

# Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz Kammer I



---

I 2017 101

## Entscheid vom 14. März 2018

---

Besetzung

lic.iur. Gion Tomaschett, Vizepräsident  
Dr.med. Bernhard Zumsteg, Richter  
Dr.med. Urs Gössi, Richter  
MLaw Joëlle Sigrist, Gerichtsschreiberin

---

Parteien

A. \_\_\_\_\_,  
Beschwerdeführerin,  
vertreten durch Rechtsanwalt lic.iur. Willi Fuchsli,  
Zürcherstrasse 49, Postfach 644, 8853 Lachen SZ,

**gegen**

**IV-Stelle Schwyz**, Rechtsdienst, Postfach 53, 6431 Schwyz,  
Vorinstanz,

---

Gegenstand

Invalidenversicherung (Rentenerhöhung)

## **Sachverhalt:**

**A.** A.\_\_\_\_\_ (geb. \_\_\_\_\_1964, \_\_\_\_\_) arbeitete bis zum 30. September 2005 als Leiterin Etage im B.\_\_\_\_\_ (Hotel) in C.\_\_\_\_\_ (IV-act. 2 und 4). Am 6. März 2006 (Eingang bei der IV-Stelle) meldete sich A.\_\_\_\_\_ zum Bezug einer Invalidenrente an. Als Begründung gab sie an, sie leide an Rückenschmerzen und einer Depression (IV-act. 2 und 6).

**B.** Mit Verfügung vom 26. August 2008 wies die IV-Stelle das Leistungsbegehren, u.a. gestützt auf ein interdisziplinäres versicherungsmedizinisches Gutachten des O.\_\_\_\_\_ vom 18. April 2008, bei einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad (IV-Grad) von 17% ab (IV-act. 36). Eine dagegen erhobene Beschwerde wies das Verwaltungsgericht mit Entscheid VGE I 2008 225 vom 5. März 2009 ab (IV-act. 46). Der Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_323/2009 vom 14. Juli 2009 bestätigt (IV-act. 48).

**C.** Am 20. Dezember 2011 (Eingang bei der IV-Stelle) meldete sich A.\_\_\_\_\_ erneut zum Bezug von Rentenleistungen an und machte eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend (IV-act. 54f.). Nach diversen Abklärungen veranlasste die IV-Stelle eine interdisziplinäre MEDAS-Abklärung (IV-act. 64ff.). Der Begutachtungsauftrag wurde der P.\_\_\_\_\_ zugest. (IV-act. 66). Das P.-Gutachten wurde am 31. Dezember 2012 erstattet (IV-act. 75). Gestützt darauf sowie auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr.med. D.\_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) vom 14. Mai 2013 (IV-act. 78) teilte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ mit Verfügung vom 21. August 2013 mit, dass sie bei einem IV-Grad von 53% ab 1. Juni 2012 Anspruch auf eine halbe Rente habe (IV-act. 83ff.).

**D.** Im Rahmen der von der IV-Stelle veranlassten Rentenrevision machte A.\_\_\_\_\_ am 9. Mai 2016 (Eingang bei der IV-Stelle) eine Verschlechterung ihres Gesundheitszustands geltend (IV-act. 92). Nach diversen Abklärungen veranlasste die IV-Stelle eine psychiatrische Abklärung bei Dr.med. E.\_\_\_\_\_ (Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Forensische Psychiatrie SGFP, Facharzt für Neurologie FMH, \_\_\_\_\_), was sie A.\_\_\_\_\_ am 30. August 2016 mitteilte (IV-act. 96). Das psychiatrische Gutachten wurde am 9. Mai 2017 erstattet (IV-act. 107). Gestützt darauf teilte die IV-Stelle A.\_\_\_\_\_ am 8. August 2017 mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades im Rahmen einer Rentenrevision von Amtes wegen keine Änderung festgestellt worden sei, welche sich auf die Rente auswirke. Es bestehe deshalb weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe IV-Rente bei einem IV-Grad von 53% (IV-act.

109). Mit Schreiben vom 14. September 2017 verlangte A.\_\_\_\_\_ eine beschwerdefähige Verfügung (IV-act. 112).

**E.** Mit Verfügung vom 29. September 2017 wies die IV-Stelle das Erhöhungsgesuch ab und hielt fest, dass A.\_\_\_\_\_ weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Rente habe (IV-act. 114).

Dagegen liess A.\_\_\_\_\_ am 26. Oktober 2017 rechtzeitig Beschwerde beim Verwaltungsgericht des Kantons Schwyz einreichen mit folgenden Rechtsbegehren:

1. Die angefochtene Verfügung der IV-Stelle Schwyz vom 29. September 2017 sei dahingehend abzuändern, dass der Beschwerdeführerin eine höhere Invalidenrente als lediglich eine halbe Rente zusteht.
2. Eventualiter seien vom Gericht ergänzende Abklärungen anzuordnen.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

**F.** Mit Vernehmlassung vom 28. November 2017 beantragte die IV-Stelle, die Verwaltungsgerichtsbeschwerde sei abzuweisen, unter Kostenfolge zu Lasten der Beschwerdeführerin. Dazu liess die Beschwerdeführerin am 1. Dezember 2017 Stellung nehmen.

### **Das Verwaltungsgericht zieht in Erwägung:**

**1.1** Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Dies gilt auch für andere formell rechtskräftig zugesprochene Dauerleistungen, deren Sachverhaltsgrundlage sich nachträglich erheblich verändert hat. Die Frage der wesentlichen Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung. Eine rechtskräftige Revisionsverfügung gilt - im Hinblick auf eine weitere Revision - ihrerseits als (neue) Vergleichsbasis, wenn sie 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 (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_137/2017 vom 8.11.2017 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 133 V 108).

**1.2** Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema - erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts - bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_137/2017 Erw. 3.1 mit Verweis auf die Urteile 9C\_418/2010 vom 29.8.2011 Erw. 4.2, in: SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81 und 9C\_710/2014 vom 26.3.2015).

**1.3** Wegen des vergleichenden Charakters des revisionsrechtlichen Beweisthemas und des Erfordernisses, erhebliche faktische Veränderungen von bloss abweichenden Bewertungen abzugrenzen, muss deutlich werden, dass die Fakten, mit denen die Veränderung begründet werden, neu sind oder dass sich vorbestandene Tatsachen in ihrer Beschaffenheit oder ihrem Ausmass substantiell verändert haben. Eine verlässliche Abgrenzung der tatsächlich eingetretenen von der nur angenommenen Veränderung ist als erforderliche Beweisgrundlage nicht erreicht, wenn bloss nominelle Differenzen diagnostischer Art bestehen. Die Feststellung über eine seit der früheren Beurteilung eingetretene tatsächliche Änderung ist hingegen genügend untermauert, wenn die ärztlichen Sachverständigen aufzeigen, welche konkreten Gesichtspunkte in der Krankheitsentwicklung und im Verlauf der Arbeitsunfähigkeit zu ihrer neuen diagnostischen Beurteilung und Einschätzung des Schweregrades der Störungen geführt haben (vgl. zit. Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.3).

