



Fall-Nr.: IV 2016/215
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 25.09.2019
Entscheiddatum: 27.11.2018

Entscheid Versicherungsgericht, 27.11.2018

Art. 28 IVG, Art. 17 Abs. 1 ATSG. Rentenaufhebung. Gestützt auf das beweiskräftige Gutachten hat sich der Gesundheitszustand dahingehend verändert, dass kein rentenbegründender Invaliditätsgrad mehr gegeben ist. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit hatten vorgängig keine weiteren Eingliederungsmassnahmen zu erfolgen (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 27. November 2018, IV 2016/215). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_56/2019.

Besetzung

Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiber

Markus Lorenzi

Geschäftsnr.

IV 2016/215

Parteien

A.____,

Beschwerdeführerin,

gegen

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



Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich im August 2000 wegen Weichteil-Rheumatismus und Depressionen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an. Zuletzt war sie bis Ende November 1999 als Serviceangestellte angestellt gewesen (IV-act. 1).

A.b Mit Bericht vom 18. September 2000 diagnostizierte der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, ein Fibromyalgiesyndrom bei chronisch-depressiver Entwicklung und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 100% ab 21. September 1999. Die Versicherte leide an einem Vollbild einer therapieresistenten Fibromyalgie. Aufgrund des aktuellen Zustands seien berufliche Tätigkeiten und Abklärungen für berufliche Massnahmen nicht vorstellbar. Die Prognose sei schlecht (IV-act. 5).

A.c In der Folge wurde die Versicherte auf Veranlassung der IV-Stelle im März 2001 rheumatologisch (durch Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Physikalische Medizin und Rheumatologie) und psychiatrisch (durch Dr. med. D.____, Spezialarzt Psychiatrie und Psychotherapie) begutachtet. Die Ärzte diagnostizierten eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11), ein Fibromyalgiesyndrom sowie ein mässiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen und Hypermobilitäten der unteren Lendenwirbelsäule. Die Arbeitsfähigkeit sei aufgrund der psychiatrischen Entwicklung mit einer deutlich depressiven Störung im Rahmen der aktuellen mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen um 50% eingeschränkt. Es bestehe keine volle Einschränkung, da ein gewisses demonstratives Verhalten im Sinne einer konversionsneurotischen Komponente bestehe (IV-act. 12 f.). Gestützt auf diese



St.Galler Gerichte

Einschätzung wurde der Versicherten mit Vorbescheid vom 6. Juni 2001 ab 1. September 2000 eine halbe IV-Rente zugesprochen (IV-act. 14).

A.d Am 29. Juni 2001 verfasste der Sozialdienst der Klinik Valens, wo sich die Versicherte vom 12. bis 30. Juni 2001 zur Rehabilitation aufgehalten hatte, einen Einwand zum Vorbescheid. Aktuell sei die Eingliederung in die freie Wirtschaft aufgrund ihres psychischen Krankheitsbildes nicht möglich. Es bestehe deshalb eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 16). Der zu einer Stellungnahme zu diesem Einwand aufgeforderte Dr. C.____ bestätigte zusammen mit Dr. med. E.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, im Schreiben vom 2. August 2001 eine aktuell 100%-ige Arbeitsunfähigkeit in psychiatrischer Hinsicht. Aus rheumatologischer Sicht attestierten sie der Versicherten eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für eine leichte bis mittelschwere Arbeit (IV-act. 19).

A.e Mit Verfügung vom 24. Oktober 2001 wurde der Versicherten ab dem 1. September 2000 bei einem Invaliditätsgrad von 100% eine ganze IV-Rente zugesprochen (IV-act. 25).

B.

Im September 2006 leitete die IV-Stelle ein Revisionsverfahren ein (IV-act. 32). Nachdem Dr. B.____ mit Verlaufsbericht vom 2. Oktober 2006 angegeben hatte, der Gesundheitszustand habe sich bei neu diagnostizierter persistierender Lumboischialgie mit lumbaler Diskushernie L5/S1 links und Nervenwurzelkompression S1 links verschlechtert (IV-act. 35-7 f., 35-3 f.), teilte die IV-Stelle der Versicherten am 1. Dezember 2006 mit, sie habe weiterhin Anspruch auf die bisherige ganze Invalidenrente (IV-act. 39).

C.

