnahmen hierzu, wonach die Beschwerdeführerin das Medikament schon seit bald zwei Jahren einnehme, sei die Gutachterin

nicht eingegangen. Offensichtlich habe die von ihr behauptete Verbesserung durch das Medikament schon in der Zeit bis zur Berentung stattgefunden habe (Urk. 1 S. 9 f. Ziff.

## **E. 6**

/84, Urk. 6/87, Urk. 6/93) vor und reichte ein Privatgutachten (Urk. 6/86/3-11) ein. Mit Verfügung vom 19. Mai 2017 (Urk. 6/95 = Urk. 2) hob die IV-Stelle die laufende Rente für die Zukunft auf. 2.

Die Versicherte erhob am 21. Juni 2017 Beschwerde gegen die Verfügung vom 19. Mai 2017 (Urk. 2) und beantragte, diese sei aufzuheben und es sei die IV-Stelle zu verpflichten, ihr die gesetzlichen Leistungen auszurichten und weiterhin eine ganze Rente zu bezahlen (Urk. 1 S. 2 Ziff. 1-2 oben).

Die IV-Stelle beantragte mit Beschwerdeantwort vom 29. August 2017 ( Urk. 5) die Abweisung der Beschwerde. Dies wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Oktober 2017 zur Kenntnis gebracht ( Urk. 7). Das Gericht zieht in Erwägung: 1.

#### **E. 6.1**

Da es um die Bewilligung oder Verweigerung von Versicherungsleistungen geht, ist das Verfahren kostenpflichtig. Die Gerichtskosten sind nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert festzulegen ( Art. 69 Abs. 1 bis

des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG). Vorliegend sind die Kosten auf Fr. 800.-- festzulegen und der unterliegenden Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

#### **E. 6.2**

Nach § 34 Abs. 1 des Gesetzes über das Sozialversicherungsgericht ( GSVGer ) hat die obsiegende Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache, der Schwierigkeit des Prozesses und dem Mass des Obsiegens bemessen ( § 34 Abs. 3 GSVGer ).

Der anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin ist in Anwendung des gerichtsüblichen Stundenansatzes von Fr. 220.-- (zuzüglich Mehrwertsteuer) eine Parteientschädigung von Fr. 2'500.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu zusprechen. Das Gericht erkennt: 1.

In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Sozialversicherungsanstalt des Kantons Zürich, IV-Stelle, vom 19. Mai 2017 aufgehoben und es wird festgestellt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente hat. 2.

Die Gerichtskosten von Fr. 800.-- werden der Beschwerdegegnerin auferlegt.

Rechnung und Einzahlungsschein werden der Kostenpflichtigen nach Eintritt der Rechtskraft zu gestellt. 3.

Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Prozessentschädigung von Fr. 2'500.-- (inkl. Barauslagen und MWSt) zu bezahlen. 4.

Zustellung gegen Empfangsschein an: - Rechtsanwältin Regula Aeschlimann Wirz - 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

**E. 6.3**

und 6.4).

Weiter wäre zu erwarten gewesen, dass sich die Gutachterin mit der zentralen Frage der Einschränkungen aufgrund einer Fehlf orm der Wirbelsäule und weite rer Einschränkungen detailliert äussere. Die von ihr genannte Arbeitsfähigkeit stelle eine reine Behauptung dar, ohne dass diese nachvollziehbar begründe wor den wäre ( Urk. 1 S. 10 f. Ziff. 7.4). 2.3

Streitig und zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verglichen mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache vom 1 3. Dezember 2007 ver bessert hat und ob die Beschwerdegegnerin die laufende Rente

zu Recht revisi onsweise auf gehoben hat. 3. 3.1

PD Dr. med. B.\_\_\_\_ , Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. C.\_\_\_\_ , Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin und für Rheumatologie, Assistenzärztin, D.\_\_\_\_ , führte n

über ein psychiatrisches Konsilium vom 3 0. November 2005 ( Urk. 6/9/21-22) aus, die Patientin wünsche eine psychiatrische Beurteilung bei rezidivierenden Angstzu ständen im Rahmen einer psychosozialen Überlastung ssituation . Diese bestehe einerseits durch eine Ruhestörung in der Wohnung der Beschwerdeführerin und andererseits durch die unsichere Situation bezüglich der medikamentösen Ein stellung der Grunderkrankung.

