



**Fall-Nr.:** IV 2015/202  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 23.10.2019  
**Entscheiddatum:** 16.08.2016

### **Entscheid Versicherungsgericht, 16.08.2016**

**Lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 ("IV-Revision 6a"). Da die Rente wegen eines generalisierten Schmerzsyndroms bzw. wegen einer Fibromyalgie zugesprochen worden ist und die Gutachter der Versicherten gestützt auf eine aktuelle Untersuchung eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit bescheinigt haben, hat die IV-Stelle die IV-Rente zu Recht eingestellt. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2016, IV 2015/202). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C\_650/2016.**

Besetzung

Präsidentin Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Joachim Huber und Ralph Jöhl; Gerichtsschreiberin Lea Hilzinger

Geschäftsnr.

IV 2015/202

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber,

Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen,



## St.Galler Gerichte

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

### **Rentenrevision (Einstellung; IV-Revision 6a)**

#### **Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ meldete sich im März 2002 wegen eines generalisierten Schmerzsyndroms bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-act. 1). Sie war vom 1. Juni 1995 bis 7. März 2002 zu 80 % als Hausdienstangestellte im Alters- und Pflegeheim B.\_\_\_\_ tätig gewesen (IV-act. 7). Die Klinik Valens hatte in ihrem Austrittsbericht über den stationären Aufenthalt der Versicherten vom 15. Oktober bis 6. November 2001 (IV-act. 4-5 ff.) u.a. die Diagnose eines generalisierten Schmerzsyndroms mit/bei muskulärer Dysbalance, WS-Fehlform/Fehlhaltung, Haltungsinsuffizienz/ausgeprägter muskulärer Dekonditionierung, degenerativen LWS-Veränderungen (Spondylarthrosen), Anpassungsstörungen mit Angst und depressiver Reaktion gemischt und Burn-out-Syndrom angegeben. Die Klinikärzte hatten erklärt, dass die therapeutischen Massnahmen keine Verbesserung der generalisierten Schmerzsymptomatik gebracht hätten. Die Versicherte sei in ihrer bisherigen Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Hausärztin Dr. med. C.\_\_\_\_ berichtete am 25. März 2002 (IV-act. 4-1 ff.), dass die Versicherte seit vielen Jahren an einer Fibromyalgie leide. Im Sommer 2001 sei es zu einer akuten Verschlechterung des Krankheitsbildes gekommen. Zudem leide die Versicherte an einer reaktiven Depression. Sie sei in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Die Klinik D.\_\_\_\_ berichtete am 23. Mai 2002 (IV-act. 8-1 ff.), dass die Versicherte seit ca. drei Jahren an einem generalisierten Schmerzsyndrom/an einer Fibromyalgie/somatoformen Schmerzstörung leide. Seit Oktober 2001 sei sie wegen einer durch die zunehmenden Schmerzen bedingten starken Einschränkung der Mobilität und Beweglichkeit in jeder Tätigkeit zu 100 %



## St.Galler Gerichte

arbeitsunfähig. Die Hausärztin berichtete am 21. November 2002 (IV-act. 15), dass sich der Gesundheitszustand eher verschlechtert habe. An eine Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit sei nicht zu denken.

A.b Mit Verfügung vom 30. April 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. September 2002 bei einem IV-Grad von 100 % eine ganze Rente zu (IV-act. 27). Die Hausärztin berichtete am 2. Mai 2006, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe (IV-act. 36). Am 23. Juni 2006 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente habe (IV-act. 38). Im Verlaufsbericht vom 3. Juli 2009 gab die neue Hausärztin, Dr. med. E.\_\_\_\_, an, dass der Gesundheitszustand der Versicherten unverändert schlecht sei (IV-act. 45). Am 28. Juli 2009 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass sie weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente habe (IV-act. 48).

A.c Am 13. September 2012 eröffnete die IV-Stelle erneut ein Verfahren zur Überprüfung des Rentenanspruchs, indem sie der Versicherten einen Fragebogen zur Beantwortung zustellte (IV-act. 49 f.). Diese erklärte am 20. September 2012, dass ihr Gesundheitszustand gleich geblieben sei. Es sei ihr nicht möglich, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Am 17. Oktober 2012 teilte Dr. E.\_\_\_\_ mit, dass die Versicherte seit eineinhalb Jahren nicht mehr bei ihr in Behandlung sei (IV-act. 52).

A.d Im Januar und Februar 2013 wurde die Versicherte durch Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie und Innere Medizin, und med. pract. G.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bidisziplinär begutachtet (Gutachten vom 12. Juli 2013, IV-act. 59 f.). Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten:

- Generalisiertes Schmerzsyndrom/diffuser Weichteilrheumatismus (ICD-10: M79.0) bei/mit
  - cervicocephalen bis cervicobrachialen Beschwerden bds. (M53.0/M53.1);
  - klinisch möglichem Carpal tunnel syndrome bds. (unauffälliges ENG 10/2010), neurologische Verlaufsbeurteilung wie konservative CTS-Behandlung indiziert;



## St.Galler Gerichte

- Periarthropathia humeroscapularis tendopathica bds. (beginnende AC-Gelenks-Arthrose, Bursitis subacromialis u. initiale Supraspinatussehnentendinose im MRT Schulter links 04/2010, leichter Humeruskopfhochstand bds. im aktuellen Schulterröntgen);
- Panvertebralsyndrom mit muskulären Dysbalancen bei Haltungsinsuffizienz, Bewegungsmangel u. allg. Dekonditionierung sowie Fehlstatik bei Adipositas;
- Erstmanifestation des Schmerzsyndroms i.R. Überbelastung nach unfallbedingtem Ausfall des Ehepartners für Unterhalt von Familie und Haushalt;
- beginnender medialer und femoropatellärer Gonarthrose bds. rechtsbetont;
- beginnenden Fingerpolyarthrosen bds.;
- Symptomausweitung bei psychosozialer Belastungssituation (Migrantin ohne Berufsausbildung, seit Jahren unfallbedingt vollinvalides Ehemann);
- langjähriger ganzer Rente wegen Fibromyalgie.

Als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Gutachter an:

- Adipositas WHO-Klasse II;
- obstipationsdominantes Reizdarmsyndrom ohne endoskopisches Korrelat;
- arterielle Hypertonie (anamnestisch gut eingestellt, CvRF: Dg2, Dyslipidämie);
- anhaltende Schmerzstörung (F45.4);
- schädlicher Gebrauch von Benzodiazepinen (Lexotanil seit vielen Jahren, F13.1);
- psychosoziale Faktoren (sonstige belastende Lebensumstände, die Familie und Haushalt negativ beeinflussen [seit Jahren kranker, ebenfalls IV-berenteter Ehemann], Z63.7).