C.a Im November 2011 leitete die IV-Stelle ein weiteres Revisionsverfahren ein (IV-act. 46). Dr. B.____ bescheinigte der Versicherten mit Verlaufsbericht vom 3. Dezember 2011 bei schlechter Prognose einen stationären bis verschlechterten Gesundheitszustand (IV-act. 49). Dr. med. F.____, Spezialarzt für Psychiatrie / Psychotherapie, attestierte ihr am 3. März 2012 bei rezidivierender depressiver Störung, aktuell mittelgradige Episode



St.Galler Gerichte

(ICD-10: F33.1), einem chronifizierten Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen sowie einer Fibromyalgie einen stationären Gesundheitszustand. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei eher schlechter Prognose und chronifiziertem Zustand weiterhin eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit, sowohl in der bisherigen als auch in anderen Tätigkeiten (IV-act. 55). Mit einem weiteren Bericht vom 19. Oktober 2012 führte Dr. F.____ aus, dass die Versicherte wegen ihrer Depression wenig aktiv und im Antrieb häufig sehr vermindert sei. Sie fühle sich erschöpft, habe wenig Interesse und sei nicht imstande, etwas zu unternehmen. Wegen ihrer Unsicherheit pflege sie wenig Kontakte mit der Umgebung, habe keine Hobbies und unternehme manchmal Reisen in ihre Heimat G.____. Der Gesundheitszustand habe sich chronifiziert und die Versicherte sei deswegen nicht eingliederungsfähig (IV-act. 62).

C.b Nachdem der regionale ärztliche Dienst (RAD) am 14. Dezember 2012 ausgeführt hatte, die rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit sei überwiegend mit einem syndromalen Leiden begründet worden (IV-act. 63), stellte die IV-Stelle der Versicherten mit Vorbescheid vom 16. Januar 2013 die Aufhebung der Rente gemäss den Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision gestützt auf die Überwindbarkeitsvermutung in Aussicht (IV-act. 66). Gleichentags bot die IV-Stelle im Sinne der Schlussbestimmungen Massnahmen zur Wiedereingliederung an (IV-act. 68). Vertreten durch die Procap St. Gallen-Appenzell liess die Versicherte am 21. Februar 2013 Einwand gegen den Vorbescheid erheben. Bei der rezidivierenden depressiven Störung handle es sich nicht um ein syndromales Leiden, weshalb die Schlussbestimmungen nicht zur Anwendung gelangen könnten. Die Versicherte sei aber bereit, im Rahmen einer 50%-igen Arbeitsfähigkeit an Eingliederungsmassnahmen durch die IV-Stelle aktiv mitzuwirken (IV-act. 75). In der Folge wies die IV-Stelle aber mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit mit Mitteilung vom 1. Mai 2013 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen ab (IV-act. 80). Am 10. Mai 2013 verfügte die IV-Stelle die Aufhebung der Rente (IV-act. 81), wogegen die Versicherte, vertreten durch die Procap, am 11. Juni 2013 Beschwerde erheben liess (IV-act. 92).

C.c Vom 5. August bis 7. September 2013 liess sich die Versicherte in der Klinik H.____ behandeln (IV-act. 155). Danach absolvierte sie vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 ein Arbeitstraining in der I.____. Das Ziel, die anfängliche Präsenzzeit von 50% zu steigern, wurde aber nicht erreicht (IV-act. 117, 123, 127).



C.d Am 28. Januar 2014 widerrief die IV-Stelle die Verfügung vom 10. Mai 2013 (IV-act. 134). Entsprechend wurde das Beschwerdeverfahren abgeschrieben (IV-act. 139). Am 20. Februar 2014 verfügte die IV-Stelle die Weiterausrichtung der ganzen Rente bei Nachzahlung derselben von Juli 2013 bis Februar 2014 (IV-act. 141).

D.

D.a Dr. F. ___ bescheinigte der Versicherten mit Verlaufsbericht vom 29. August 2014 bei rezidivierender depressiver Störung, aktuell schwergradige Episode (ICD-10: F33.2), einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und einem chronifizierten Schmerzsyndrom bei bekannten Wirbelsäulenänderungen sowie einem Restless-Legs-Syndrom einen verschlechterten Gesundheitszustand. Seit Ende 2013 zeige die Störung eine stetige Verschlechterung. Die Symptome hätten sich intensiviert. Die psychische Störung habe sich chronifiziert und es bestehe nach wie vor eine volle Arbeitsunfähigkeit (IV-act. 148).

