



**Fall-Nr.:** IV 2013/429  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 15.05.2020  
**Entscheiddatum:** 01.06.2015

### **Entscheid Versicherungsgericht, 01.06.2015**

**lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen zur Änderung des IVG vom 18. März 2011. Rentenleistung zu Recht einer Überprüfung im Sinne der Schlussbestimmungen unterzogen. ZIMB-Gutachten beweiskräftig. Foerster-Kriterien mehrheitlich nicht erfüllt. Keine ausnahmsweise Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung. Aufhebung der bisherigen Rente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 1. Juni 2015, IV 2013/429).**

Entscheid Versicherungsgericht, 01.06.2015

Präsidentin Lisbeth Mattle Frei, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und

Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber Daniel Furrer

#### **Entscheid vom 1. Juni 2015**

in Sachen

**A.\_\_\_\_,**

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Roland Zahner, Studer Anwälte AG, Hauptstrasse 11a, Postfach 2125, 8280 Kreuzlingen,

gegen

**IV-Stelle des Kantons St. Gallen,** Postfach 368, 9016 St. Gallen,



### Beschwerdegegnerin,

betreffend

### Rentenrevision (Einstellung 6a)

#### Sachverhalt:

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich am 6. Mai 2003 zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Mit Verfügung vom 22. Januar 2004 sprach die IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Versicherten ab 1. März 2003 eine ganze IV-Rente basierend auf einem Invaliditätsgrad von 100% zu (IV-act. 18 und 20). Dabei stützte sie sich auf den Bericht von Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 21. Mai 2003, in welchem dieser mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit den Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom, differentialdiagnostisch somatoforme Schmerzstörung festhielt; ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hielt er multiple Angiolipome sowie ein Leberhämangiom im Segment VII fest; die Versicherte sei wegen subjektiv unerträglichen Schmerzen seit 13. März 2002 100% arbeitsunfähig (IV-act. 10). Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, diagnostizierte im Bericht vom 8. Juli 2003, ein Fibromyalgiesyndrom, eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4); die Versicherte sei zu 100% arbeitsunfähig. Wegen andauernder Unruhe und Agitiertheit durch multiple Beschwerden und theatralischem Verhalten sei sie keinem Arbeitsumfeld zumutbar (IV-act. 12).

A.b Mit Mitteilung vom 3. Juli 2006 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass bei einer Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden sei. Bei einem Invaliditätsgrad von 100% bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 48).

A.c Im Juli 2011 leitete die IV-Stelle eine Revision ein (IV-act. 51). Dr. B.\_\_\_\_ berichtete am 19. Oktober 2011 über einen unveränderten Gesundheitszustand (IV-act. 56). Dr. C.\_\_\_\_ ging im Bericht vom 28. Dezember 2012 unverändert von einer 100%igen



## St.Galler Gerichte

Arbeitsunfähigkeit aus; er diagnostizierte zusätzlich eine rezidivierende depressive Störung schwankenden Ausmasses (ICD-10: F33.11) seit ca. 2009, aktuell mittelgradige Ausprägung (IV-act. 60).

A.d Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 20. und 21. November 2011 im Zentrum für Interdisziplinäre Medizinische Begutachtungen AG (ZIMB) untersucht. Im Gutachten vom 10. Februar 2013 (ZIMB-Gutachten) wurde keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein generalisiertes Schmerzsyndrom ohne organisches Korrelat im Sinne einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), ein episodischer Kopfschmerz, nicht sicher ätiologisch einordbar (Differenzialdiagnose: Spannungskopfschmerzen, Migräne, medikamentös induzierte Kopfschmerzen, Clusterheadache), eine Hemihypästhesie rechts ohne sichere organische Ursache (Differentialdiagnose: funktionell), eine Lipomatosis cutis bei Status nach Exzision mehrerer kutaner Angiolipome sowie Adipositas Grad I bei BMI von 31.4 kg/m<sup>2</sup> und hypertonen Blutdruckwerten diagnostiziert. Sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Metallarbeiterin bzw. Reinigungskraft als auch in allen entsprechenden Verweistätigkeiten wurde ihr eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit attestiert (IV-act. 72).