**1.4** Ein Sachverständiger kann eine bestimmte Entwicklung regelmässig nicht aus eigener Wahrnehmung beschreiben (ausser er ist schon als Vorgutachter tätig gewesen). Daher ist es erforderlich, dass er sich, soweit verfügbar, mit den Fakten fundiert auseinandersetzt, wie sie sich aus den für den früheren Entscheid massgebenden medizinischen Vorakten ergeben (vgl. Alfred Bühler, Beweismass und Beweiswürdigung bei Gerichtsgutachten, in: Der Haftpflichtprozess, Fellmann/ Weber [Hrsg.], 2006, S. 67). Dem Gutachten, welches die medizinischen Vorakten unzureichend berücksichtigt, fehlt die erforderliche Überzeugungs- und Beweiskraft selbst dann, wenn die Schlussfolgerungen, welche auf der Grundlage der vom Sachverständigen selber erhobenen Befundtatsachen gezogen worden sind, an sich einleuchten und vom Rechtsanwender prüfend

nachvollzogen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_744/2007 Erw. 4.4; Bundesgerichtsurteil I 568/06 vom 22.11.2006 Erw. 5.1). Diesem Beweiswertkriterium kommt hinsichtlich der Entscheidungsgrundlagen namentlich in Revisionsfällen - mit Blick auf deren vergleichende Natur - eine besondere Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 Erw. 4.3).

**1.5** Wie das Bundesgericht in BGE 125 V 351 erkannt hat, haben Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2012 vom 11.6.2013 Erw. 3.1 mit Verweis auf BGE 125 V 351 Erw. 3a).

**2.** Streitig und zu prüfen ist, ob im vorliegend massgeblichen Zeitraum zwischen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 21. August 2013 (mit welcher der Beschwerdeführerin bei einem IV-Grad von 53% ab 1. April 2012 eine halbe IV-Rente zugesprochen wurde; IV-act. 84) und der angefochtenen Verfügung vom 29. September 2017 (mit welcher weiterhin ein Anspruch auf eine halbe IV-Rente bestätigt bzw. das Begehren um Erhöhung der IV-Rente abgewiesen wurde) eine Änderung eingetreten ist, die eine revisionsweise Erhöhung der bis anhin ausgerichteten halben Rente rechtfertigt.

Nach der Aktenlage zu Recht unbestritten ist, dass es aus somatischer Sicht nicht zu einer massgeblichen Veränderung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin gekommen ist (vgl. IV-act. 95-5/5; Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 26.10.2017, Rz. 29).

**3.** Der ursprünglichen, rentenbegründenden Verfügung vom 21. August 2013 lagen insbesondere das polydisziplinäre P.-Gutachten vom 31. Dezember 2012 sowie die Stellungnahme des RAD-Arztes vom 14. Mai 2013 zugrunde.

**3.1** Im P.-Gutachten, welches ein psychiatrisches Fachgutachten von Dr.med. F.\_\_\_\_\_ (FMH Psychiatrie und Psychotherapie) und ein rheumatologisches Fachgutachten von Dr.med. G.\_\_\_\_\_ (FMH Innere Medizin, FMH Rheumatologie) umfasst, wurden folgende Diagnosen festgehalten (IV-act. 75-28/52):

**6.1 Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)**

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
  - mit ausgeprägter Symptomausweitung
  - DD: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
2. Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F33.1)
3. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
  - deutliche degenerative Veränderungen mit Osteochondrosen Typ Modic II auf Höhe L4/L5 sowie L5/S1, Spondylarthrosen L3/4 und L4/5 sowie Schmorl'schen Knötchen im Bereiche der gesamten LWS bei möglichem Status nach Morbus Scheuermann
  - kein Hinweis auf Nervenwurzelkompression oder Einengung des Spinalkanals (MRI LWS und ISG vom 29.06.2010)
  - Zeichen einer Schmerzausweitung
4. Frozen shoulder links (ICD-10 M75.0)

**6.2 Weitere Diagnosen (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)**

1. Strenger Verdacht auf Fibromyalgie
  - Widespread pain-Index 6 Punkte, Symptom severity Scale Score 10 Punkte, 17/18 Fibromyalgietenderpoints positiv
2. Status nach Appendektomie 1993
3. Status nach mehreren Varizenoperationen
  - aktuell deutliche Restvarizen Unterschenkel beidseits rechtsbetont
4. St. n. Entfernung einer Echinokokkuszyste der Leber ca. 1981

Zur Arbeitsfähigkeit lässt sich dem Gutachten in der Gesamtbeurteilung entnehmen, dass für die angestammte Tätigkeit als Zimmermädchen/ Hausgouvernante aufgrund der häufig repetitiven und monotonen Arbeitsabläufe aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr besteht. Auch in einer Verweistätigkeit bestehe für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten keine Arbeitsfähigkeit mehr. Psychiatrisch liege eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 - 100% vor. Eine genauere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der Selbstlimitierung, welche zu einer Verfälschung der objektiven Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führe, aktuell nicht möglich.

Für eine genaue Evaluierung müsse die Versicherte im Rahmen eines Arbeitstrainings beurteilt werden. Hierbei könne man die Motivation und den Umgang

der Versicherten an einem Arbeitsplatz genau analysieren und daraus eine genaue abgrenzbare Arbeitsfähigkeit einschätzen.

Für eine körperlich leichte Arbeit in wechselhafter Tätigkeit unter Vermeidung von ungünstiger Körperhaltung (bspw. Vornüberbeugen) bestehe rein somatisch eine 100%ige Arbeitsfähigkeit. Diese Einschätzung bleibe aktuell aufgrund der psychiatrischen Beurteilung theoretischer Natur (vgl. zum Ganzen IV-act. 75-33/52).

**3.2** Der RAD-Arzt Dr.med. D. \_\_\_\_\_ (Psychiatrie und Psychotherapie FMH) erachtete in seiner Stellungnahme vom 14. Mai 2013 das P.-Gutachten aus versicherungspsychiatrischer Sicht im Wesentlichen als nachvollziehbar. Ergänzend hielt er fest, dass der psychiatrische Teilgutachter die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung, welche aktuell mittelgradig ausgeprägt sei, stelle. Differentialdiagnostisch werde das Vorliegen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) diskutiert, da die Bedeutung der organischen Substrate nicht einzuschätzen sei. Der Gutachter gehe von einem erheblichen Krankheitsgewinn aus, wobei dieser (nachvollziehbarerweise) sekundärer Natur sei. Der RAD-Arzt hielt demgegenüber fest, dass die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) zu stellen sei, weil das Konzept einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.4) obligat einen primären Krankheitsgewinn beinhalte.

Des Weiteren erachtete der RAD-Arzt die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, welche vorübergehend gemäss der Psychiatrischen Klinik N. \_\_\_\_\_ schwergradig, aktuell aber mittelgradig ausgeprägt sei, als nachvollziehbar. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe somit eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit von 50% in allen Arten von Erwerbstätigkeit aufgrund der Depression bzw. aufgrund der durch die mittelgradige Depression bedingten funktionellen Einschränkungen und somit unabhängig von der Frage, ob die zusätzlich vorliegende, chronische Schmerzstörung zu einer zusätzlichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe.