Die Patientin zeige sich psychisch sehr überlastet. Sie weine viel und habe aus geprägte Ängste ( S. 1 unten). PD Dr. B.\_\_\_\_

und Dr. C.\_\_\_\_ stellten ein mittelschweres, agitiert-depressive s Zustandsbild bei einer 42-jähr igen Patientin fest mit Morbus Bechterew sowie mit multiplen psychosozialen Belastungen (Be ziehungsverlust, Wohnungsprobleme, midlifecrisis , ICD-10 F32.11). 3.2

Die Ärzte der Rheumaklinik und des Institutes für Physikalische Medizin, D.\_\_\_\_ , stellten im Austrittsbericht vom 7. Dezember

2005 ( Urk. 6/7/13-16) nach einer

Hospitalisation

im D.\_\_\_\_ , die

vom 2 9. November bis 8. Dezember 2005 gedauert hatte, folgende Diagnosen (S. 1): - Spondylitis ankylosans , M. Bechterew, Erstdiagnose 1982 - mittelschwer agitiertes depressives Zustandsbild - Osteopenie , T-Score Lendenwirbelsäule

Weiter wurde ausgeführt, beim Eintritt in die Klinik hätten sich klinisch milde Synovitiden der PIP -Gelenke II, III und V rechts sowie II links und des MCP Gelenkes II gezeigt. Die rechte Schulter sei in der Abduktion schmerzhaft, jedoch nicht eingeschränkt gewesen. Im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der Brustwirbelsäule (BWS) hätten sich eine eingeschränkte Flexion und Extension um 1-2/3 gezeigt sowie eine eingeschränkte Seitneigung im Bereich der BWS um 1-2/3 ( S. 1 unten). Laborchemisch persistiere eine humorale Aktivität (S. 2 oben).

Die Patientin habe bisher mit einem Pensum von 80 %

bei einem Fonds-Manager gearbeitet (S. 2 Mitte). 3.3

Dr. med. E.\_\_\_\_, Assistenzärztin, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, für Physikalische Medizin und Rehabilitation und für Rheumatologie, Chefarzt, G.\_\_\_\_, führten im Austrittsbericht vom 16. Januar 2006 (Urk. 6/7/4-9) nach einem stationären Reha-Aufenthalt der Beschwerdeführerin

aus, die Zuweisung sei erfolgt zur Therapie eines M. Bechterew sowie zur Stabilisierung einer ausgeprägten agitierten Depression. Zur Therapie der Grunderkrankung sei eine Woche nach Eintritt in die Klinik das Medikament Enbrel eingesetzt worden. Die Schmerzen und die Schwellungen hätten sich daraufhin bereits nach einer Woche stark zurück gebildet (S. 2 unten). Auch bezüglich der psychischen Situation habe sich eine starke Verbesserung ergeben. Die zu Beginn verabreichten Benzodiazepine hätten nach zwei Wochen vollständig sistiert werden können. Im Rahmen der psychologischen Gespräche sei zusätzlich zu einer Depression die Diagnose einer generalisierten Angststörung gestellt worden und es seien Bewältigungsstrategien mit der Patientin erarbeitet worden. Vor dem Austritt habe sie sich

ein Supinationstrauma des rechten Sprunggelenkes zugezogen

(S. 3 oben).