## St.Galler Gerichte

Die Versicherte gab anlässlich der Begutachtung an, aktuell an Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in die Schultern zu leiden. Zudem habe sie Schmerzen in den Fingern und Handgelenken, die ihren Schlaf beeinträchtigten. Teilweise habe sie auch Schmerzen im Ellbogenbereich. Die panvertebralen Rückenschmerzen seien in Qualität und Stärke weitgehend gleichbleibend vorhanden. Auf einer visuellen Analogskala (VAS) von 0 bis 10 betrage der aktuelle Schmerzpegel 6. Während der letzten Woche habe er minimal 5 und maximal etwa 6 betragen. Dr. F.\_\_\_\_ erklärte, dass die Versicherte ein generalisiertes, kontinuierlich vorhandenes Ganzkörperschmerzsyndrom beschrieben habe. Die Schmerzen habe sie als kontinuierlich mittelstark angegeben. Die Schmerzschilderung sei relativ gleichgültig und passiv erfolgt, sodass ein direkter Leidensdruck bei den doch in erheblicher Stärke beklagten Symptomen nicht spürbar geworden sei. Auch in der klinischen Untersuchung hätten sich zahlreiche nicht organische Zeichen wie diffuse Schmerzklagen und Fluchtreaktion gefunden. Die im Bereich des Achsenorgans beklagten Schmerzen korrelierten mit der Fehlbelastung der ungenügend trainierten Rumpfmuskulatur bei Haltungsinsuffizienz und Übergewicht. Anhaltspunkte für eine Kompromittierung neuromeningealer Strukturen bestünden klinisch nicht, ebenso fehlten klinische oder labormässige Anhaltspunkte für ein Leiden aus dem entzündlich-rheumatischen Formenkreis. Organisch fassbar bestünden Anhaltspunkte für ein möglicherweise akzentuiertes Carpaltunnelsyndrom beidseits und für Abnützungserscheinungen im Bereich der Rotatorenmanschette. Die von der Versicherten beklagten Knieschmerzen dürften Ausdruck der chronischen Überbelastung der Kniegelenke bei ungenügend trainierter Oberschenkelmuskulatur, Übergewicht und einer beginnenden Gonarthrose sein. Auch im Bereich der Hände hätten sich initiale Abnützungserscheinungen mit Finger-Polyarthrosen gezeigt. Die beschriebenen degenerativen Veränderungen seien jedoch nicht geeignet, in einer adaptierten, körperlich leichten Tätigkeit und in der Haushaltsführung eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Weit im Vordergrund stehe weiterhin ein organisch nicht hinreichend begründbares generalisiertes Schmerzsyndrom, das ursprünglich zur Zusprache einer ganzen Rente geführt habe. Aus rheumatologischer Sicht bestehe in einer rückengerechten Tätigkeit ohne schweres Heben und Tragen von Lasten, ohne vornübergeneigte, kniende oder hockende Körperpositionen und ohne gewichtsbelastete achsenferne Belastungen in den Armen oder im Überkopfbereich



eine etwa 50 %ige Arbeitsfähigkeit. Diese medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit sei zunächst nur stundenweise im Rahmen eines Arbeitstrainings oder einer beruflichen Abklärung realisierbar. Gegenüber der psychiatrischen Gutachterin med. pract. G.\_\_\_\_ gab die Versicherte an, an sehr schlimmen, unerträglichen Schmerzen an den Ellbogen, Händen, Beinen und Armen zu leiden. Die Beschwerden seien in den letzten zehn Jahren gleich geblieben und betrügen auf der VAS 10. Ihr Körper fühle sich wie ein zu enges Kleid, das drücke, an. Zudem leide sie unter Kraftlosigkeit. Ihren Tagesablauf schilderte die Versicherte wie folgt: Gegen 8 Uhr würden sie und ihr Ehemann vom gemeinsamen Sohn in dessen Wohnung gefahren, wo sie den Tag mit der Schwiegertochter und den Enkelkindern verbrächten. Gegen 21 Uhr würden sie wieder nach Hause gefahren. Die Söhne und die Schwiegertochter erledigten den Haushalt. Sie selber könne lediglich noch die Wäsche zusammenlegen. Im Sommer und im Winter fahre die Familie jeweils für ein paar Wochen nach Mazedonien, wobei der Sohn das Auto steuere. Die Fahrtzeit betrage 10 Stunden. Med. pract. G.\_\_\_\_ erklärte, dass die Versicherte die Schmerzqualität nicht genau beschreiben könne. Die Versicherte halte sich nicht für psychisch krank, weshalb sie sich nie in psychiatrische Behandlung begeben habe. Die von der Rehaklinik Valens angegebene Diagnose eines spezifischen Schmerzsyndroms (F54) sei nicht nachvollziehbar, da keine organische Störung festgestellt worden sei. Demgegenüber könne die von der Klinik D.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nachvollzogen werden. Der Migrantinnenstatus, der Unfall des Ehemannes zwei Jahre nach der eigenen Einreise in die Schweiz und die Probleme am Arbeitsplatz, die die Versicherte aus Angst vor der Kündigung und wegen eines erniedrigten Selbstwerts erduldet habe, hätten gesamthaft zu einer innerpsychischen, zusätzlich kulturell bedingten Konfliktsituation und zu einer Schmerzverstärkung geführt. Die Symptom- und Schmerzfixierung und das seit 10 Jahren "erlernte" regressive und passive Verhalten mit nahezu vollständigem Rückzug aus allen aktiven Tätigkeiten hätten bei den Kindern der Versicherten zu einer beträchtlichen persönlichen Zuwendung und Unterstützung geführt. Die Tendenz zu Passivität, Langsamkeit und Symptomverdeutlichung habe sich auch bei der jetzigen Begutachtung gezeigt. Unbewusst "profitiere" die Versicherte von der vermehrten Aufmerksamkeit, Zuwendung, Unterstützung und Entlastung und könne so Verantwortung abgeben. Dieses Verhalten münde insgesamt in einem sekundären Krankheitsgewinn. Eine psychische Komorbidität von erheblicher Schwere,