In der Folge prüfte der RAD-Arzt, ob die vorliegende chronische Schmerzstörung per se zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe, unter Einbezug der Foerster-Kriterien. Dabei kam er zum Schluss, dass die Foerster-Kriterien aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht überwiegend nicht erfüllt seien, indem insbesondere keine psychische Komorbidität, keine chronische körperliche Begleiterkrankung der geforderten Schwere und kein primärer Krankheitsgewinn bestehen würden. Die Arbeitsfähigkeit wurde deshalb abschliessend bei 50% festgelegt, aufgrund der chronifizierten, mittelgradigen depressiven Symptomatik.

Der Vorschlag des P.-Gutachtens die Arbeitsfähigkeit durch ein Arbeitstraining abzuklären, erachtete der RAD-Arzt als nicht nachvollziehbar und nicht umsetzbar. Die Versicherte gehe davon aus, dass sie voll arbeitsunfähig sei, und es bestehe ein erhebliches Aggravationsverhalten (welches im P.-Gutachten und in dieser vorliegenden Beurteilung mitberücksichtigt werde), weshalb die Arbeitsfähigkeit unter medizinisch-theoretischen Gesichtspunkten zu beurteilen sei. Es sei zu erwarten, dass eine praktische Abklärung der Arbeitsfähigkeit dabei keine wesentlichen, neuen Informationen liefern könnte (vgl. zum Ganzen IV-act. 78-8ff./10).

**4.** In Bezug auf das Revisionsbegehren können den Akten zur Entwicklung des Gesundheitszustandes der Versicherten seit der Verfügung vom 21. August 2013 folgende ärztliche Berichte entnommen werden.

**4.1** Dr.med. H.\_\_\_\_\_ (Konsiliarärztin Rheumatologie) diagnostizierte im Bericht vom 23. Dezember 2013 ein chronisches generalisiertes myofaszielles Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt lumbal (Wirbelsäulenfehlform/-fehlhaltung; St.n. M. Scheuermann; Osteochondrosen L4/5 und L5/S1 [MRI 6/10]; Dekonditionierung) und eine schwere Depression (IV-act. 93-10/12). In der Beurteilung wurde festgehalten, dass die Versicherte weinerlich und ausgesprochen depressiv erscheine. Sie habe keine Freude mehr am Leben und wünsche zu sterben. Selbstmordgedanken (Gehen ins Wasser) habe sie schon gehabt aber wegen der Kinder nicht umgesetzt. In der körperlichen Untersuchung würden generalisierte, myofaszielle Schmerzen auffallen und die Untersuchung des Bewegungsapparates sei aufgrund einer Selbstlimitierung mit Gegenspannen erschwert. Eindeutig objektivierbare Befunde von Seiten des Bewegungsapparates liessen sich nicht erheben. Insbesondere würden sich keine Anhaltspunkte für eine artikuläre Störung im Bereich des rechten Kniegelenks oder für ein lumboradikuläres Geschehen ergeben. Die bekannten degenerativen Veränderungen der unteren LWS könnten vor allem zusammen mit der Dekonditionierung zu Schmerzen führen. Hier wäre eine regelmässige Kräftigung der rumpfstabilisierenden Muskulatur empfohlen. Zurzeit stehe therapeutisch die Behandlung der schweren depressiven Symptomatik im Vordergrund.

**4.2** Die Versicherte war vom 30. März 2015 bis 7. Mai 2015 in der Psychiatrischen Klinik Q.\_\_\_\_\_ hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 20. Mai 2015 wurde von Dr.med. I.\_\_\_\_\_ (Oberärztin Zentrum für Akut- und Alterspsychiatrie) und Dr.med. univ. (A) R.\_\_\_\_\_ (Assistenzarzt) eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode ohne psychotische Sym-

ptome (ICD-10:F33.2) bei/mit chronisch anhaltender somatoformer Schmerzstörung (ICD-10:F45.4) diagnostiziert (IV-act. 93-3/12).

Des Weiteren wurde festgehalten, dass bei vorliegender chronischer Schmerzsymptomatik, vorhandener Sprachbarriere und wenig vorhandener Introspektionsfähigkeit sich eine nur marginalste Besserung der Symptomatik zeigen können. Die Versicherte habe das schützende Stationssetting als Entlastung erlebt, eine Besserung der depressiven Symptomatik respektive der Schmerzen habe sich folglich zeitweilig minimal gezeigt. Allerdings habe die Versicherte immer wieder dazu geneigt, sich selbst zu entwerten und sei dabei schnell in eine Negativspirale mit affektivem Einbruch und Tränen geraten und habe sich nur schwer davon distanzieren können. Das vorliegende Zustandsbild könne noch am ehesten durch eine längere ambulante Behandlung mittels intensivem Beziehungsaufbau, durch optimalerweise in Muttersprache stattfindenden Therapiegesprächen, schrittweise verbessert werden (IV-act. 93-6/12).

**4.3** Dr.med. J.\_\_\_\_\_ (Allgemeine Innere Medizin) machte mit Bericht vom 12. Mai 2016 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands bei gleich bleibender Diagnose geltend (IV-act. 93-1f./12). Die Depression habe sich verschlechtert mit Symptomausweitung. Neben einer schwerwiegenden Depression mit Suizidgedanken bestünden auch Schmerzen im Rücken, abdominal, der Hände und der Knie. Die Versicherte sei zudem vom 30. März bis 7. Mai 2015 erneut in der Klinik Q.\_\_\_\_\_ psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Zu einer Besserung sei es nicht gekommen. Die Versicherte sei nach seiner Ansicht schon seit Jahren 100% arbeitsunfähig. Sie sei auch nicht fähig, ihren Haushalt zu machen.

**4.4** Dr.med. K.\_\_\_\_\_ (Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie) und Dr.phil. L.\_\_\_\_\_ (Psychologe/Psychotherapeut ASP) diagnostizierten mit Bericht vom 23. Juni 2016 (IV-act. 94-1f./3) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD10: F45.4) und eine schwere depressive Episode ohne psychotischen Symptome (ICD10: F32.2). Zum Verlauf wurde ausgeführt, dass sich die Versicherte seit ihrer Hospitalisation in der Q.\_\_\_\_\_ bei Dr.med. K.\_\_\_\_\_ und Dr.phil. L.\_\_\_\_\_ in Behandlung befinde, und dass sich der Gesundheitszustand trotz intensiver psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung nicht verbessert habe. Bei der Versicherten liege ein stark chronifiziertes Leiden vor. Es sei davon auszugehen, dass eine Reintegration in einen Arbeitsprozess in näherer Zukunft nicht zu erwarten sei. Der jetzige Zustand der Patientin lasse keine optimistischere Schlussfolgerung zu. Nach zwölf Jahren schweren depressiven Leidens sei die psychosoziale Belastungsfähigkeit eingeschränkt. Auch bei einer Verbesserung der Symptomatik durch weitere Therapi-

en werde eine Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess schwer sein. In Anbetracht dieser Tatsache werde eine Revision der IV-Rente empfohlen, um dieser Situation Rechnung zu tragen. Der gegenwärtige Gesundheitszustand der Versicherten wirke sich sehr negativ auf ihre Arbeitsfähigkeit aus. Sie würden die Versicherte in ihrer jetzigen Situation, wie sie bei jeder Therapie erlebt werde, als gänzlich arbeitsunfähig (100% arbeitsunfähig) erachten. Sowohl die somatoforme Schmerzstörung, als auch die schwere Depressivität hätten sich chronifiziert. Während eine psychotherapeutische Begleitung unverzichtbar bleibe, sei eine positive Prognose über den Verlauf der Störung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zu erwarten (vgl. dazu auch die inhaltlich überwiegend übereinstimmende Stellungnahme derselben vom 29.8.2017, IV-act. 110).