A.e Mit Vorbescheid vom 25. März 2013 stellte die IV-Stelle der Versicherten in Aussicht, die Rente aufzuheben. Es habe ein pathogenetisch-ätiologisch unklares syndromales Leiden ohne nachweisbare organische Grundlage zur Rentenzusprache geführt. Den medizinischen Unterlagen seien keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen, welche aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründen würden. Es würden auch keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schweren Funktionseinschränkungen vorliegen. Zudem würden keine weiteren Kriterien in erheblichem Ausmass vorliegen, die eine Schmerzüberwindbarkeit in Frage stellen würden. Somit bestehe für die Zukunft kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (IV-act. 77). Mit Schreiben vom 26. März 2013 bot die IV-Stelle der Versicherten Unterstützung beim Wiedereinstieg ins Berufsleben an (IV-act. 78).

A.f Mit Einwand vom 25. April 2013 und nachgereichter Begründung vom 6. Mai 2013 beantragte die Versicherte die Aufhebung des Vorbescheids vom 25. März 2013. Es sei



ihr die bisherige Rente weiterzugewähren. Eventualiter seien weitere medizinische (psychiatrische) Abklärungen zu treffen. Subeventualiter seien ihr Eingliederungsmassnahmen (Integrationsmassnahmen zur beruflichen Eingliederung, Berufsberatung, Umschulung oder Arbeitsvermittlung) zu gewähren (IV-act. 82 und 84). Die Versicherte legte einen Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. April 2013 bei, in welchem dieser das ZIMB-Gutachten in diversen Punkten kritisierte (IV-act. 84-6 ff.).

A.g Mit Verfügung vom 17. Juli 2013 hielt die IV-Stelle am Vorbescheid vom 25. März 2013 fest und hob die Rente mit Beginn des zweiten Monats nach Zustellung der Verfügung auf (IV-act. 86).

B.

B.a Gegen diese Verfügung richtet sich die vorliegend zu beurteilende Beschwerde vom 4. September 2013. Die Beschwerdeführerin beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Aufhebung der Verfügung vom 17. Juli 2013. Ihr sei weiterhin eine ganze Rente der Invalidenversicherung auszurichten. Eventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung zurückzuweisen. Sie begründet dies im Wesentlichen damit, dass massive Zweifel an der Seriosität und Unabhängigkeit des federführenden Hauptgutachters, Dr. med. D.\_\_\_\_, bestünden. Weiter macht sie diverse Mängel am ZIMB-Gutachten geltend (act. G 1). Der Beschwerde war ein Bericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 14. August 2013 beigelegt (act. G 1.3).

B.b Mit Beschwerdeantwort vom 21. November 2013 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass kein Anlass bestehe, von der Einschätzung der Gutachter abzuweichen. Insbesondere der begutachtende Psychiater habe seine Schlussfolgerungen in Kenntnis und nach ausführlicher Auseinandersetzung mit den Angaben des behandelnden Psychiaters abgegeben (act. G 6).

B.c Mit Replik vom 13. Januar 2014 hält die Beschwerdeführerin vollumfänglich an der Beschwerde fest (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete mit Schreiben vom 23. Januar 2014 auf die Einreichung einer Duplik (act. G 10).

### **Erwägungen:**



1.

Zwischen den Parteien ist die Renteneinstellung umstritten.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Rentenaufhebung einzig auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20, 6. IV-Revision), wonach Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung unter dem Gesichtspunkt der seit BGE 130 V 352 verschärften Praxis neu überprüft werden. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; Erwerbsunfähigkeit) nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn der Tatbestand von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht verwirklicht ist.