Dr. E.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_ attestierten für die angestammte Tätigkeit medizinisch-theoretisch und bis auf Weiteres eine Arbeitsfähigkeit von 30 %

(S. 3 unten). 3.4

Dr. F.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 9. August 2006 (Urk. 6/7/1-3) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 1

lit. A.): - Spondylitis ankylosans (bestehend seit 1982) - HLA-B27 positiv - peripherer polyartikulärer Befall - Status nach Therapie mit Methotrexat und Sulfasalazin, 1988, sistiert wegen Intoleranz - Status nach Therapie mit Infliximab, Januar 2003 bis Juli 2005, initial sehr gutes Ansprechen, sistiert wegen Ineffektivität und Verdacht auf Infliximab-induziertes lupusähnliches Syndrom - Status nach Therapie mit Adalimumab, Juli bis September 2005, sistiert wegen Ineffektivität - aktuell unter Therapie mit Etanercept seit Dezember 2005 befriedigend supprimierte Krankheitsaktivität - generalisierte Angststörung (zirka seit 2005) - rezidivierendes agitiert-depressives Zustandsbild (zirka seit 2005)

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte Dr. F.\_\_\_\_

eine schwergradige

Osteopenie (S. 1 lit. A).

Zur Arbeitsfähigkeit gab er an, für die Tätigkeit als KV-Angestellte habe vom 28. November 2005 bis 15. Januar 2006 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %

bestanden. Seit dem 16. Januar 2006 bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % (S.

1 lit. B). Aufgrund des entzündlichen Wirbelsäulenbefalls mit Ankylosierung und sekundären Tendomyosen der Paravertebralmuskulatur sei die Haltungsleistung vermindert. Dies führe zu Limitierungen beim Sitzen, Stehen und Gehen. Der periphere polyartikuläre Befall einschliesslich sämtlicher Fingerendgelenke führe zu Einschränkungen sowohl bei

feinmotorischen (Hände) als auch bei Kraft erfordern den Verrichtungen. Zudem bestünden Limitierungen infolge einer generalisierten Angststörung und eines rezidivierenden agitiert-depressiven Zustandsbildes (S. 3 lit. A.1). Die bisherige Tätigkeit sei während zirka 2.5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei die Zeit für notwendige Pausen über den Tag zu verteilen sei (S.

3 lit. A.2). Bei der aktuellen Tätigkeit handle es sich bereits um eine sehr gut angepasste Arbeit mit der Möglichkeit zur selbständigen Einteilung über den Tag (S. 3 lit. B.2.3). 3.5

Dr. F. \_\_\_ korrigierte seine Angaben zur Arbeitsfähigkeit in einem Schreiben vom

4. Dezember

2006 (Urk. 6/12/1). Er gab an, er habe im Arztbericht vom 9. August 2006 versehentlich eine Arbeitsunfähigkeit von 30 %

bescheinigt. Für die Tätigkeit als KV-Angestellte

betrage die Arbeitsunfähigkeit seit dem 16. Januar 2006 jedoch 70 % . 3.6

Im

Verlaufsbericht vom 6. März 2007 (Urk. 6/16) bezeichnete Dr. F. \_\_\_ den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär (S. 1 Ziff. 1). Zum Verlauf gab er an, die Krankheitsaktivität der Spondylitis ankylosans sei unter der seit Dezember 2006 durchgeführten Therapie mit Etanercept befriedigend supprimiert. Der Verlauf von Seiten der generalisierten Angststörung und des rezidivierenden agitiert-depressiven Zustandsbildes sei ebenfalls günstig. Im Zusammenhang mit einem Wohnungsumzug im Januar

2007 habe die psychiatrische Symptomatik wieder etwas zugenommen, wobei es aber bereits wieder zu einer Verbesserung gekommen sei (S. 1 Ziff. 3).

Seit dem 9. August 2006 werde stationär eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % attestiert (S. 2 Ziff. 1). Es bestünden störende Nacken- und Kreuzschmerzen so wohl in Ruhe als auch bei Belastung mit Limitierungen beim Sitzen, Stehen und Gehen. Zudem bestünden störende Schmerzen, eine verminderte Kraft und eine beeinträchtigte Koordination der Hände (S. 2 Ziff. 3). Dr. F. \_\_\_ führte zu den erhobenen Befunden aus, die Bewegungsamplituden der HWS seien global um etwa 1/2 eingeschränkt. Die Bewegungsamplituden der BWS und der Lendenwirbelsäule (LWS) seien zu 2-3/3 eingeschränkt. Weiter bestünden sekundäre Tendomyosen der Paravertebralmuskulatur. An den Händen liessen sich