Ausprägung und Dauer liege nicht vor und es fehlten chronische körperliche Begleiterkrankungen. Die in den Jahren 2001 und 2002 durchgeführten stationären Behandlungen seien, bei viel zu niedriger Belastungstoleranz, gescheitert und weitere Therapien als nicht erfolgversprechend erachtet worden. Da die Förster-Kriterien nicht erfüllt seien, seien die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung gegeben. Im Rahmen der jetzigen Begutachtung hätten sich keinerlei Hinweise für eine depressive Episode gefunden. Die geschilderte Tagesstruktur habe zumindest emotional einiges Positives für die Versicherte zu bieten. Sie geniesse es, tagsüber mit ihren Enkelkindern zu spielen, mit ihnen zusammen zu sein und gemeinsam Kindersendungen zu schauen. Selbst der Lärm der Enkelkinder mache ihr nichts aus. Teilweise helfe sie der Schwiegertochter bei der Zubereitung des Mittagessens. Mittags liege sie zwei Stunden auf dem Sofa und schaue den Kindern zu. Sie empfinde das als sehr wohltuend und es bereite ihr Freude. Der gemessene Blutspiegel des Antidepressivums habe im unteren Normbereich gelegen. Aus heutiger Sicht liege keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr vor. Die Versicherte sei aus rein psychiatrischer Sicht mindestens seit dem Begutachtungszeitpunkt voll arbeitsfähig. In bidisziplinärer Hinsicht schätzten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit ab dem Datum der Begutachtung auf 100 %.

A.e Am 2. August 2013 teilte Dr. E.\_\_\_\_ mit, dass die Auskunft vom Oktober 2012, wonach sich die Versicherte seit eineinhalb Jahren nicht mehr bei ihr in Behandlung befinde, falsch gewesen sei (IV-act. 61). Am 7. November 2013 berichtete dieselbe Ärztin über einen stationären Gesundheitszustand (IV-act. 63). Die Prognose sei eher schlecht. Durch Analgesie, Gesprächstherapie, Antidepressiva und Physiotherapie habe keine wesentliche Zustandsbesserung erzielt werden können. Die Versicherte sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf die Hilfe der Familienangehörigen angewiesen. Die Ausübung einer Erwerbstätigkeit sei ihr weiterhin nicht zumutbar.

A.f RAD-Arzt Dr. med. H.\_\_\_\_ notierte am 22. November 2013 (IV-act. 64), dass die gutachterliche Arbeitsfähigkeitsschätzung für adaptierte Tätigkeiten insoweit widersprüchlich sei, als die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht auf 50 % und in bidisziplinärer Hinsicht auf 100 % geschätzt worden sei. Eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit adaptiert sei für ihn gut nachvollziehbar, da die festgestellten Einschränkungen am



Bewegungsapparat durch Adaptionskriterien ausgeglichen werden könnten. Auf eine Rückfrage der IV-Stelle vom 22. November 2013 (IV-act. 65) antwortete Dr. F.\_\_\_\_ am 4. Dezember 2014 (IV-act. 75), dass zu Recht auf eine Diskrepanz zwischen der von ihm im fachgutachterlichen Teil festgestellten Arbeitsfähigkeit von 50 % und der aus der Gesamtperspektive festgestellten 100 %igen Arbeitsfähigkeit hingewiesen worden sei. Die Arbeitsfähigkeit von 100 % sollte nicht ab dem Datum der Begutachtung, sondern ab dem Zeitpunkt, ab dem das Vorliegen eines Carpaltunnelsyndroms ausgeschlossen respektive adäquat behandelt worden sei und die empfohlenen rekonditionierenden Massnahmen und ein Arbeits-training (sofern bei mangelnder Kooperation überhaupt durchführbar) durchgeführt worden seien, gelten.

A.g Dr. E.\_\_\_\_ teilte am 17. Februar 2015 mit (IV-act. 82), dass der Gesundheitszustand stationär sei. Ihrer Meinung nach sei eine Arbeitsfähigkeit aufgrund der Schwere und Dauer der Krankheit nicht gegeben. Am 6. März 2015 informierte dieselbe Ärztin die IV-Stelle darüber (IV-act. 84), dass die neurologischen Abklärungen das Vorliegen eines Carpaltunnelsyndroms nicht hätten bestätigen können. Die letzte neurologische Kontrolle vor zwei Monaten sei ebenfalls unauffällig gewesen. Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurologie FMH, erklärte in seinen am 24. März 2015 eingereichten Berichten vom 2. Dezember 2014 und vom 30. Januar 2015 (IV-act. 89), dass die elektroneurographischen Befunde keine Hinweise auf ein Carpaltunnelsyndrom, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom, eine motorische C7-Th1-Nervenwurzelläsion, eine untere Plexus brachialis-Läsion links oder eine Polyneuropathie ergeben hätten. Auch elektromyografisch hätten sich keine Hinweise auf eine motorische C5-C7-Nervenwurzelläsion oder eine obere Plexus brachialis-Läsion links gezeigt. Bei den Beschwerden der Versicherten handle es sich am ehesten um eine Zervikobrachialgie linksbetont im Rahmen der muskuloskelettalen Schmerzen bei rheumatischer Erkrankung. RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ notierte am 7. April 2015 (IV-act. 91), dass Dr. I.\_\_\_\_ die beschriebene Zervikobrachialgie links in Übereinstimmung mit Dr. F.\_\_\_\_ am ehesten im Rahmen von muskuloskelettalen Schmerzen bei rheumatischer Erkrankung sehe. Nachdem das Vorliegen eines Carpaltunnelsyndroms wie auch anderer neurologischer Störungen ausgeschlossen worden sei, sei von einer 100 %igen Arbeitsfähigkeit in einer körperlich adaptierten Tätigkeit auszugehen.



## St.Galler Gerichte

A.h Mit Vorbescheid vom 8. April 2015 kündigte die IV-Stelle der Versicherten die Aufhebung der Rente an (IV-act. 94). Zur Begründung führte sie an, dass den Unterlagen keine objektivierbaren anatomischen Befunde zu entnehmen seien, die aus versicherungsmedizinischer Sicht eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit begründeten. Es bestünden keine Anhaltspunkte für eine psychiatrische Komorbidität oder sonstige schwere Funktionseinschränkungen. Auch die übrigen Förster-Kriterien lägen nicht in einem erheblichen Ausmass vor. Die Versicherte habe daher für die Zukunft gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Dagegen liess die Versicherte durch ihre Rechtsvertreterin am 19. Mai 2015 einwenden (IV-act. 99), dass aktuell keine volle Arbeitsfähigkeit gegeben sei, da gemäss Dr. F.\_\_\_\_ vor einem Einstieg in den Erwerbsprozess rekonditionierende Massnahmen ergriffen werden müssten. Hinzu komme, dass eine derart unterschiedliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (zunächst 50 %ige, dann 100 %ige Arbeitsfähigkeit adaptiert) in ein und demselben Gutachten Zweifel an der Begutachtung wecke. Dieser Mangel habe sich auch durch die ergänzende Stellungnahme des Gutachters nicht ausräumen lassen, zumal diese erst eineinhalb Jahre nach der Begutachtung und ein Jahr nach der Rückfrage erfolgt sei. Auch das psychiatrische Teilgutachten werde angezweifelt, da keine ausreichende Abhandlung der Förster-Kriterien stattgefunden habe, sondern diese in pauschaler Weise verneint worden seien. Die Gutachter hätten auch nicht gewusst, dass sich die Versicherte in ständiger Behandlung bei ihrer Hausärztin befinde. Diese Tatsache wäre für die Beurteilung der Förster-Kriterien von wesentlicher Bedeutung gewesen. Die Rechtsvertreterin beantragte die Durchführung einer Oberbegutachtung.