2.2 Nach BGE 140 V 197, E. 6.2.3 sind vom Anwendungsbereich von lit. a der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision laufende Renten nur auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen auf erstere Anwendung finden.

2.3 Ausgangspunkt für die Bemessung der Invalidität bildet die Frage, ob und in welchem Ausmass es einer versicherten Person zumutbar ist, trotz ihres Gesundheitsschadens ein Erwerbseinkommen zu erzielen. In Art. 7 Abs. 2 ATSG, der mit der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wird festgelegt, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit wurde gesetzlich verankert, dass die Zumutbarkeit nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person, sondern nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Art. 7 Abs. 2 ATSG schreibt somit auf Gesetzesstufe das Erfordernis der Objektivierbarkeit fest, was seit jeher galt (BGE 135 V 215 E. 7.3).

3.



## St.Galler Gerichte

3.1 In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die der Beschwerdeführerin zugesprochenen Rentenleistungen auf einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden.

3.2 Die ursprüngliche Rentenzusprache (Verfügung vom 22. Januar 2004, IV-act. 18 und 20) stützte sich in medizinischer Hinsicht auf die Beurteilungen des Hausarztes Dr. B.\_\_\_\_ und des behandelnden Psychiaters Dr. C.\_\_\_\_.

3.3 Im Arztbericht vom 21. Mai 2003 diagnostizierte Dr. B.\_\_\_\_ den Verdacht auf ein Fibromyalgiesyndrom mit der Differentialdiagnose somatoforme Schmerzstörung. Er berichtete, dass die Beschwerdeführerin von rasch zunehmenden Schmerzen vorerst im Rücken-Nackebereich, dann in Beinen und Armen, jetzt generalisiert berichte. Seit der frühen Jugend würden multiple Lipome (histologisch Angiolipome) bestehen, welche die Beschwerdeführerin sehr beunruhigen würden, sie reagiere praktisch neurotisch darauf. Sie fühle sich seit Januar 2002 zu 100% arbeitsunfähig bedingt durch schwere invalidisierende Schmerzen. Sie sei völlig überzeugt, die Schmerzen seien direkte Folge ihrer multiplen subcutanen Lipome, welche jedoch diagnostiziert als Angiolipome kaum einen Zusammenhang mit dem Krankheitsbild hätten. Aus hausärztlicher Sicht scheine eine schwere Schmerzverarbeitungsstörung vorzuliegen, dies bei einer neurotisch gefärbten Persönlichkeit (IV-act. 10-1 ff.).

3.4 Im Bericht vom 16. Mai 2003 gegenüber der Krankentaggeldversicherung hielt Dr. C.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin wiederhole die Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Den Versuchen, die Möglichkeit einer psychischen Ursache zu diskutieren, widersetze sie sich hartnäckig (IV-act. 12-7). Im Arztbericht vom 8. Juli 2003 diagnostizierte Dr. C.\_\_\_\_ ein Fibromyalgiesyndrom, eine Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.0) und eine histrionische Persönlichkeitsstörung (ICD-10: F60.4; IV-act. 12-1).

3.5 Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin kommt eine Rentenrevision gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen nicht nur dann zur Anwendung, wenn die



Rente ausschliesslich aufgrund unklarer Beschwerden zugesprochen wurde. Vom Anwendungsbereich sind nur laufende Renten auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen (vgl. BGE 140 V 197 E. 6.2).

3.6 Aus den genannten Arztberichten, auf welche sich die Rentenzusprache stützte ergibt sich, dass die zu Grunde gelegte Arbeitsunfähigkeit auf einem Fibromyalgiesyndrom, einer Somatisierungsstörung und einer histrionischen Persönlichkeitsstörung beruhen. Sowohl Dr. B.\_\_\_\_ als auch Dr. C.\_\_\_\_ führten in ihren Berichten aus, dass keine körperlich begründbaren Symptome vorliegen würden, welche die dargestellten Beschwerden rechtfertigen würden. Damit ist der Tatbestand von Abs. 1 lit. a der Schlussbestimmungen erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat die Rentenleistungen der Beschwerdeführerin zu Recht einer Überprüfung im Sinne der Schlussbestimmungen unterzogen.