**4.5** Der RAD-Arzt Dr.med. M. \_\_\_\_\_ (Allgemeinmedizin FMH) hält mit Stellungnahme vom 23. August 2016 fest, dass aus psychiatrischer Sicht eine Verschlechterung geltend gemacht werde und sich aus somatischer Sicht nichts Neues ergebe. Der Schweregrad der Depression und Arbeitsfähigkeit seien bereits anlässlich der letzten Verfügung ziemlich umstritten gewesen, weshalb ein psychiatrisches Gutachten einzuholen sei (IV-act. 95-5/5).

**4.6** Dem psychiatrischen Gutachten von Dr.med. E. \_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2017 lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (IV-act. 107-59/68):

**Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)  
Bei vorbestehenden degenerativen Veränderungen der lumbosakralen Wirbelsäule
2. Depressive Störung, wahrscheinlich leicht- bis mittelgradig (ICD-10 F32.9)

**Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:**

- Zustand nach Appedektomie
- Z.n. Varizenoperationen
- Z.n. Operation Echinokokkuszyste ca. 1981
- Z.n. PHS ankylosans 2012

Zur Auswirkung der funktionellen Beeinträchtigung auf die Arbeitsfähigkeit führte der Gutachter aus, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit besonders durch die ausgeprägte Neigung der Versicherten zur Verdeutlichung und Aggravation ihrer Beschwerden in der Begutachtung erschwert sei. Die Aggravation sei als entscheidender sogenannter IV-fremder Faktor zu werten und dürfte motivational durch das Bedürfnis bestimmt sein, den Gutachter von der Schwere des Leidensdruckes und der damit in der Selbsteinschätzung der Versicherten begründeten völligen und therapeutisch unbeeinflussbaren Arbeitsunfähigkeit zu überzeugen. Insofern liege anlässlich der aktuellen Begutachtung für den Gutachter die gleiche Problematik und Schwierigkeit vor, wie bereits in der P.-Begutachtung

von 2012. Einerseits könne die ausgeprägte Aggravation mit zusätzlichen Inkonsistenzen in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht ausser Acht gelassen werden, andererseits dürfe dies nicht dazu führen, dass damit auch gänzlich das Vorliegen einer die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden Funktionsbehinderung in verschiedenen Leistungsbereichen verneint werde (vgl. zum Ganzen IV-act. 107-63/68).

Leider ergebe sich aus der beschriebenen Aggravationsproblematik, dass eine objektive Einschätzung des tatsächlichen Grades der Minderung der Arbeitsfähigkeit nicht valide durchgeführt werden könne. Der Gutachter stimme mit den P.-Vorgutachtern von 2012 überein, dass weitgehend nachvollziehbar und schlüssig die seit Jahren bestehenden Schmerzbeschwerden der Versicherten als weitgehend authentisch mangels ausreichender Belege für das Gegenteil anzunehmen seien. Darüber hinaus sei es angesichts der wiederholten psychiatrischen Einschätzung von Vorbehandlern und Gutachtern seit 2005 sehr wahrscheinlich, dass auch eine depressive Symptomatik bestehe. Die Schwierigkeit bestehe nun darin festzustellen, in welchem Schweregrad diese Symptomatik tatsächlich vorliege. Bekanntlich seien Gutachter bei der Beurteilung psychischer Störungen überwiegend auf die Darstellungen und die Präsentationen der Patienten in der jeweiligen gutachtlichen Situation angewiesen. Auch angesichts der Neigung der Versicherten zur ausgeprägten Aggravation, auch bezüglich u.a. kognitiver Beeinträchtigungen, gehe er davon aus, dass eine schwergradige depressive Störung nicht vorliege. Es sei eher wahrscheinlich, dass der Schweregrad der derzeitigen depressiven Störung sich zwischen leicht- und mittelgradig bewege. Es sei möglich, dass die entsprechenden Beschwerden aus dem affektiven Spektrum auch schwanken in Abhängigkeit von dem jeweils durch die körperlichen Beschwerden verursachten Leidensdruck. Festzuhalten sei, dass es sich hier in der gutachtlichen Einschätzung letztlich um eine Kompromissbildung handle. Einerseits dürfe der Schweregrad der tatsächlichen möglichen Beeinträchtigung der Versicherten nicht unterschätzt werden, andererseits könne hier nicht im Sinne einer wohlwollenden gutachtlichen Einschätzung einfach von einem höheren Schweregrad der jeweiligen Beschwerden ausgegangen werden.

Es sei der P.-Begutachtung von 2012 zu entnehmen, dass auch dort eine entsprechende Kompromissbildung eingegangen worden sei, indem schliesslich der Grad der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auf 50% geschätzt worden sei. Dies sei jedoch mit der gleichzeitigen mehrfachen Betonung geschehen, dass der objektive, tatsächliche Grad der Arbeitsunfähigkeit auch aufgrund der Aggravationsneigung der Versicherten nicht zu beurteilen sei, dass man jedoch davon ausgehe, diese Beeinträchtigung liege bei zumindest 50%. Aufgrund des weiteren Verlaufs der bisherigen Therapien und Beschwerden der Versicherten bis

zum Zeitpunkt der aktuellen psychiatrischen Begutachtung würden sich nun auch keine neuen Erkenntnisse ergeben, welche den Gutachter zur Abweichung von dieser Einschätzung veranlassen würden.

Insgesamt schätze der Gutachter die Arbeitsfähigkeit derzeit auf nicht höher als 50% ein, wobei hierbei eine erhebliche Unsicherheitsmarge aufgrund der Aggravationsneigung bestehe. Im Rückblick auf den Grad der Arbeitsfähigkeit seit P.-Begutachtung könne er besonders aufgrund dieser Unsicherheit keine valide retrospektive Beurteilung geben, halte insgesamt aber auch für diesen Zeitraum eine Arbeitsfähigkeit von nicht über 50% für am wahrscheinlichsten (vgl. zum Ganzen IV-act. 107-63ff./68).

Grundsätzlich seien voraussichtlich aus theoretisch-medizinischer Perspektive durchaus Arbeiten mit leichter körperlicher Belastung in einem Teilzeitpensum von maximal 50% der Versicherten möglich. Dies setze voraus, dass die Versicherte Pausen einlegen kann, eventuell bereits nach jeder Stunde eine Pause von fünf bis zehn Minuten. Schwerere oder repetitive körperliche Arbeiten, die mit wiederholtem tiefem Bücken, Tragen von Lasten oder weitem Vornüberbeugen verbunden seien, wie zum Beispiel bei Reinigungstätigkeiten wie Bettenmachen, könnten die Versicherte möglicherweise überfordern. Andere einfache Tätigkeiten, die in wechselnder Haltung, wie zum Beispiel Sitzen, Stehen, Gehen, mit normalen Ausschwingungen der Wirbelsäule, durchführbar seien, sollten allerdings grundsätzlich medizinisch zumutbar sein. Hierfür spreche auch, dass die Versicherte spontan im häuslichen Bereich durchaus auch zu solchen Tätigkeiten in der Lage sei. Es wäre daher nicht nachvollziehbar, weshalb nicht eine analoge Belastung in einem Bereich der Arbeitstätigkeit möglich sein sollte (IV-act. 107-67-68).