A.i Mit Verfügung vom 26. Mai 2015 (IV-act. 100) hob die IV-Stelle die ganze Rente der Versicherten auf den ersten Tag des zweiten Monats nach der Zustellung der Verfügung hin auf. Zu den Einwendungen der Rechtsvertreterin hielt sie fest, dass eine Oberbegutachtung nicht notwendig sei, da aufgrund der weiteren Abklärungen das Vorliegen eines Karpaltunnelsyndroms und eines Sulcus-ulnaris-Syndroms habe ausgeschlossen werden können.

B.



B.a Gegen diese Verfügung liess die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 29. Juni 2015 Beschwerde erheben (act. G 1). Ihre Rechtsvertreterin beantragte die Aufhebung der Verfügung und die Weiterausrichtung einer ganzen Rente. Eventualiter sei die Sache zur umfassenden Neuabklärung an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Subeventualiter habe das Versicherungsgericht aufgrund der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (9C\_494/2014) ein Gutachten in Auftrag zu geben. Der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen. In Ergänzung zu den Einwänden im Vorbescheidverfahren machte die Rechtsvertreterin geltend, dass die Schlussbestimmungen zur IVG-Revision 6a vor dem Grundsatz des Vertrauensschutzes fragwürdig erschienen. Der Gesetzgeber habe Grenzen der Zumutbarkeit festgelegt, indem er die Bestimmungen für Personen, die im Zeitpunkt der Inkraftsetzung des Gesetzes über 55 Jahre alt gewesen seien oder für Personen mit einer Rentenbezugsdauer von über 15 Jahren für nicht anwendbar erklärt habe. Diese Eckpfeiler könnten die rechtsanwendenden Behörden aufgrund des Eingriffs in den Vertrauensschutz jedoch nicht davon entbinden, auch in Fällen, in denen diese Voraussetzungen nicht erfüllt seien, eine Zumutbarkeitsüberprüfung vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin sei im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Schlussbestimmungen 53 Jahre alt gewesen. Dass ein Revisionsverfahren nach der IVG-Revision 6a durchgeführt werde, sei ihr am 30. Dezember 2014 mitgeteilt worden, d.h. als sie 55 Jahre alt gewesen sei. Im Zeitpunkt der Renteneinstellung sei sie 56 Jahre alt gewesen. Inzwischen sei die Beschwerdeführerin in einem Alter, in welchem der Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess als nicht mehr zumutbar erscheine. Hinzu komme, dass sich der Wiedereinstieg aufgrund der notwendigen Rekonditionierung und des Arbeitstrainings verzögern würde. Eine Renteneinstellung erscheine deshalb als nicht zumutbar. Im Übrigen erfülle das Gutachten die vom Bundesgericht mit dem Urteil 9C\_492/2014 aufgestellten Voraussetzungen an die Beweiswürdigung nicht.

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragte am 1. Oktober 2015 die Abweisung der Beschwerde (act. G 8). Sie brachte vor, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Einleitung der Rentenrevision, die mit dem Versand des Fragebogens am 13. September 2012 erfolgt sei, erst 53 Jahre alt gewesen sei. Die Frist zur Überprüfung der IV-Rente sei folglich eingehalten worden. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung sei eine Dekonditionierung nicht invalidisierend. Der Beschwerdeführerin wäre es aufgrund ihrer Selbsteingliederungs- und



Schadenminderungspflicht ohne weiteres zumutbar gewesen, durch eine adäquate Lebensweise die Folgen der Dekonditionierung zu überwinden. Entgegen der Ansicht von Dr. F.\_\_\_\_ sei die Dekonditionierung bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung daher nicht zu berücksichtigen. Ein Arbeitstraining sei nicht durchzuführen, da die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich medizinisch-theoretisch zu bestimmen sei und die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer pessimistischen Selbsteinschätzung eine solche ohnehin nur dazu nutzen würde, ihre Arbeitsunfähigkeit zu "beweisen". Beim entsprechenden Vorschlag von Dr. F.\_\_\_\_ habe es sich lediglich um eine therapeutische Empfehlung ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gehandelt. Des Weiteren gebe es keine Hinweise, dass med. pract. G.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin nicht ausführlich und kompetent untersucht hätte. Ihr sei bekannt gewesen, dass die Beschwerdeführerin von Dr. E.\_\_\_\_ behandelt werde. Aus der regelmässigen hausärztlichen Behandlung könne die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Zudem sei der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Stellung überwiegend zugunsten ihrer Patienten aussagten. Die attestierte somatoforme Schmerzstörung finde ihre Erklärung in den belastenden psychosozialen Umständen. Auch unter Berücksichtigung des neuen Bundesgerichtsurteils ergäben sich keine Gesichtspunkte, die für eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sprechen würden. Weitere medizinische Abklärungen seien daher nicht angezeigt.

B.c In ihrer Replik vom 3. März 2016 machte die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ergänzend geltend (act. G 18), es könne nicht davon ausgegangen werden, dass sich Dr. F.\_\_\_\_ zwei Jahre nach der Begutachtung noch an diese habe erinnern können. Die psychiatrische Gutachterin habe keine Kenntnis davon gehabt, dass sich die Beschwerdeführerin in Behandlung bei Dr. E.\_\_\_\_ befunden habe. Ausserdem sei eine vertiefte psychiatrische Abklärung dringend angezeigt, da der behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin eine 100 %ige Arbeitsunfähigkeit bescheinigt habe. Med. pract. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hatte der Hausärztin am 19. Januar 2016 berichtet (act. G 18.1), dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_ aufgrund der gestellten Diagnosen nachvollziehbar sei. Allerdings habe die Beschwerdeführerin beim Erstgespräch berichtet, dass die psychiatrische Gutachterin sie sehr schlecht behandelt habe. So habe sich die Beschwerdeführerin bei der Begutachtung ausziehen und danach lange



warten müssen. Ein Vergleich des psychopathologischen Befundes im Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung und im Zeitpunkt des Erstgesprächs am 14. Oktober 2015 zeige, dass sich der Gesundheitszustand seit der Begutachtung wesentlich verschlechtert habe. Die Beschwerdeführerin leide an einer schwergradigen depressiven Episode. Es sei schwierig, zu sagen, wann die gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei. Wahrscheinlich habe sich die depressive Episode langsam entwickelt. Gestützt auf die anamnestischen Angaben sei davon auszugehen, dass die depressiven Symptome ca. ein Jahr vor dem Erstgespräch, d.h. im Herbst 2014, aufgetreten seien. Die Beschwerdeführerin sei voll arbeitsunfähig.