Synovitiden

mehrerer Fingerend- und -Mittelgelenke fassen sowie volare Tendovaginitiden beidseits. Der entzündliche Wirbelsäulenbefall mit Ankylosierung und Tendomyosen der Paravertebralmuskulatur führe zu einer stark verminderten Haltungsleistung mit Limitierungen beim Sitzen, Stehen und Gehen. Der periphere Gelenksbefall an den Händen bedinge Einschränkungen bei Kraft und Feinkoordination erfordernden Verrichtungen (S. 2 Ziff. 4).

Aus rein rheumatologischer und somatischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit (beratende und administrative Tätigkeit im kaufmännischen Bereich) mit 30 % zu bemessen (S. 2 Ziff. 6). 3.7

Dr. med. H.\_\_\_\_, Regionalärztlicher Dienst (RAD), gab in einer Stellungnahme vom 4. Mai 2007 (Urk. 6/19 S. 1 f.) zuhanden der IV-Stelle Z.\_\_\_\_ an, die Beschwerdeführerin werde von einem Psychologen der G.\_\_\_\_, mitbetreut. Die psychische Störung zeige einen günstigen Verlauf. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit sei vor allem somatisch bedingt. Nach Rücksprache mit einem rheumatologischen Facharzt könne auf den Verlaufsbericht von Dr. F.\_\_\_\_ vom 6. März 2007 abgestellt werden. Für eine angepasste Tätigkeit sei daher eine Restarbeitsfähigkeit von 30 % ausgewiesen. (S. 1). 4. 4.1

Dr. F.\_\_\_\_ stellte im Bericht vom 7. Dezember 2010 (Urk. 6/47) neu die Diagnose eines progredienten zervikozephalen Schmerzsyndroms links bei Sekundärarthrose des Atlantoaxialgelenkes links (CT der HWS vom 9. November 2010, S. 1 Ziff. 1.1).

Der behandelnde Arzt führte weiter aus, die Rotationsamplitude der HWS sei nach rechts auf 35° und nach links auf 20° eingeschränkt. Die Bewegungsamplituden der BWS und LWS seien global auf 2/3 bis 3/3 eingeschränkt. Der Finger-Boden-Abstand betrage 9 cm. Weiter bestünden starke segmentale Störungen der unteren Kopfgelenke und der unteren HWS neben sekundären Tendomyosen der gesamten Paravertebralmuskulatur (S. 2 Ziff. 1.7). Eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne besondere manuelle Beanspruchung sei der Beschwerdeführerin mit einem Pensum von etwa 30 %

zumutbar (S. 3 Ziff. 1.7). 4.2

Dr. F.\_\_\_\_

bestätigte im Verlaufsbericht vom 25. April 2016 (Urk. 6/54)

einen stationären Gesundheitszustand (S. 1 Ziff. 1.1). Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er (S. 1 f. Ziff. 1.2): - Spondylitis ankylosans (bestehend seit 1982) - HLA-B27 positiv - panaxialer ankylosierender Befall - Ankylosierungen

HWK 0/1, HWK 2-4 und HWK 7/BWK 1 (CT HWS vom 9. November 2010) - peripherer polyartikulärer Befall - Status nach Yttriumsynoviorthese Knie rechts 1988 und links 1992 - Status nach Vorfussskorrekturen links Juli 2002 und rechts Juli 2010 - Status nach diversen Therapien - Basistherapie mit Etanercept seit Dezember 2005 mit befriedigender Suppression der Krankheitsaktivität - aktuell: progredientes zervikozephalales Schmerzsyndrom links bei Sekundärarthrose des Atlantoaxialgelenkes links (CT HWS vom 9. November 2010) - generalisierte Angststörung (bestehend zirka seit 2005) - rezidivierendes agitiert-depressives Zustandsbild (bestehend zirka seit 2005)