**4.7** Mit Stellungnahme vom 24. Juli 2017 erachtete der RAD-Arzt Dr.med. M.\_\_\_\_\_ das psychiatrische Gutachten vom Mai 2017 als sehr differenziert ausgearbeitet und problemlos nachvollziehbar. Demgemäss könne davon ausgegangen werden, dass sich seit der letztmaligen Begutachtung von 2012 keine wesentlichen Änderungen im Gesundheitszustand ergeben hätten. Des Weiteren führte der RAD-Arzt aus, dass die Versicherte gutachterlich psychiatrisch äusserst schwierig abzuklären sei, da eine Kombination von gesundheitlicher Störung und Malingering vorliege. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ und verschiedene Vorgutachter hätten ausgeprägte Probleme gehabt, die Arbeitsfähigkeit schlüssig festzulegen. Insgesamt habe man sich auf 50% geeinigt (Medas - D.\_\_\_\_\_ - E.\_\_\_\_\_). Das Ganze sei unbedingt als Endzustand anzusehen. Er empfehle, in der vorliegenden Konstellation auf Revisionen von Amtes wegen zu verzichten (IV-act. 108-5f./6). In der Stellungnahme vom 22. September 2017 hält er zudem

ergänzend fest, dass sich keine wesentlichen Änderungen des Gesundheitszustands ergeben hätten, weshalb die Rentenerhöhung abgewiesen werde. Es bestehe weiterhin Anspruch auf die halbe Rente (IV-act. 113-5/5).

**5.** Eine gerichtliche Würdigung der dargelegten Aktenlage hinsichtlich der zwischen den Parteien streitigen Rentenrevision zeitigt die nachfolgenden Ergebnisse.

**5.1.1** Das psychiatrische Gutachten von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ vom 9. Mai 2017 wurde gestützt auf die IV-Akten sowie eine persönliche Untersuchung (inkl. Blutentnahme) von insgesamt fünf Stunden erstellt. Nach dem Zitieren von Auszügen aus der Aktenlage wurden die Ergebnisse der eigenen Untersuchungen (Exploration [Anamnese, Tagesablauf, Freizeitaktivitäten, Angaben zu den Beschwerden, Medikamenten und Therapien], Psychopathologischer Befund, Laboruntersuchungen und testpsychologische Zusatzuntersuchung) dargelegt.

Anschliessend erfolgte die diagnostische Beurteilung. Darin wurden zunächst die bisherigen somatischen und psychiatrischen diagnostischen Einschätzungen festgehalten. Demgemäss seien in den vielfachen somatischen Untersuchungen seit 2001 alle Behandler und Untersucher übereingekommen, dass die objektiv nachweisbaren Veränderungen, insbesondere im Bereich der Wirbelsäule, das Ausmass der von der Versicherten über die Jahre angegebenen dauerhaften, extremen und therapeutisch nicht beeinflussbaren Rückenschmerzen nicht ausreichend erklären könnten (vgl. auch die dazu aufgeführte Aktenlage, IV-act. 107-45ff./68).

Hinsichtlich der vorgängig erfolgten Gutachten (von 2008 sowie 2012) hielt Dr.med. E.\_\_\_\_\_ fest, dass im polydisziplinären Gutachten von 2008 die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung verneint wurde, weil die gemäss Klassifikationskriterien der ICD-10 erforderlichen Hinweise für eine entsprechende psychosoziale oder andere emotionale Konfliktsituation als Auslöser oder Mitauslöser der Schmerzstörung nicht hätten belegt werden können, da die Versicherte stets diesbezügliche Probleme und andere emotionale Belastungen vor Beginn der Schmerzen verneint habe. Im P.-Gutachten 2012 sei demgegenüber die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit ausgeprägter Symptomausweitung festgehalten worden, differenzialdiagnostisch sei ausserdem eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu erwägen gewesen. Zusätzlich sei eine mittelgradige depressive Episode diagnostiziert worden. In diesem Gutachten hätten die Gutachter wiederholt auf Aggravationstendenzen der Versicherten bei der früheren Begutachtung von 2008 und der P.-Begutachtung hingewiesen. Auf die im Gutachten 2008 disku-

tierte Frage, ob die Eingangskriterien für die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung in Form eines zugrundeliegenden psychischen Konfliktes vorgelegen hätten, sei das P.-Gutachten nicht eingegangen (IV-act. 107-47/68).

Dr.med. E. \_\_\_\_\_ legte daraufhin für die diagnostische Zuordnung der körperlichen Beschwerden der Versicherten ihre Ausgangslage vor Beginn der Schmerzen zum Zeitpunkt ihrer noch uneingeschränkt geleisteten Arbeitstätigkeit sowie den weiteren Verlauf der körperlichen Beschwerden dar. Dabei kam er zum Schluss, dass er dem Vorgutachten von 2008 insoweit zustimme, als sich kein für die Versicherte bewusster oder für Aussenstehende eindeutig erkennbarer emotionaler Konflikt im Zeitraum vor Auftreten der Schmerzsymptomatik belegen lassen habe, jedoch die ICD-10 in ihren Ausführungen ausserdem darauf hinweise, dass der Schmerz auch in Verbindung mit psychosozialen Problemen auftreten könne (IV-act. 107-50/68). Das Kriterium der psychosozialen Belastung sei mit höherer Wahrscheinlichkeit erfüllt gewesen (IV-act. 107-51/68). Die Unterscheidung zur Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41; vgl. auch vorstehende Erw. 3.2) habe eher akademischen Wert und könne vor allem für die arbeitsmedizinischen Fragen im versicherungsmedizinischen Bereich zur Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wenig beitragen. Zusammenfassend geht Dr.med. E. \_\_\_\_\_ im Einklang mit dem P.-Gutachten nachvollziehbar begründet von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, bisher ohne jegliche therapeutische Beeinflussbarkeit (ICD-10 F45.4) aus (IV-act. 107-52/68).

Hinsichtlich der psychischen Beschwerden führte Dr.med. E. \_\_\_\_\_ aus, dass die von der Versicherten bei früheren Untersuchungen und Behandlungen angegebenen Beschwerden aufgrund der Art und Anzahl der psychischen Symptome am ehesten einer depressiven Störung zuzuordnen seien. Während bis 2008 die affektiven Symptome im Wesentlichen als Begleitstörung der Schmerzstörung betrachtet worden seien, hätten sich diese gemäss späteren Beurteilung im weiteren Verlauf so weit verschlechtert, dass wiederholt die Diagnose einer mittelgradigen oder schwergradigen depressiven Störung gestellt worden sei. Auch nach den Angaben der Versicherten in der aktuellen Begutachtung seien ihre Beschwerden grundsätzlich mit einer depressiven Störung mit somatischen Symptomen vereinbar, die dann als Komorbidität zur Schmerzstörung gewertet werden könne. Problematisch sei jedoch aufgrund der Aggravation der Versicherten die Beurteilung des Schweregrades dieser Störung und der damit verbundenen funktionellen Beeinträchtigung (IV-act. 107-52/68). Aus dem psychiatrischen Gutachten vom Mai 2017 lässt sich somit nachvollziehbar entnehmen, dass der Gutachter (wie auch die P.-Gutachter) weiterhin vom Vorliegen einer

depressiven Störung ausgeht, was von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten wird.