4.

4.1 Die Aufhebung der Rentenleistung gemäss lit. a der Schlussbestimmungen setzt weiter voraus, dass bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 17. Juli 2013 keine rentenbegründende Invalidität bestanden hat.

4.2 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens, so auch einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, setzt zunächst eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus. Wie jede andere psychische Beeinträchtigung begründet indes auch eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung als solche noch keine Invalidität. Vielmehr besteht nach der Auffassung des Bundesgerichts eine Vermutung, dass die somatoforme Schmerzstörung oder ihre Folgen mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar sind. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern, können den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess unzumutbar machen, weil die versicherte Person alsdann nicht über die für den Umgang mit den Schmerzen notwendigen Ressourcen verfügt. Ob ein solcher Ausnahmefall vorliegt, entscheidet sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien. Im Vordergrund steht die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein können auch weitere



Faktoren, so: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; "Flucht in die Krankheit"); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person. Je mehr dieser Kriterien zutreffen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellen, desto eher sind – ausnahmsweise – die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Eine solche Ausgangslage ist etwa gegeben, wenn: eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht; intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung jedoch vage bleibt, keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird; demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaublich wirken; schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld jedoch weitgehend intakt ist (BGE 131 V 49 E. 1.2).

4.3 In medizinischer Hinsicht stützt sich die Beschwerdegegnerin bei der Renteneinstellung auf das ZIMB-Gutachten vom 10. Februar 2013 (IV-act. 72). Die Beschwerdeführerin macht diverse Einwände gegen dieses Gutachten geltend und stützt sich dabei insbesondere auf die Stellungnahmen von Dr. C.\_\_\_\_ vom 30. April 2013 (IV-act. 84-6 ff.) und vom 14. August 2013 (act. G 1.3).

4.3.1 Die Beschwerdeführerin bringt vor, dass massive Zweifel an der Seriosität und (finanziellen) Unabhängigkeit des federführenden Hauptgutachters, Dr. med. D.\_\_\_\_ bestünden und das ZIMB-Gutachten deshalb aus dem Recht gewiesen werden müsse. Im Zusammenhang mit der Tätigkeit von Dr. D.\_\_\_\_ als Leiter des MZR E.\_\_\_\_ sei eine Anklage wegen Erstellung eines falschen Gutachtens erfolgt. Auch wenn Dr. D.\_\_\_\_ vom strafrechtlichen Vorwurf der Urkundenfälschung freigesprochen worden sei, habe das Verfahren gegen ihn klar zu Tage gefördert, wie sehr er seine Pflichten als Gutachter



verletzt habe. Zudem habe Dr. D.\_\_\_\_ erhebliche Schulden, welche ihn von den IV-Stellen als ausschliessliche oder hauptsächliche Auftraggeber abhängig machen würden (act. G 1, S. 7 f.; G 8, S. 3 f.).

4.3.2 Das ZIMB mit Dr. D.\_\_\_\_ gehört zu den Gutachterstellen, welche mit dem Bundesamt für Sozialversicherungen (BSV) eine Vereinbarung geschlossen haben und an die die Aufträge für polydisziplinäre medizinische Gutachten nach dem Zufallsprinzip vergeben werden (vgl. Art. 72<sup>bis</sup> IVV). Die allgemeinen Einwände gegen die Seriosität von Dr. D.\_\_\_\_ vermögen von daher kaum Zweifel am vorliegenden Gutachten zu erwecken. Die Beschwerdeführerin hat überdies auch keine konkreten Mängel am vorliegenden ZIMB-Gutachten geltend gemacht, welche im Zusammenhang mit der Person des Hauptgutachters Dr. D.\_\_\_\_ stehen würden. Der Umstand, dass im Gutachten von einer internistisch-rheumatologischen Beurteilung gesprochen wird (vgl. IV-act. 72-37) obwohl Dr. D.\_\_\_\_ kein Rheumatologe ist, vermag insoweit keinen Zweifel zu wecken, als im Vordergrund allein psychische Beeinträchtigungen bestehen.