Dr. F.\_\_\_\_ führte weiter aus, trotz fortgesetzter Anti-TNF-Therapie müsse von einer residuellen axialen Krankheitsaktivität an der Halswirbelsäule ausgegangen werden mit schleichender zunehmender Beweglichkeitseinschränkung. Bei der generalisierten Angststörung und einer rezidivierenden agitiert-depressiven Episode bestehe ein günstiger Verlauf (S. 2 Ziff. 3.3). Dr. F.\_\_\_\_

attestierte

für die bisherigen und für eine angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 30 % (S. 2 Ziff. 2.1). 4.3 4.3.1

Dr. A.\_\_\_\_ erstattete am 23. Juli 2016 im Rahmen eines interdisziplinären Gutachtens das rheumatologische

Teilgutachten (Urk. 6/64). Die Gutachterin führte zum Lebenslauf der Beschwerdeführerin aus, diese sei aktuell seit dem 1. Januar 2016 mit einem Pensum von 10 % bei der I.\_\_\_\_ und mit einem Pensum von 20 % bei der J.\_\_\_\_ angestellt. Vom 1. Januar 2006 bis 31. Dezember 2015 habe sie im Bereich Buchhaltung, Office- und HR-Administration und Compliance ein Arbeitspensum von 30 % ausgeübt. Zuvor habe sie ein solches von 80 % ausgeübt (S. 3 Ziff. 4 unten).

Die Beschwerdeführerin spritze sich jede zweite Woche Enbrel 25mg. Dies helfe ihr. Sie wisse, dass sie nur etwa ein Viertel der üblichen Dosis verwende. Gegen Schmerzen nehme sie bei Bedarf eine Tablette Voltaren 50mg rapid, zuletzt am 7. Juni 2016. Selten nehme sie zur Beruhigung eine Tablette Temesta (S. 36 Ziff. 7.4). 4.3.2

Dr. A.\_\_\_\_ stellte folgende rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 45 Ziff. 9.1): - Spondylitis ankylosans (Erstdiagnose 1982) - kongenital HLA B27 positiv mit - Wirbelsäulen- und peripherem Befall - Wirbelsäule (Szintigraphie mit SPECT-CT der ganzen Wirbelsäule, Juli 2016)

- peripher (Szintigraphie mit SPECT-CT Hände und Füße Juli 2006 - Therapie mit den TNF-Blocker - Infliximab (Remicade) von Januar 2003 bis Juli 2005 mit initial sehr guter Wirkung - Adalimumab (Humira), Juli bis September

2005, sistiert wegen Ineffektivität - Enbrel (Etanercept) seit Dezember 2005, aktuell gute Wirkung bei niedriger Enbrel-Dosis (12.5 mg/Woche)

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte die Gutachterin (S. 46 Ziff. 9.2): - Hypercholesterinämie - Vitamin D-Mangel (Erstdiagnose Februar 2003) - aktuell 66 nmol/l - Osteoporose (Erstdiagnose Februar 2003) mit - wirksamer medikamentöser Therapie und Zunahme der Knochendichte - Status nach operativer Hallux-Korrektur links Juli

2001 und Revision Juli

2002 - mit eingeschränkter aktiver Dorsalextension und - Hallux

valgus beidseits - Status nach operativer Korrektur von Hammerzehen III rechts und II/III links - Status nach Supinationstrauma rechts am 11. Januar 2006 mit Ruptur des Lig. fibulotalare

ant. mit konservativer Therapie - Status nach Basaliom am rechten Unterlied mit - operativer Entfernung, September 2007 4.3.3

Bereits beim Vater der Beschwerdeführerin sei eine Spondylitis ankylosans aufgetreten. Es handle sich um eine vererbte Krankheit, die früher auch Morbus Bechterew genannt worden sei. Im Jahr 1982 sei die