B.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf eine Duplik (vgl. act. G 19 f.).

### Erwägungen

1.

1.1 Die Beschwerdeführerin hat ab dem 1. September 2002 eine ganze Rente der Invalidenversicherung bezogen. Die Beschwerdegegnerin hat die Rentenleistungen mit der angefochtenen Verfügung vom 26. Mai 2015 per 1. Juli 2015 aufgehoben. Strittig ist demnach, ob die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2015 weiterhin einen Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

1.2 Gemäss der am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) vom 18. März 2011 ("IV-Revision 6a") werden Invalidenrenten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren seit Inkrafttreten dieser Änderungen überprüft. Sind die Voraussetzungen von Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Keine Anwendung findet diese Bestimmung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet worden ist, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung bezogen haben (Abs. 4). Die Überprüfung der Rente



ist im September 2012 eingeleitet worden und somit innerhalb von drei Jahren seit Inkrafttreten der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision erfolgt. Zudem ist die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Gesetzesänderung erst 52 Jahre alt gewesen und hat die Rente im Zeitpunkt der Einleitung der Überprüfung erst seit 10 Jahren bezogen.

1.3 Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat geltend gemacht, dass die Beschwerdegegnerin, obwohl die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Inkrafttretens der Schlussbestimmungen das 55. Altersjahr noch nicht erreicht hatte und bei der Einleitung der Überprüfung kein 15-jähriger Rentenbezug vorgelegen hatte, gestützt auf den Grundsatz des Vertrauensschutzes eine Zumutbarkeitsprüfung hätte vornehmen müssen. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung hat der Gesetzgeber mit lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision bereits eine Abwägung der Interessen der versicherten Person am Weiterbezug der Rente einerseits und der Öffentlichkeit an der Aufhebung von ohne ausreichende medizinische Grundlage zugesprochenen Renten bzw. der rechtsgleichen Behandlung aller Versicherten mit identischem Beschwerdebild andererseits vorgenommen und erstere aus Gründen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes in den genannten Fällen höher gewichtet. Eine darüber hinausgehende, in sämtlichen Fällen stets systematisch vorzunehmende Verhältnismässigkeitsprüfung sei demgegenüber gesetzlich nicht explizit verankert. Eine solche finde jedoch bereits auf der Stufe der medizinischen Abklärungen statt. Zudem sei die voraussetzungslose Aufhebung oder Herabsetzung bestehender Renten bei entsprechender medizinischer Grundlage nicht unbesehen zulässig. Vielmehr habe der Gesetzgeber verschiedene Abfederungsmechanismen vorgesehen (Ausschlussklausel für ältere oder langjährige Rentenbezüger, dreijähriges Zeitfenster für die Rentenüberprüfung, spezielle Integrationsmassnahmen). Des Weiteren seien die Wiedereingliederungschancen unter besonderem Augenmerk auf die Aspekte des Alters der Betroffenen und der Dauer der Erwerbslosigkeit zu prüfen. Dadurch werde der bundesrätlich wie auch in der Lehre nachdrücklich gestellten Forderung Genüge getan, den Verhältnissen jedes Einzelfalles angemessen Rechnung zu tragen und in derartigen Konstellationen jeweils eine sorgfältige Güterabwägung vorzunehmen, auf deren Basis zuverlässig beurteilt werden könne, ob eine Anpassung im konkreten Fall als verhältnismässig erscheine (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 6. März 2014, 8C\_773/2013 E. 4.2 und 4.3 mit Hinweisen). Nach dem Gesagten ist eine



zusätzliche, einzelfallbezogene Zumutbarkeitsbeurteilung, wie sie die Rechtsvertreterin gefordert hat, nicht angezeigt.

1.4 Zu prüfen bleibt, ob die Rente aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen worden ist. Die Klinik Valens hat als Diagnose ein generalisiertes Schmerzsyndrom, die damalige Hausärztin eine Fibromyalgie und die Klinik D.\_\_\_\_ ein generalisiertes Schmerzsyndrom (resp. eine Fibromyalgie/somatoforme Schmerzstörung), angegeben. Die Rente ist demzufolge wegen eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage zugesprochen worden. Somit ist nachfolgend umfassend zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juli 2015 weiterhin einen Rentenanspruch gehabt hat. Der IV-Grad ist dabei anhand des in diesem Zeitpunkt aktuellen Sachverhalts zu prüfen. Massgebend ist also der Gesundheitszustand resp. die Arbeitsfähigkeit im Zeitpunkt des Erlasses der Einstellungsverfügung, d.h. am 26. Mai 2015.

2.

2.1 Die Beschwerdeführerin hat weiterhin einen Anspruch auf eine IV-Rente, sofern sie im Wirkungszeitpunkt der angefochtenen Verfügung zu mindestens zu 40 Prozent invalid gewesen ist (Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG). Invalidität ist gemäss Art. 8 Abs. 1 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch eine 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). Gemäss Art. 28a Abs. 1 IVG i.V.m. Art. 16 ATSG ist die Invalidität grundsätzlich durch einen Einkommensvergleich zu ermitteln. Dabei wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (zumutbares Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Einkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen).



2.2 Um das Invalideneinkommen und damit den IV-Grad ermitteln zu können, muss die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt feststehen.