Allein unter Berücksichtigung der Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer Depression ergibt sich somit keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands der Versicherten seit dem P.-Gutachten vom Dezember 2012, was von der Versicherten auch nicht geltend gemacht wird.

**5.1.2** Zu prüfen ist jedoch, ob sich allenfalls beim Schweregrad der diagnostizierten Störungen eine Verschlechterung des Gesundheitszustands der Versicherten zeigt.

Betreffend Schweregrad der diagnostizierten Störungen hat Dr.med. E. \_\_\_\_\_ festgehalten, dass sich dieser und die konkreten daraus resultierenden funktionellen Beeinträchtigungen der Versicherten im privaten, sozialen und beruflichen Bereich nicht ohne Berücksichtigung der Konsistenzkriterien beurteilen lassen würden (IV-act. 107-52/68).

Gemäss psychiatrischem Gutachten hätten sich Hinweise auf eine Verdeutlichung (unbewusste Übertreibung von Beschwerden) oder eine Aggravation (bewusste Übertreibung vorhandener Beschwerden) u.a. daraus ergeben, dass die Versicherte bereits seit 2008 sowie über Jahre hinweg jeweils eine Vielfalt von zusätzlichen Beschwerden in ihrer Stellungnahme anführte, die sich auf unterschiedliche Organ- und Körperregionen bezogen. Zudem habe die Versicherte wiederholt bei therapeutischen Angeboten und durchgeführten Therapien eine Verschlechterung der Beschwerden oder neuartige Beschwerden angegeben oder auch im Verlauf einer Begutachtung über mehrere Monate eine erhebliche Zunahme von zu Beginn der Begutachtung angegebenen Beschwerden angeführt. Gemäss den Ausführungen im Gutachten ist es jedoch aus Kenntnis des Verlaufs von Therapien von derartigen Erkrankungen eher unwahrscheinlich, dass "infolge der vielfältigen therapeutischen Bemühungen, mit teils von anästhesiologischer Seite auch objektivierbarer Wirkung der Analgesie, paradox tatsächlich im medizinischen Sinne eine Zunahme der Schmerzintensität eintritt" (vgl. IV-act. 107-53/68). Des Weiteren divergierten die Angaben der Versicherten zum Schmerzbeginn oder auch hinsichtlich der Frage, ob Suizidgedanken bestehen würden oder ob sogar bereits ein Versuch stattgefunden habe (IV-act. 107-54/68).

Im Rahmen der Untersuchung bei Dr.med. E. \_\_\_\_\_ habe sich eine auffällige Diskrepanz gezeigt zwischen dem angegebenen subjektiven Leidensdruck, dem subjektiven Erleben schwerster beeinträchtigender Beschwerden und einem Selbstbericht der Versicherten gegenüber einem psychopathologischen Befund,

welcher - bei ausreichendem Antrieb und lebhafter Psychomotorik, Hinweise für zumindest teilweise erhaltenes Erleben von Genuss und Freude, zeitweiser Teilhabe an sozialen Aktivitäten, wenngleich auf den Familienumkreis beschränkt, - insgesamt lediglich mit einer mittelgradig ausgeprägten depressiven Störung vereinbar war (IV-act. 107-55/68).

Des Weiteren finde nicht nur eine Ausweitung der Schmerzstörung auf weitere Körperregionen wie Beine, Arme und Hände statt, sondern zudem auch eine Ausweitung in Form einer vielfältigen Symptomatik anderer Körperfunktionen. So habe die Versicherte bei der aktuellen psychiatrischen Begutachtung morgendliche Kraftlosigkeit, Beinschmerzen mit leichter Besserung, fortbestehend derzeit vor allem in den Fersen und in den Zehen, Engegefühl im Brustbereich mit subjektiver Atemnot, Kopfschmerzen, Schwindel mit sehr starker Ausprägung bis hin zu angeblich gelegentlichen Stürzen berichtet. Teilweise hätten widersprüchliche Angaben bezüglich Beginn und Ende der jeweiligen Beschwerden vorgelegen. Zudem sei aufgefallen, dass die Versicherte sehr suggestibel gewesen sei, also nicht nur spontan Beschwerden angeführt habe, sondern analog ihrem Antwortverhalten im SFSS (Strukturierter Fragebogen Simulierter Symptome, wo die Tendenz der Versicherten aufgefallen sei, eine Vielzahl sehr ungewöhnlicher und schwer ausgeprägter körperlicher Beschwerden zu bestätigen), bei Anbieten weiterer Beschwerden, diese jeweils rasch bejaht und die Unerträglichkeit dieser Beschwerden betont habe. In Bezug auf den Schwindel habe sie auf Nachfrage angegeben, sie hätte diesen bereits seit Aufnahme der früheren Arbeit gehabt. Solche Angaben über einen derzeit frühen Beginn von Schwindel fänden sich jedoch nicht in der Aktenlage (IV-act. 107-56/68).

Weitere Hinweise auf Aggravation hätten sich zahlreich im SFSS gefunden. Unter anderem habe die Versicherte hier nun auch psychotische Symptome bejaht, zum Beispiel in Form des Hörens von Stimmen, sowie schwerste Konzentrations- und Merkfähigkeitsprobleme, einschliesslich einer Aufhebung der zeitlichen Orientierung bis hin zum Verlust der Fähigkeit, sich an wichtige, länger zurückliegende Ereignisse erinnern zu können. So habe sie nicht sagen können, ob sie jemals verheiratet gewesen sei, habe sich an das aktuelle Datum und den Wochentag gar nicht erinnern können und sei auch nicht in der Lage gewesen, einfache kognitive Aufgaben auf niedrigster Anforderungsstufe zu absolvieren. Diese Angaben seien jedoch im Widerspruch zu der zuvor gezeigten uneingeschränkten Fähigkeit gestanden, chronologisch durchaus vielfältig und auch detailliert wichtige Lebensereignisse, Daten, auch situative Zusammenhänge und Erlebnisse zu erinnern und auch uneingeschränkt über die Orientierungsfähigkeit in allen Modalitäten zu verfügen (IV-act. 107-57/68).

Im Anschluss an die Prüfung der Konsistenzkriterien wurde im psychiatrischen Gutachten von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ auf die im P.-Gutachten festgestellten Aggravationstendenzen hingewiesen und festgehalten, dass sich, wie bei der P.-Begutachtung 2012, auch in der aktuellen Begutachtung vielfältige Hinweise für eine ausgeprägte Neigung der Versicherten zur Aggravation, also zur bewussten Übertreibung oder Erfindung von Beschwerden ergeben hätten (IV-act. 107-55ff./68).