4.3.3 Was die geltend gemachte fehlende wirtschaftliche Unabhängigkeit des ZIMB anbelangt, wird auf BGE 137 V 210 verwiesen. In diesem Grundsatzurteil hat das Bundesgericht einlässlich und in Berücksichtigung aller in Betracht fallenden Gesichtspunkte zur Beschaffung medizinischer Entscheidungsgrundlagen durch externe Begutachtungsinstitute Stellung genommen und diese als verfassungs- und konventionskonform erklärt. Allein die wirtschaftliche Abhängigkeit der Medizinischen Abklärungsstellen von der Invalidenversicherung begründet danach keine Befangenheit des betreffenden Instituts, weshalb die entsprechenden Vorbringen des Beschwerdeführers unerheblich sind. Mit Blick auf BGE 137 V 210 erscheint die in der Beschwerde geübte Kritik an der ZIMB und Dr. D.\_\_\_\_ unbegründet, zumal die pauschal erhobenen Vorwürfe betreffend fehlende Objektivität des Hauptgutachters nicht konkret belegt werden. Hieran ändert auch die angebliche Verschuldung von Dr. D.\_\_\_\_ nichts.



4.3.4 Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, dass das psychiatrische Teilgutachten die vorher gestellten psychiatrischen Diagnosen zu wenig beachte. Die Diagnose einer histrionischen Persönlichkeitsstörung sei ohne Auseinandersetzung verworfen worden. Trotz 12 Punkten in der Hamilton-Skala sei keine leichte depressive Störung diagnostiziert worden. Der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei die einer Somatisierungsstörung vorzuziehen (act. G 1, S. 8; IV-act. 84-6 f.).

4.3.5 Der psychiatrische Gutachter nimmt zu sämtlichen vorher gestellten psychiatrischen Diagnosen Stellung (IV-act. 72-38). So wurde angeführt, dass die im Bericht vom 28. Dezember 2011 von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte histrionische Persönlichkeitsstörung anhand des Berichts nicht nachvollziehbar sei (IV-act. 72-38) und es wurde im Gutachten auch keine entsprechende Diagnose gestellt; wohl hat der Gutachter die von Dr. C.\_\_\_\_ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung nicht weiter diskutiert. Indessen bot dessen Bericht offenbar auch zu wenig Anhaltspunkte für diese Störung. Es wäre zwar vorteilhaft gewesen, wenn der Gutachter ausgeführt hätte, weshalb seiner Meinung nach keine solche Störung vorliegt. Allein daraus, dass der Gutachter nicht angibt, dass die allgemeinen Diagnosekriterien nicht gegeben sind, können sich noch keine erheblichen Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung begründen. Die von Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 16. Mai 2003 diagnostizierte Somatisierungsstörung konnte der Gutachter nachvollziehen. Demgegenüber sei die im Bericht vom 28. Dezember 2011 angeführte Somatisierungsstörung anhand der Beschwerdeschilderung nicht mehr nachvollziehbar, die Schmerzcharakteristik sei eher, wie auch im Gutachten, als somatoforme Schmerzstörung einzuordnen (IV-act. 72-31). Aus dieser leicht unterschiedlichen Einordnung der Diagnosen lassen sich von vornherein keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung begründen. Auch das Vorliegen von 12 Punkten im durchgeführten Testverfahren nach der Hamilton Depressionsskala steht den Aussagen des psychiatrischen Gutachters, dass dies keiner depressiven Episode von Krankheitswert entspreche, nicht entgegen. Es gilt zudem zu berücksichtigen, dass rechtsprechungsgemäss unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag es nicht angehen kann, eine medizinische Administrativ- oder Gerichtsexpertise stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen



oder an solchen vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich hingegen, wenn die behandelnden medizinischen Fachpersonen objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben und die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG; seit 1. Januar 2007: Sozialrechtliche Abteilung des Bundesgerichts] vom 13. März 2006, I 676/05, E. 2.4 mit Hinweisen). Weiter ist zu beachten, dass – behandelnde und begutachtende – Psychiater, die mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und – invalidenversicherungsrechtlich entscheidend – deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen können. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit ("Reliabilität") psychiatrischer Diagnosen kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen, wenn die gutachterliche Einschätzung die Anforderungen an beweiskräftige Gutachten erfüllt (Urteil des Bundesgerichts vom 29. September 2009, 9C\_661/09, E. 3.2). Die Beschwerdegegnerin bringt vorliegend jedoch keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vor, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben sind. Aus der abweichenden Beurteilung von Dr. C.\_\_\_\_ ist somit kein Mangel am ZIMB-Gutachten abzuleiten.

4.3.6 Weiter führt die Beschwerdeführerin aus, dass aufgrund der geschilderten Kniebeschwerden eine orthopädische Beurteilung eines Facharztes zwingend notwendig gewesen wäre (act. G 1, S. 10). Die objektiven Befunde bei der Untersuchung des Bewegungsapparates haben keine Einschränkungen hervorgebracht (IV-act. 72-17 f.). Auch aus der Röntgen-Untersuchung vom 20. November 2012 gehen keine Auffälligkeiten hervor (vgl. IV-act. 72-19). Weiterführende orthopädische Abklärungen waren unter diesen Umständen nicht angezeigt. Zudem erstaune gemäss Beschwerdeführerin die Angabe, dass sie aus somatischer Sicht, d.h. "internistisch-rheumatologischer und neurologischer Sicht" in ihrer Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt sei, obwohl offenkundig kein Rheumatologe an der Begutachtung beteiligt gewesen sei (act. G 1, S. 10). Diese Angabe im Gutachten ist zwar nicht nachvollziehbar, da kein rheumatologischer Gutachter beteiligt war, wirkt sich jedoch nicht weiter auf die Beweistauglichkeit des Gutachtens aus, da es sich um eine



einmalige Erwähnung handelt und nicht explizit rheumatologische Fragestellungen behandelt wurden.

4.3.7 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, dass die Auflistung der Akten im Gutachten unvollständig sei. Wie die Beschwerdeführerin korrekt vorbringt (act. G 1, S. 9), fehlt der IV-Arztbericht von Dr. C.\_\_\_\_ vom 28. Dezember 2011 (IV-act. 60) in der Auflistung der Akten. Dass dieser Bericht aber dennoch Eingang ins ZIMB-Gutachten gefunden hat, geht aus der Würdigung der vorliegenden Arztberichte hervor, wo explizit auf den Bericht vom 28. Dezember 2011 von Dr. C.\_\_\_\_ Bezug genommen wird (IV-act. 72-38). Somit begründet dies keinen erheblichen Mangel am Gutachten.

4.3.8 Die Beschwerdeführerin bemängelt weiter, dass im Gutachten die Mitteilung des Beschlusses zuhanden der Ausgleichskasse vom 1. September 2003 (IV-act. 17) zitiert worden sei anstatt die tatsächliche Verfügung vom 22. Januar 2004 (IV-act. 20) und dass der Invaliditätsgrad mit 13% angegeben worden sei (act. G 1, S. 9 f.). Bei der Angabe des Invaliditätsgrades von 13% anstatt den korrekten 100% handelt es sich offensichtlich um einen Schreibfehler, welcher keinen Einfluss auf das Gutachten hat. Für das Gutachten ist es zudem nicht erheblich, ob die inhaltlich gleiche Mitteilung des Beschlusses zuhanden der Ausgleichskasse oder die tatsächlich an die Beschwerdeführerin verschickte Verfügung zitiert wurde.