2.3 In somatischer Hinsicht hat Dr. F.\_\_\_\_ erklärt, dass weit im Vordergrund ein organisch nicht hinreichend begründbares generalisiertes Schmerzsyndrom stehe. Die im Bereich des Achsenorgans beklagten Schmerzen korrelierten mit der Fehlbelastung der ungenügend trainierten Rumpfmuskulatur bei Haltungsinsuffizienz und Übergewicht. Organisch fassbar bestünden Anhaltspunkte für ein Carpaltunnelsyndrom beidseits und für Abnützungserscheinungen im Bereich der Rotatorenmanschette. Die geltend gemachten Knieschmerzen dürften Ausdruck der chronischen Überbelastung der Kniegelenke bei ungenügend trainierter Oberschenkelmuskulatur, Übergewicht und einer beginnenden Gonarthrose sein. Zudem bestünden beginnende Fingerpolyarthrosen beidseits. Die beschriebenen degenerativen Veränderungen seien jedoch nicht geeignet, in einer körperlich leichten, adaptierten Tätigkeit und in der Haushaltsführung eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Trotzdem hat Dr. F.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin aus rein rheumatologischer Sicht eine 50 %ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die bidisziplinäre Beurteilung hat dann allerdings eine Arbeitsfähigkeit von 100 % in einer adaptierten Tätigkeit ergeben. Dr. F.\_\_\_\_ hat diesen Widerspruch in einer ergänzenden Stellungnahme damit begründet, dass die Arbeitsfähigkeit von 50 % solange Gültigkeit habe, bis das Vorliegen eines Carpaltunnelsyndroms ausgeschlossen und rekonditionierende Massnahmen und ein Arbeitstraining durchgeführt worden seien. Die nachträglichen neurologischen Abklärungen haben ergeben, dass die Beschwerdeführerin nicht an einem Carpaltunnelsyndrom leidet. Die Dekonditionierung ist bei der Invaliditätsbemessung ausser Acht zu lassen, da davon auszugehen ist, dass sie mit therapeutischen Massnahmen innert weniger Wochen behoben werden kann. Wie die Beschwerdegegnerin zu Recht geltend gemacht hat, ist es der Beschwerdeführerin gestützt auf die ihr obliegende Schadenminderungspflicht zumutbar, selbständig die notwendigen Massnahmen zu ergreifen respektive einzuleiten, um die Dekonditionierung zu überwinden. Die Dekonditionierung ist folglich nicht geeignet, eine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit zu begründen. Im Übrigen überzeugt die Einschätzung von RAD-Arzt Dr. H.\_\_\_\_ und Dr. F.\_\_\_\_, dass die Einschränkungen am Bewegungsapparat mittels Adaptionskriterien ausgeglichen werden können, angesichts der geringfügigen objektiven Befunde.



2.4 Entgegen der Behauptung der Rechtsvertreterin ist das Gutachten von Dr. F.\_\_\_\_ nicht schon deshalb nicht beweiskräftig, weil dieser sich bezüglich der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht unklar ausgedrückt hat. Dr. F.\_\_\_\_ hat in seiner ergänzenden Stellungnahme nachvollziehbar begründet, weshalb er die Arbeitsfähigkeit adaptiert im fachgutachterlichen Teil auf 50 % und im interdisziplinären Teil auf 100 % eingeschätzt hat. Zwar ist die Stellungnahme tatsächlich erst rund eineinhalb Jahre nach der Begutachtung erfolgt. Allerdings ist es lediglich um eine sprachliche Präzisierung, also nicht um eine materielle Ergänzung des Gutachtens, gegangen. Um eine solche Korrektur vornehmen zu können, reicht es nach der allgemeinen Lebenserfahrung aus, das Gutachten noch einmal durchzulesen, auch wenn dieses vor längere Zeit verfasst worden ist. Dass sich Dr. F.\_\_\_\_ im Gutachten zunächst unklar ausgedrückt hat, schmälert daher den Beweiswert des Gutachtens nicht. Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Verfügungszeitpunkt in einer adaptierten Tätigkeit aus somatischer Sicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen ist.

2.5 In psychiatrischer Hinsicht ist zunächst auf den von der Beschwerdeführerin gegenüber dem behandelnden Psychiater geäußerten Vorwurf einzugehen, dass die psychiatrische Gutachterin med. pract. G.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin sehr schlecht behandelt habe, namentlich dass die Beschwerdeführerin sich bei der Untersuchung habe ausziehen und danach lange warten müssen. Aus dem Gutachten geht hervor, dass für die psychiatrische Exploration notfallmässig K.\_\_\_\_ sprechender Dolmetscher hat hinzugezogen werden müssen. Dies könnte eine Erklärung für die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte längere Wartezeit sein. Da eine psychiatrische Exploration keine körperliche Untersuchung an sich beinhaltet, ist der Vorwurf bezüglich des Entkleidens nicht glaubhaft. Hinzu kommt, dass weder die Beschwerdeführerin noch ihre Rechtsvertreterin diese Vorwürfe im Rahmen des Verwaltungs- oder Beschwerdeverfahrens (explizit) vorgebracht haben; sie gehen lediglich aus dem mit der Replik eingereichten Bericht des behandelnden Psychiaters hervor. Demnach ist davon auszugehen, dass die psychiatrische Begutachtung lege artis erfolgt ist. Der Vorwurf der Beschwerdeführerin, sie sei von der psychiatrischen Gutachterin schlecht behandelt worden, lässt folglich keine Zweifel an der Überzeugungskraft des Gutachtens entstehen.



2.6 Die psychiatrische Gutachterin hat als Diagnosen eine anhaltende Schmerzstörung, einen schädlichen Gebrauch von Benzodiazepinen und psychosoziale Faktoren angegeben. All diesen Diagnosen hat sie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen. Sie hat zudem keinerlei Hinweise für das Vorliegen einer depressiven Episode gefunden.

2.7 Die Beschwerdeführerin hat mit der Replik geltend gemacht, dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand seit der Begutachtung verschlechtert habe. Med. pract. J. \_\_\_ hat in seinem Bericht vom 19. Januar 2016 erklärt, dass sich die Beschwerdeführerin seit dem 14. Oktober 2015 in seiner Behandlung befinde. Als Diagnose hat er eine schwergradige depressive Episode angegeben und die Arbeitsunfähigkeit auf 100 % geschätzt. Aufgrund der anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass die Verschlechterung ca. ab Herbst 2014 eingetreten sei. Im vorliegenden Verfahren ist der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ausschliesslich bis und mit Verfügungserlass, d.h. dem 26. Mai 2015, relevant. Die Hausärztin der Beschwerdeführerin hat im Februar 2015 berichtet (IV-act. 82), dass der Gesundheitszustand unverändert sei. Insbesondere hat sie nicht erwähnt, dass die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich eine depressive Symptomatik entwickelt hätte. Es ist davon auszugehen, dass die Hausärztin, obwohl sie nicht über psychiatrische Fachkenntnisse verfügt, eine erhebliche Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes erkannt hätte, zumal sie die Beschwerdeführerin seit Jahren regelmässig betreut. Die Angabe der Hausärztin in ihrem Bericht vom Februar 2015 leuchtet auch vor dem Hintergrund, dass sich die Beschwerdeführerin erst im Oktober 2015 in psychiatrische Behandlung begeben hat, ein. Die rein auf den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin beruhende Beurteilung von med. pract. J. \_\_\_, wonach bereits im Herbst 2014 eine erhebliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei, überzeugt daher nicht. Für den Zeitraum März 2015 bis zum Verfügungserlass im Mai 2015 liegen keine medizinischen Berichte im Recht. Grundsätzlich müsste also noch abgeklärt werden, ob die geltend gemachte schwere Depression in diesem Zeitraum ausgebrochen ist. Allerdings hat sich die Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt noch nicht in psychiatrischer Behandlung befunden. Da einem Allgemeinmediziner erfahrungsgemäss das Fachwissen fehlt, um die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person aus psychiatrischer Sicht einschätzen zu können, ist eine durch eine Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes



bedingte Arbeitsunfähigkeit vor Verfügungserlass gar nicht mehr mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisbar. Die nachteiligen Folgen der Beweislosigkeit hat die Beschwerdeführerin zu tragen (vgl. BGE 117 V 261 E. 3b). Nach dem Gesagten ist in antizipierter Beweiswürdigung davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit bis und mit Verfügungserlass nicht an einer die Arbeitsfähigkeit beeinflussenden depressiven Symptomatik gelitten hat.

2.8 Mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden geändert (vgl. z.B. IV-Rundschreiben Nr. 334). Die neue Praxis gelangt auch bei Rentenüberprüfungen gemäss lit. a der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision zur Anwendung (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Februar 2016, 9C\_354/2015 E. 5). Nach dem alten Verfahrensstandard eingeholte Gutachten haben durch die Praxisänderung nicht per se ihren Beweiswert verloren. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält. In jedem einzelnen Fall ist zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 281 E. 8). Nachfolgend ist somit zu prüfen, ob das psychiatrische Teilgutachten von med. pract. G. \_\_\_ mit Bezug auf die Diagnose einer anhaltenden Schmerzstörung eine schlüssige Beurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit im Lichte der neuen Rechtsprechung erlaubt.

2.9 Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 die bisherige Vermutung, dass der versicherten Person eine Willensanstrengung zuzumuten sei, mit welcher die Folgen einer somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens überwunden werden könnten, aufgegeben. Neu muss eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung anhand eines Kataloges von Indikatoren des tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens erfolgen. Die Handhabung des Katalogs muss stets den Umständen des Einzelfalls gerecht werden; es handelt sich nicht um eine "abhakbare Checkliste". Die im Regelfall beachtlichen Standardindikatoren sind:



## St.Galler Gerichte

### 1. Funktioneller Schweregrad:

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde und Symptome;
- Behandlungserfolg oder -resistenz;
- Komorbiditäten;
- "Persönlichkeit" (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen);
- sozialer Kontext.

### 2. Konsistenz (Gesichtspunkte des Verhaltens):

- Gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (sozialer Rückzug, Ressourcen);
- Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen;
- Verhalten im Rahmen der beruflichen (Selbst-)Eingliederung.

Die Beschwerdeführerin hat anlässlich der Begutachtung über Schmerzen am ganzen Körper, insbesondere über Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern, Schmerzen in den Fingern und Handgelenken und im Ellbogenbereich und Schmerzen in der gesamten Wirbelsäule geklagt. Dr. F. \_\_\_ hat allerdings erklärt, dass die Schmerzschilderung relativ gleichgültig und passiv erfolgt sei, sodass ein direkter Leidensdruck bei den doch in erheblicher Stärke beklagten Symptomen nicht spürbar geworden sei. Der psychiatrischen Gutachterin ist aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin die Schmerzqualität nicht genau beschreiben können. Die Beschwerdeführerin habe lediglich erklärt, dass es sich wie ein zu enges Kleid anfühle. Bezüglich der Schmerzintensität sind die Aussagen der Beschwerdeführerin gegenüber den beiden Gutachtern zudem widersprüchlich gewesen. Während sie gegenüber dem rheumatologischen Gutachter von einem aktuellen Wert von 6 auf der VAS gesprochen hat, hat sie gegenüber der psychiatrischen Gutachterin angegeben, unter schlimmen,



unerträglichen Schmerzen zu leiden, die auf der VAS 10 betragen. Wie stark die Beschwerdeführerin durch die Schmerzen tatsächlich eingeschränkt ist, bleibt somit unklar. Auch das tiefe Aktivitätsniveau im Alltag vermag nichts über den Schweregrad der Einschränkungen auszusagen, da das regressive und passive Verhalten und der nahezu vollständige Rückzug aus allen aktiven Tätigkeiten zu einer beträchtlichen persönlichen Zuwendung und Unterstützung durch die Kinder geführt haben (sekundärer Krankheitsgewinn). Unter Berücksichtigung des Grundsatzes, dass die Beschwerdeführerin den Nachteil der Beweislosigkeit zu tragen hat, kann unter Beachtung der aufgezeigten Widersprüche nicht davon ausgegangen werden, dass die Ausprägung der durch die anhaltende Schmerzstörung bedingten Symptome im Alltag erheblich sind. Die Beschwerdeführerin hat gemäss eigenen Aussagen bis zum Verfügungserlass – wohl mit Ausnahme der stationären Aufenthalte in der Klinik Valens im Jahr 2001 und der Klinik D.\_\_\_\_ im Jahr 2002 – nie in psychiatrischer oder psychologischer Behandlung gestanden. Die Hausärztin hat erklärt, dass sie mit der Beschwerdeführerin eine Gesprächstherapie durchgeführt habe. Einerseits ist nicht klar, wie oft Gespräche stattgefunden haben. Andererseits vermag eine Gesprächstherapie durch die Hausärztin keine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zu ersetzen. Da die Tatsache, dass die Hausärztin mit der Beschwerdeführerin eine Gesprächstherapie durchgeführt hat, für die Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht von Relevanz ist, spielt es auch keine Rolle, dass die psychiatrische Gutachterin über diese Therapie nicht informiert gewesen ist. Mit Bezug auf die in Anspruch genommenen Behandlungen ist schliesslich noch anzumerken, dass aufgrund des anlässlich der Begutachtung gemessenen Blutspiegels davon ausgegangen werden muss, dass die Beschwerdeführerin das verordnete Antidepressivum nicht regelmässig einnimmt. Obwohl die Beschwerdeführerin bis zum Verfügungserlass nie in psychiatrischer Behandlung gestanden hat, ist die psychiatrische Gutachterin davon ausgegangen, dass eine nochmalige stationäre Psychotherapie oder eine ambulante Therapie keine Verbesserung des schmerzfixierten Zustandsbildes erbringen könnten, d.h. dass ein therapieresistenter Zustand besteht. Auf der Persönlichkeitsebene kann die Beschwerdeführerin durchaus Ressourcen vorweisen. So verbringt sie fünf Tage pro Woche bei ihrer Schwiegertochter und den Enkelkindern, mit denen sie spielt und die ihr Freude bereiten. Der durch die Enkelkinder verursachte Lärm macht ihr nichts aus. Zudem hilft