HLA B27-positive Spondylitis ankylosans diagnostiziert worden. Es sei zu einem axialen Befall fast der ganzen Wirbelsäule und zahlreicher peripherer Gelenke gekommen. Anfänglich sei sie mit dem Schmerzmittel NSAR und mit Kortison, später jeweils kurzfristig mit verschiedenen Basismitteln behandelt worden. Ab Januar 2003 habe sie den TNF-Blocker Infliximab erhalten, der initial sehr gut gewirkt habe. Im Juli 2005 sei das Medikament

aber wegen Ineffektivität, Antikörper-Bildung und wegen Verdachts auf einen Infliximab-induzierten systemischen Lupus

erythe matodes abgesetzt worden . Seit Dezember 2005 werde sie mit dem TNF -Blocker Enbrel ( Etanercept ) behandelt. Die Behandlung sei wirksam . Die Dosis sei auf 25 mg alle zwei Wochen reduziert worden , was einem Viertel der Normaldosis pro Woche entspreche (S. 47 Ziff.

## **E. 10**

unten).

Die Ganzkörper-Skelettszintigraphie mit SPECT-CT der ganzen Wirbelsäule und der Hände und Füße vom Juli 2016 habe im Bereich der Wirbelsäule

knöcherne Ankylosen von C7 bis Th7, bei L5/S1, im Bereich beider ISG und der Symphyse mit nur geringen entzündlichen Aktivitäten ergeben. Mässig vermehrte entzündliche Aktivitäten seien im Bereich des Dens

axis sowie in den Kostovertebralgelenken Th3 rechts, Th5 links und Th7 rechts zu erkennen. Deutlich erhöhte entzündliche Aktivitäten seien im Bereich von C1/2 mit schwerer erosiver

Spondylarthrose , bei Th4/5 sowie Th9/10 mit erosiver

Osteochondrose vorhanden. Im Bereich der Hände seien die Karpalregion rechts mehr als links vermehrt entzündlich aktiv sowie die MCP-Gelenke II und III, ebenfalls mehr rechts als links. Das rechte obere Sprunggelenk sowie das MTP III-Gelenk zeigten vermehrte entzündliche Aktivitäten. Die Ganzkörper-Skelettszintigraphie habe keine vermehrten entzündlichen Aktivitäten im linken Fuss sowie beidseits in den Knien, den Hüften, den Schultern, den Ellenbogen und in den Kiefergelenken ergeben (S. 48 oben). Eine ausgedehnte Blutuntersuchung habe erhöhte Entzündungszeichen (Blutsenkung und C-reaktives Protein) ergeben, vermutlich wegen der akuten Bronchitis sowie der Spondylitis ankylosans . Weiter hätten eine deutliche Hypercholesterinämie und ein leichter Vitamin D-Mangel bestanden. Der Rheumafaktor und die Anti-Citrullinantikörper seien weiterhin normal gewesen. Das Beruhigungsmittel Temesta sei im Blut nicht nachweisbar gewesen (S. 48 Mitte).

Die Explorandin habe der IV-Stelle Z.\_\_\_\_ am 3. August 2006 berichtet, dass sie konstante sehr starke Schmerzen und Schwellungen an praktisch allen peripheren Gelenken und Sehnen (Hände, Ellenbogen, Schultern, Kiefer, Füße und Knie) habe . Offensichtlich gähe es ihr nun deutlich besser. Die Ganzkörper-Skelettszintigraphie (Juli 2016) zeige keine vermehrten entzündlichen Aktivitäten im Bereich der Ellenbogen, der Schultern, des Kiefers, der Knie oder im linken Fuss. Bei der Beschwerdeführerin sei 1982 die vererbte Krankheit Spondylitis ankylosans diagnostiziert worden. Es sei zu einem Befall fast der ganzen Wirbelsäule und zahlreicher peripherer Gelenke gekommen. Die damals vorhandenen Medikamente hätten das Fortschreiten der Erkrankung aber kaum bremsen können, so dass es zu knöchernen Ankylosen von C7 bis Th7, L5/S1, beider ISG und der Symphyse gekommen sei. Ab Januar

2003 sei sie mit dem damals neuen TNF Blocker Infliximab behandelt worden , das initial sehr wirksam gewesen sei. Im Juli 2005 sei das Mittel sistiert worden.