4.3.9 Weiter würden massive Zweifel an der Befundung der Röntgenuntersuchung vom 20. November 2012 bestehen. Während bei der zervikalen Kernspintomographie vom 11. November 2010 "leichtgradige Bandscheibendegenerationen mit kleinen Protrusionen HWK 4 bis HWK 6 festgestellt" worden seien, seien "heute" angeblich keine degenerativen Veränderungen mehr sichtbar. Zudem habe der Hausarzt der Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass sie einen Bandscheibenschaden habe, welcher die Rückenschmerzen im Kreuzbereich verursachen würde (act. G 1, S. 10). Die unterschiedlichen Ergebnisse lassen sich möglicherweise auf die unterschiedlichen angewendeten Verfahren zurückführen. So ist es möglich, dass bei der zervikalen Kernspintomographie genauere Ergebnisse als bei der Röntgenuntersuchung erreicht wurden. Diesbezüglich ist auch zu berücksichtigen, dass bei der zervikalen Kernspintomographie lediglich eine leichtgradige Bandscheibendegeneration mit kleinen Protrusionen HWK4 bis HWK6 ohne signifikante Duralschlauchimpression oder



mechanische Nervenkompression festgestellt wurde (IV-act. 72-21). Diese bekannten Untersuchungsergebnisse wurden von den Gutachtern mitberücksichtigt. Ein Mangel an der Röntgen-Untersuchung oder am Gutachten wird daraus nicht ersichtlich.

4.3.10 Zudem sei die retrospektive gutachterliche Beurteilung klar nicht haltbar und in sich offensichtlich widersprüchlich, wenn die Gutachter ihrerseits festhielten, es könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, die Beschwerdeführerin sei auch früher nie längerfristig in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen, und andererseits anführten, dass die von "Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Dezember 2011" postulierte volle Arbeitsunfähigkeit nachvollziehbar sei (act. G 1, S. 11). Diese Aussagen im ZIMB-Gutachten bilden nicht zwingend einen Widerspruch. So führten die Gutachter aus, dass die von Dr. C.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. Dezember 2011 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung schwankenden Ausmasses mit somatischem Syndrom, agitierten Charakters, derzeit mittelgradige Ausprägung (ICD-10: F33.11), nicht nachvollziehbar sei. Es liege keine rezidivierende depressive Störung vor, würden doch keine Phasen beschrieben, in denen während mindestens 2 Monaten keine deutliche affektive Störung gegeben gewesen sei. Die von Dr. C.\_\_\_\_ beschriebene depressive Symptomatik, die als mittelgradig einzustufen sei und zu einer vollen Arbeitsunfähigkeit geführt habe, sei jedoch nachvollziehbar. Das psychische Zustandsbild habe sich mittlerweile aber deutlich gebessert, so dass zum Untersuchungszeitpunkt keine depressive Symptomatik mehr vorliege. Auch die Beschwerdeführerin berichte, dass es ihr psychisch deutlich besser als früher gehe (IV-act. 72-38). Damit kommen die Gutachter offensichtlich zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin für eine gewisse Zeit in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen sei, dass diese Einschränkung jedoch nicht längerfristig bestanden habe. Nachdem vorliegend nicht der retrospektive, sondern der aktuelle (Zeitpunkt der Begutachtung bzw. Verfügungszeitpunkt) Gesundheitszustand für die Beantwortung der IV-rechtlichen Fragen entscheidend ist, kann die retrospektive Beurteilung offen bleiben.