Der Gutachter kam demnach nachvollziehbar zum Schluss, dass die Grunderkrankung einer initial aufgetretenen und bis heute fortdauernden somatoformen Schmerzstörung weiterhin als weitgehend plausibel und sehr wahrscheinlich festgehalten werden kann, während die weiteren vielfältigen somatischen Symptome aus gutachtlicher Sicht nicht ausreichend valide zu beurteilen sind, sodass derzeit die Diagnose einer Somatisierungsstörung nicht gestellt werden kann.

Im Gutachten wurde sodann schlüssig festgehalten, dass sich die Schwierigkeit einer validen Quantifizierung der Beschwerden bezüglich ihrer Schwere in Intensität, Dauer, Umfang, analog auch für die berichteten psychischen Beschwerden ergibt. Aufgrund der Aggravationsneigung auch für diesen Bereich lasse sich festhalten, dass der gezeigte psychopathologische Befund zwar durchaus mit einer depressiven Störung vereinbar sei, jedoch der Schweregrad nicht ausreichend sicher einschätzbar erscheine. Bei Synopsis der ärztlichen Berichte seit 2012 bis heute, den Angaben der Versicherten in der aktuellen Exploration, ihrem Verhalten und unter Berücksichtigung der Aggravationsneigung hält Dr.med. E.\_\_\_\_\_ eine leichte bis mittelgradige Ausprägung einer depressiven Episode für möglich und am wahrscheinlichsten. Die Dauer und Ausprägung könne er jedoch retrospektiv gerade wegen der Aggravation nicht ausreichend sicher beurteilen. Es sei möglich, dass eine bisher seit Jahren nicht ausreichend remittierte depressive Störung bestehe, jedoch auch, dass zwischenzeitlich weitgehende Remissionen eingetreten seien, in diesem Fall dann eine erneute Episode vorläge (IV-act. 107-58f./68). Der Gutachter ging jedoch zumindest von einem (bzw. einer) die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigenden bzw. invalidisierenden Schweregrad (bzw. Dauer) der depressiven Störung aus, wie nachfolgend aufgezeigt wird (vgl. nachfolgende Erw. 5.1.3; vgl. dazu auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, in: Schweizerische Zeitschrift für Sozialversicherung und berufliche Vorsorge, SZS 59/2015 S. 308ff., S. 315 m.w.H.).

**5.1.3** Neben der Diagnose und der Beurteilung des Schweregrades hat sich Dr.med. E.\_\_\_\_\_ ausführlich mit der funktionellen Beeinträchtigung, welche

daraus erfolgt, auseinandergesetzt. Dazu kann u.a. auf die vorstehende Erw. 4.6 verwiesen werden.

Zudem ist Dr.med. E.\_\_\_\_\_ angesichts der fehlenden Verifizierbarkeit der Angaben der Versicherten über ihre Aktivitäten im häuslichen und privaten Bereich bei gänzlichem Fehlen jeglicher beruflichen Tätigkeit seit mehreren Jahren davon ausgegangen, dass die Angaben weitgehend authentisch sind (IV-act. 107-60/68). Dabei wurde u.a. berücksichtigt:

- dass die Versicherte unter wechselnden Durchschlafstörungen, dadurch bedingt einem Schlafdefizit mit Tagesmüdigkeit, leide;
- dass sie morgens ca. noch eine halbe Stunde wegen subjektiver Kraftlosigkeit im Bett bleibe und dann mit Familienmitgliedern frühstücke;
- dass sie täglich ein- bis zweimal für eine Dauer von jeweils 20 bis 30 Minuten spazieren gehe;
- dass sie gerne mit ihrer Enkelin spiele;
- dass sie gerne Dokumentationen im Fernsehen sehe;
- dass mit der Familie eine gute Beziehung bestehe;
- dass sie gelegentlich für kleinere Besorgungen alleine zum Einkaufen gehe und sich dabei auch kurz mit Bekannten unterhalte;
- dass sie im Haushalt teilweise einige Tätigkeiten (wie Staubwischen, Reinigen der Toilette, Wäschefalten, Helfen beim Wäscheaufhängen, gelegentlich gemeinsam Kochen) verrichten könne und auch gelegentlich Familienmitgliedern helfe;
- dass sie auch mehrfach mit der Familie in S.\_\_\_\_\_ (bzw. nach S.) gereist sei, zuletzt etwa eine Woche vor der aktuellen Begutachtung;
- dass sie erhebliche körperliche Beschwerden, vor allem in Form von Rückenschmerzen, subjektiver Nervosität, extremer Vergesslichkeit, Freudunfähigkeit, sozialem Rückzug, beschreibe;
- dass sie nach dem Mittagessen regelmässig mit ihrer Familie, ebenso mit Familienmitgliedern in T.\_\_\_\_\_ und in S.\_\_\_\_\_ telefoniere.

Aufgrund dieser Angaben der Versicherten ging der Gutachter davon aus, dass die Versicherte noch zu einer begrenzten Teilhabe am sozialen Leben fähig ist, auch zum Empfinden von Genuss und Freude, und dass keine Hinweise für relevante Kommunikationsschwierigkeiten vorliegen würden. Die körperliche Belastbarkeit erscheine nach ihren Angaben deutlich eingeschränkt, sodass sie nur für kurze, unbestimmte Zeiten bei Haushaltstätigkeiten helfen könne. Die Anpassungsfähigkeit an das Einhalten von Regeln und Routinen im häuslichen und familiären Bereich erscheine geringgradig eingeschränkt. Hingegen werde die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben aufgrund verminderter

Selbständigkeit als soweit beeinträchtigt bewertet, dass sie hier auf die Unterstützung von Familienmitgliedern angewiesen sei. Auch die Fähigkeit zur Flexibilität und die Umstellungsfähigkeit, sich je nach Erfordernis wechselnden Situationen anzupassen, würden erheblich beeinträchtigt erscheinen. Im Übrigen wurden die meisten aufgeführten Funktionsbereiche (Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, familiäre Beziehungen, Fähigkeit zu spontanen Aktivitäten, Fähigkeit zur Selbstpflege, Fähigkeit zur Teilnahme am Verkehr, sich an verschiedene Orte zu begeben, in verschiedene Situationen sich zu begeben und Transportmittel selbständig zu nutzen) als höchstens leicht- bis mittelgradig beeinträchtigt beurteilt und begründet (vgl. IV-act. 107-61f./68).

Gestützt darauf schätzte der Gutachter die Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar derzeit (wie bisher) auf 50% ein, unter Berücksichtigung einer erheblichen Unsicherheitsmarge aufgrund der in der vorstehenden Erwägung ausführlich dargelegten Aggravationsneigung der Versicherten.

**5.2** Zusammenfassend erging die Beurteilung im psychiatrischen Gutachten vom Mai 2017 jeweils unter Berücksichtigung der Vorgutachten, wobei (auch unter Berücksichtigung der aktuellen Untersuchungsergebnisse) jeweils ausführlich dargelegt und begründet wurde, weshalb nicht von einer relevanten Veränderung bzw. Verschlechterung der Diagnosen, Beschwerden, des Schweregrads oder der funktionellen Beeinträchtigung ausgegangen wurde oder weshalb allenfalls von den früheren Gutachten abgewichen wurde. Das Gutachten von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ ist nachvollziehbar und schlüssig und der Gutachter ist lege artis vorgegangen, weshalb vorliegend darauf abgestellt werden kann.