Ab Dezember 2005 sei die Beschwerdeführerin mit dem gut wirksamen TNF-Blocker Enbrel behandelt worden (S. 48 unten).

Durch die Behandlung habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin eindeutig gebessert. Es bestünden jedoch noch deutliche Residuen aus der Zeit vor der TNF-Behandlung. Ebenso bestünden noch einige Bereiche mit vermehrten entzündlichen Aktivitäten (S. 49). 4.3.4

Die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung angegeben, dass sie die Arbeit bei der Firma I.\_\_\_\_ teilweise von zu Hause aus verrichten könne. Sie sei durch die Spondylitis ankylosans limitiert. Die angestammten Büroarbeiten bei der J.\_\_\_\_

und der I.\_\_\_\_ seien angepasst. Diese Tätigkeiten könne sie bezogen auf ein Pensum von 100 % zu 100 % ausüben. Dabei benötige sie pro halben Tag

zusätzlich eine Stunde Pause für Lockerungsübungen. Die Beschwerdeführerin könne die angestammten Tätigkeiten daher an sechs Stunden pro Tag ausführen, was einer Arbeitsfähigkeit von 75 % entspreche (S. 51 oben).

Aus den Unterlagen gehe nicht eindeutig hervor, wann die Besserung eingetreten sei. Die attestierte Arbeitsfähigkeit gelte daher seit dem Datum der rheumatologischen Untersuchung vom 11. Juli 2016 (S. 51 Ziff. 11.2). Bei den angestammten Tätigkeiten handle es sich um adaptierte Tätigkeiten (S. 5 Ziff. 11.3). Die Beschwerdeführerin benötige eine körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne besondere manuelle Beanspruchung mit der Möglichkeit zu regelmässigen kurzzeitigen Pausen zum Durchbewegen. In Nässe, Kälte oder bei grossen Temperaturschwankungen könne sie nicht arbeiten (S. 5 Ziff. 11.4).

Die Beschwerdeführerin verwende seit längerem nur noch eine Dosis von 12.5

mg Enbrel pro Woche, was nur einem Viertel der Normaldosis von 50 mg pro Woche entspreche. Die Dosis sei offensichtlich nicht ganz ausreichend, weil weiterhin einige entzündliche Aktivitäten bestünden, wie die Ganzkörper-Skelettszintigraphie vom Juli

2016 ergeben habe. Es sei daher eine Erhöhung der Dosis notwendig. Die Beschwerdeführerin sei von ihrem Rheumatologen bereits darauf hingewiesen worden (S. 52 Ziff. 12.1).

Auf die Frage nach einer Veränderung gab Dr. A.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit 2006 deutlich verbessert. Dies sei auf den Einsatz des TNF-Blockers Enbrel seit Dezember 2005 zurückzuführen. Die neu attestierte Arbeitsfähigkeit gelte seit dem 11. Juli 2016 (S. 61 Ziff. 14). 4.4.4.1

Das psychiatrische Teilgutachten von Prof. Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie und für Psychiatrie und Psychotherapie, datiert vom 18. Juli 2016 (Urk. 6/69/3-51).

Prof. K.\_\_\_\_ führte aus, bei der Untersuchung seien keine Hinweise für eine Verdeutlichung oder Aggravation und auch keine Simulationszeichen wahrnehmbar gewesen (S. 33 lit. B.1). Der Bruder der Beschwerdeführerin leide an einer rezidivierenden depressiven Störung und an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung. Auch ihr Vater habe an einer derartigen Störung gelitten (S. 33 Ziff. 1.1). Die Beschwerdeführerin habe in der Zeit der Persönlichkeitsbildung eine schwer belastete Lebenssituation mit multiplen physischen und psychischen Traumatisierungen erlebt. Diese Zeit sei von Bedrohungen, emotionaler Unsicherheit, Grenzüberschreitungen und ständiger Angst geprägt gewesen. Weiter habe sie zu Hause viel arbeiten müssen. Zuneigung, Trost und Liebe habe sie kaum erfahren (S. 34 Ziff.

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