sie der Schwiegertochter teilweise bei der Zubereitung des Mittagessens. Ausserdem geht sie täglich zwei bis dreimal etwa eine halbe Stunde lang spazieren (IV-act. 60-13). Die Beschwerdeführerin leidet weder an einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung noch an einer psychischen Komorbidität. Zusammengefasst ist festzuhalten, dass die Ausprägung der Befunde und Symptome und die dadurch verursachten Einschränkungen im Alltag als gering einzustufen sind, dass die Beschwerdeführerin über erhebliche Ressourcen verfügt, dass sie sich nie einer adäquaten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung unterzogen hat und dass weder eine organische noch eine psychische Komorbidität bestehen. Insgesamt ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, die subjektiv empfundenen Schmerzen willentlich zu überwinden und einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Einschätzung von med. pract. G.\_\_\_\_, wonach die Beschwerdeführerin in einer körperlich adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist, überzeugt demnach auch vor dem Hintergrund der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung. Die Einschätzung der Hausärztin, dass die Beschwerdeführerin in jeglicher Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig sei, überzeugt nicht. Aus ihren Berichten geht nämlich hervor, dass ihre Beurteilung die subjektive Einschätzung der Beschwerdeführerin widerspiegelt. Bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung geht es jedoch nicht darum, inwieweit sich eine versicherte Person noch arbeitsfähig fühlt, sondern darum, welche Arbeitsleistung ihr aus objektiver Sicht zumutbar ist. Die Beschwerdeführerin ist folglich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit im Zeitpunkt des Verfügungserlasses in einer körperlich adaptierten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig gewesen.

3.

3.1 Die angefochtene Verfügung enthält keine Invaliditätsbemessung. Den Akten ist zu entnehmen (IV-act. 92), dass die Beschwerdegegnerin das Validen- und das Invalideneinkommen anhand von Tabellenlöhnen ermittelt hat. Dabei hat sie das durchschnittliche Einkommen einer Hilfsarbeiterin im Jahr 2012 von Fr. 51'444.-- wegen Minderverdienst auf Fr. 45'699.-- reduziert. Da sie das Validen- und Invalideneinkommen auf je Fr. 45'699.-- festgesetzt hat, hat ein IV-Grad von 0 % resultiert. In der ursprünglichen Rentenverfügung ist die Beschwerdegegnerin noch davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin als zu 80 % erwerbstätig und als zu



20 % im Haushalt tätig zu qualifizieren ist. Da die Beschwerdeführerin damals im Erwerbsbereich und im Haushalt als zu 100 % arbeitsunfähig eingestuft worden ist, hat der IV-Grad 100 % betragen. Der IV-Grad ist ursprünglich also anhand der gemischten Methode berechnet worden. Bevor die Beschwerdeführerin erkrankt ist, hat sie etwas mehr als 60 % gearbeitet (IV-act. 7-2). Damals hat sie zusammen mit ihrem Mann, ihrem älteren Sohn, dessen Ehefrau, dem Enkelkind und dem jüngeren, 16-jährigen Sohn eine 4.5-Zimmerwohnung bewohnt (IV-act. 8-9). Zwischenzeitlich ist der ältere Sohn mit seiner Familie ausgezogen (IV-act. 60-13) und der jüngere Sohn wird seine berufliche Ausbildung abgeschlossen haben. Somit sind keine Gründe ersichtlich, weshalb die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich nicht 100 % erwerbstätig sein sollte, zumal ihr Ehemann eine ganze IV-Rente bezieht und demzufolge keine hohen Einnahmen an den gemeinsamen Lebensunterhalt beisteuert (IV-act. 4-8). Der IV-Grad ist demnach anhand eines reinen Einkommensvergleichs zu berechnen. Aus dem Arbeitgeberbericht geht nicht hervor, welche Arbeiten zum Tätigkeitsbereich der Beschwerdeführerin als Hausdienstangestellte gehört haben. Im Bericht der Klinik Valens wird erwähnt, dass die Beschwerdeführerin Arbeiten in der Wäscherei und im Speisesaal sowie Reinigungsarbeiten erledigt hat (IV-act. 4-8). Gegenüber den Gutachtern hat die Beschwerdeführerin die folgenden Tätigkeiten genannt: Reinigung des Parketts mit einer Blockmaschine, Reinigung der Fenster und Türen, Bügeln und Aussortieren der Wäsche und Mithilfe bei der Zubereitung der Mahlzeiten und bei Arbeiten im Speisesaal. Ob es sich bei der angestammten Tätigkeit um eine voll adaptierte Tätigkeit gehandelt hat, haben die Gutachter nicht dargelegt. Da auch kein rentenbegründender IV-Grad resultiert, wenn davon ausgegangen wird, dass es sich bei der angestammten Tätigkeit als Hausdienstangestellte teilweise um eine nicht adaptierte Tätigkeit gehandelt hat, kann diese Frage offen gelassen werden. Die Beschwerdeführerin hat zuletzt im Jahr 2002 ein Erwerbseinkommen erzielt. Wie sich das Einkommen der Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Probleme in den letzten 15 Jahren entwickelt hätte, kann heute nicht mehr eruiert werden. Das Valideneinkommen des Jahres 2015 kann daher nicht gestützt auf das zuletzt erzielte Einkommen ermittelt werden. Für die Ermittlung des Valideneinkommens und des Invalideneinkommens ist daher auf dieselben Tabellenlöhne abzustellen, weshalb ein Prozentvergleich vorgenommen werden kann. Ob im vorliegenden Fall ein Tabellenlohnabzug gerechtfertigt ist, kann offengelassen werden, da auch beim



gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung maximal zulässigen Abzug von 25 % ein nicht rentenbegründender IV-Grad von 25 % resultiert (vgl. BGE 126 V 75 E. 5 und Urteil des Bundesgerichts vom 12. April 2016, 9C\_134/2016 E. 5.1). Der Vollständigkeit halber bleibt anzumerken, dass auch bei der Anwendung der gemischten Methode kein rentenbegründender IV-Grad resultieren würde. Die Beschwerdeführerin hat die Rente der Beschwerdeführerin daher zu Recht per 1. Juli 2015 eingestellt.

3.2 Demnach ist die Beschwerde abzuweisen. Ein Entscheid über die aufschiebende Wirkung der Beschwerde erübrigt sich mit diesem Urteil.

4.

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. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Die Gerichtsgebühr ist durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die vollumfänglich unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung.

### **Entscheid**

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.