4.3.11 Zusammenfassend bestehen keine erheblichen Zweifel an dem auf umfassenden Untersuchungen beruhenden, in Kenntnis der vollständigen Aktenlage und in Berücksichtigung des gesamten Leidensbildes ergangenen, nachvollziehbaren



ZIMB-Gutachten vom 10. Februar 2013. Es besteht kein Bedarf für die Vornahme weiterer medizinischer Abklärungen.

4.4 Gegen die gutachterliche Sichtweise wendet Dr. C.\_\_\_\_ ein, dass mit der histrionischen Persönlichkeitsstörung eine psychische Komorbidität vorliege. Ferner seien die Foerster-Kriterien teilweise erfüllt, es liege eine chronische Begleiterkrankung (Lipomatosis cutis bei Status nach Exzision mehrerer kutaner Angiolipome) und ein unbefriedigender Behandlungsverlauf trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen vor (IV-act. 84-7).

4.4.1 Der psychiatrische Gutachter verneint das Bestehen einer psychischen Komorbidität (IV-act 72-32). Dr. C.\_\_\_\_ stützte die psychische Komorbidität auf die histrionische Persönlichkeitsstörung (IV-act. 84-7). Wie bereits aufgezeigt wurde, liegt dem ZIMB-Gutachten folgend keine histrionische Persönlichkeitsstörung vor, somit ist das Vorliegen einer psychischen Komorbidität zu verneinen.

4.4.2 Gemäss psychiatrischem Gutachter sei eine chronische Begleiterkrankung und ein mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission zu verneinen (IV-act. 72-32). Dr. C.\_\_\_\_ hält dem entgegen, dass mit der Lipomatosis cutis bei Status nach Exzision mehrerer kutaner Angiolipome eine chronische Begleiterkrankung vorliege (IV-act. 84-7). Die Lipomatosis cutis wurde jedoch bei den Nebendiagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-act. 72-32), womit nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung das Vorliegen einer körperlichen Begleiterkrankung von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung zu verneinen ist (vgl. BGE 137 V 64 E. 5.2).

4.4.3 Der psychiatrische Gutachter verneint das Vorliegen des Kriteriums des sozialen Rückzugs (IV-act. 72-32). Die Beschwerdeführerin habe oft Kontakt mit den Familienangehörigen in F.\_\_\_\_ über Skype und treffe sich regelmässig mit Kolleginnen und verbringe den Abend mit diesen (IV-act. 72-27). Das Kriterium ist daher nicht erfüllt.

4.4.4 Der psychiatrische Gutachter führte aus, dass es keine Hinweise für einen primären Krankheitsgewinn, d.h. einen verfestigten, therapeutisch nicht mehr angebbaren innerseelischen Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber



entlastenden Konfliktbewältigung gebe (IV-act. 72-32). Dr. C.\_\_\_\_ äusserte sich nicht zu diesem Kriterium. Das Vorliegen dieses Kriteriums ist auch nicht ersichtlich.

4.4.5 Gemäss dem psychiatrischen Gutachter liege ein unbefriedigender Behandlungsverlauf trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen vor und es gebe keine Hinweise für die fehlende Motivation der Versicherten, so dass dieses Kriterium erfüllt sei (IV-act. 72-32). Auch gemäss Dr. C.\_\_\_\_ sei dieses Kriterium erfüllt (IV-act. 84-7). Damit ist zwar ein Foerster-Kriterium erfüllt, dies genügt jedoch vorliegend nicht um eine Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung zu begründen.

4.5 Zusammenfassend ist eine Unüberwindbarkeit der somatoformen Schmerzstörung zu verneinen. Es ist gestützt auf das beweistaugliche ZIMB-Gutachten von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen. Damit ist offensichtlich auch kein Rentenanspruch mehr gegeben.

5.

Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist die Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist ihr daran anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

Demgemäss hat das Versicherungsgericht

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

### **entschieden:**

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.



2. Die Beschwerdeführerin bezahlt die Gerichtsgebühr von Fr. 600.--. Der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.