Entgegen den Vorbringen der Beschwerdeführerin kann somit vorliegend nicht davon ausgegangen werden, dass es sich beim psychiatrischen Gutachten von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ um ein für eine Rentenrevision ungenügendes Gutachten handelt. Dr.med. E.\_\_\_\_\_ hat sodann auch explizit festgehalten, dass sich aufgrund des weiteren Verlaufs der bisherigen Therapien und Beschwerden der Versicherten bis zum Zeitpunkt der aktuellen psychiatrischen Begutachtung keine neuen Erkenntnisse ergeben, welche den Gutachter zur Abweichung von der Einschätzung im P.-Gutachten hinsichtlich einer Arbeitsfähigkeit von 50% veranlassen würden (vgl. vorstehende Erw. 4.6). Es ist sodann auch nicht erforderlich, dass ein Revisionsgutachten durch den Vorgutachter zu erfolgen hat (vgl. vorstehende Erw. 1.4), zumal dieser vorliegend aufgrund der Aggravationstendenzen der Versicherten ebenfalls nur eine Schätzung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten abgeben konnte. Dem Vorbringen der Versicherten, wonach der Vorgutachter besser als Dr.med. E.\_\_\_\_\_ feststellen könne, ob seit der Begutach-

tung 2012 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands vorliege, kann demnach nicht gefolgt werden. Dieser Umstand vermag somit an der Beweiswertigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ nichts zu ändern. Hinzu kommt, wie die IV-Stelle vernehmlassend zutreffend ausgeführt hat, dass die Versicherte gegen den Gutachter innert Frist keine Einwände vorgebracht hat. Es ist zudem festzuhalten, dass der Gutachter die nötige Fachkompetenz aufwies und keine weiteren Anhaltspunkte vorliegen, welche gegen ein unabhängiges psychiatrisches Fachgutachten von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ sprechen würden.

Ob allenfalls von einer höheren Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden könnte, lässt sich aufgrund der Verdeutlichung und Aggravation durch die Versicherte nicht rechtsgenügend ermitteln. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die IV-Stelle sich auf die von den verschiedenen Gutachtern gleichermassen festgelegte und im aktuellen Gutachten bestätigte Arbeitsfähigkeit von 50% abgestützt und eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes verneint hat.

Auch die Berichte der behandelnden Ärzte vermögen an der Schlüssigkeit des psychiatrischen Gutachtens von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ nichts zu ändern. Zum einen ist ihnen (insbesondere den psychiatrischen Fachpersonen) der Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigung der Versicherten auch erst seit der Hospitalisation in der Q.\_\_\_\_\_ im Jahr 2015 persönlich bekannt. Der Hausarzt der Versicherten macht sodann geltend, dass bereits seit Jahren eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit bestehe (IV-act. 93-1/12). Zum anderen wird im psychiatrischen Gutachten von Dr.med. E.\_\_\_\_\_ nachvollziehbar dargelegt, dass rückblickend nicht ausreichend sicher zu beurteilen ist, ob zwischenzeitlich tatsächlich einmal eine depressive Episode mit höhergradiger, schwerer Symptomatik vorgelegen hat, wie aus einem Arztbericht nach stationärer psychiatrischer Behandlung hervorgeht. Dies vor allem deswegen nicht, weil die bereits in 2012 und nun auch in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung aufgefallenen erheblichen Aggravationstendenzen es wahrscheinlich machen würden, dass die Versicherte auch in zwischenzeitlichen weiteren Behandlungen jeweils Beschwerden erheblich verdeutlicht oder aggravierend dargestellt hat.

Soweit die Versicherte sinngemäss geltend macht, dass die bisherige Rechtsprechung, wonach behandelnde Arztpersonen mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 Erw. 4.5), auf behandelnde Spezialärzte nicht (mehr) angewendet werden könne, kann dem nicht gefolgt werden. Das Bundesgericht verweist auch in jüngeren Urteilen und (auch) in Bezug auf behandelnde Psychiater weiterhin auf die erwähnte Rechtsprechung (vgl.

Bundesgerichtsurteil 9C\_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1 und 9C\_11/2016 vom 22.2.2016 Erw. 4.3.2). Zudem hielt es fest, dass Auskünfte von behandelnden Arztpersonen u.a. wertvoll sind, wenn sie erweiterte Informationen über Persönlichkeit und Compliance der zu explorierenden versicherten Person erwarten lassen (Bundesgerichtsurteil 9C\_395/2016 vom 25.8.2016 Erw. 4.1 m.w.H.). Im konkreten Fall sind jedoch den Berichten der behandelnden Fachpersonen keine Informationen zu entnehmen, welche über das hinausgehen, was bereits aus der umfassenden Aktenlage und den mehrfachen psychiatrischen Untersuchungen entnommen werden kann, zumal auch die Compliance der Versicherten vorliegend nicht bestritten wird.

**6.** Demgemäss haben vorliegend keine weiteren Abklärungen, insbesondere auch nicht die Einholung eines Gerichtsgutachtens (vgl. Verwaltungsgerichtsbeschwerde vom 26.10.2017 Rz. 36), zu erfolgen.

**7.** Aus all diesen Gründen erweist sich die Beschwerde als unbegründet, weshalb sie abgewiesen wird. Diesem Ergebnis entsprechend werden die Verfahrenskosten der Beschwerdeführerin auferlegt. Eine Parteientschädigung fällt ausser Betracht.

### **Demnach erkennt das Verwaltungsgericht:**

1. Die Beschwerde wird im Sinne der Erwägungen abgewiesen.
2. Die Verfahrenskosten werden auf Fr. 500.-- festgelegt und der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie hat einen Kostenvorschuss von Fr. 500.-- bezahlt, so dass die Rechnung ausgeglichen ist.
3. Gegen diesen Entscheid kann innert 30 Tagen seit Zustellung Beschwerde\* in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, erhoben werden (Art. 42 und 82ff. des Bundesgesetzes über das Bundesgericht, BGG, SR 173.110).
4. Zustellung an:
  - den Vertreter der Beschwerdeführerin (2/R)
  - die Vorinstanz (A)
  - und das Bundesamt für Sozialversicherungen (A).

Schwyz, 14. März 2018

Im Namen des Verwaltungsgerichts

Der Vizepräsident:

Die Gerichtsschreiberin:

### **\*Anforderungen an die Beschwerdeschrift**

Die Beschwerdeschrift ist in einer Amtssprache (Deutsch, Französisch, Italienisch, Romansch Grischun) abzufassen und hat die Begehren, deren Begründung mit Angabe der Beweismittel und die Unterschrift zu enthalten. In der Begründung ist in gedrängter Form darzulegen, inwiefern der angefochtene Entscheid Recht verletzt. Die Urkunden, auf die sich die Partei als Beweismittel beruft, sind beizulegen, soweit die Partei sie in Händen hat; der angefochtene Entscheid ist beizulegen.

Versand: 23. März 2018