D.b Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte durch das Medizinische Zentrum Römerhof (MZR), Zürich, an vier Tagen (19. Februar, 12. und 25. März sowie am 11. Mai 2015) internistisch und angiologisch (durch Dr. med. J. ___, FMH Innere Medizin und Dr. med. K. ___, FMH Innere Medizin spez. Angiologie), psychiatrisch (durch Dr. med. L. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie), rheumatologisch (durch Dr. med. M. ___, FMH Rheumatologie und Innere Medizin) und neuropsychologisch (durch Dr. phil. N. ___, Diplompsychologin, und lic. phil. O. ___, Fachpsychologin Neuropsychologie FSP) begutachtet (IV-act. 164, 166 f., 169, 171). Im Gutachten vom 8. Juli 2015 diagnostizierten die Experten 1. Bewegungs- und vor allem belastungsabhängige lumbosakrale Missempfindungen bei: 2. Status nach medio-links nach kaudal sequestrierter Diskushernie L5/S1 mit S1-Nervenwurzelkompression links; 3. Aktuell ohne Hinweise für eine restradikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik, keine Facettengelenksbeschwerden mit: 4. Sekundärer Osteochondrose, Vakuumphänomen LWK5/SWK1 und Facettengelenksarthrose LWK5/SWK1, Diskusprotrusion LWK4/LWK5 mit diskret beginnender Arthrose L4/L5 beidseits; 5. Leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10: F32.0). Diesen Befunden massen sie Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 174-70). Weiter diagnostizierten sie 6. Generalisierende Fibromyalgie im Sinne einer generalisierenden



Allodynie – ohne somatisches Korrelat im Sinne eines syndromalen Beschwerdebildes; 7. Arteriosklerose mit solitärer Plaque der A. femoralis communis rechts, leichte Wandsklerose der infrarenalen normalkalibrigen Bauchaorta (PAVK Stadium I); 8. Besenreize im Bereiche beider Beine; 9. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Diesen Befunden massen die Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu (IV-act. 174-70). In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit im Service und als Hauswartin bestehe aus rheumatologischer Sicht höchstens noch eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit. In einer dem Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe unter Berücksichtigung der genannten Schonkriterien (keine stehenden oder repetitiv gehenden Arbeitsabläufe; idealerweise Wechsel zwischen sitzenden und gehenden Arbeitsabläufen; keine repetitiven vornüber gebückten Arbeitsabläufe; keine repetitiven Gewichtsbelastungen über 10 bis 15 Kilogramm; IV-act. 174-75) aufgrund der rezidivierenden depressiven Störung eine maximal 20%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Einschränkung resultiere aus der rezidivierenden depressiven Störung und dem erhöhten Pausenbedarf. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht nicht indiziert und auch in Anbetracht der Gesamtsituation nicht erfolgsversprechend (IV-act. 174-79 f.).

D.c Gestützt auf das MZR-Gutachten stellte die IV-Stelle mit Vorbescheid vom 5. Januar 2016 die Aufhebung der ganzen IV-Rente auf das Ende des folgenden Monats in Aussicht (IV-act. 180). Am 29. Januar und 15. März 2016 liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher Marco Büchel, Oberuzwil, dagegen Einwand erheben (IV-act. 184, 188). Am 31. Mai 2016 verfügte die IV-Stelle im Sinne des Vorbescheids die Aufhebung der Rente per Ende des der Zustellung folgenden Monats (IV-act. 190).

E.

E.a Gegen die Verfügung vom 31. Mai 2016 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 25. Juni 2016 Beschwerde. Sie beantragte darin die Aufhebung der Verfügung und Weiterausrichtung einer ganzen IV-Rente. Eventualiter sei die Verfügung aufzuheben und der Fall zwecks weiterer Abklärungen an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Eventualiter sei der Fall zwecks Durchführung von Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Eventualiter sei der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zu



St.Galler Gerichte

erteilen. Weiter sei die unentgeltliche Prozessführung zu bewilligen. Die Beschwerdeführerin machte im Wesentlichen geltend, dass die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) nicht erfüllt seien. Eine Besserung des Gesundheitszustandes sei nicht eingetreten, dies ergebe sich aus den Berichten der behandelnden Ärzte (act. G 1).

E.b Mit Schreiben vom 1. Juli 2016 forderte das Versicherungsgericht die Beschwerdeführerin auf, den eventualiter gestellten Antrag bezüglich aufschiebender Wirkung der Beschwerde bis am 22. August 2016 hinreichend zu begründen, ansonsten darauf nicht eingegangen werde (act. G 2).

E.c In der Folge reichte die Beschwerdeführerin am 22. Juli 2016 die erforderlichen Unterlagen bezüglich unentgeltliche Prozessführung sowie am 17. August 2016 einen Austrittsbericht der Klinik P.____ vom 27. Juli 2016 ein (act. G 5). In Bezug auf die aufschiebende Wirkung der Beschwerde liess sie sich nicht vernehmen.

E.d Mit Beschwerdeantwort vom 7. September 2016 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte im Wesentlichen aus, dass die gesetzlich vorgesehenen Organe, die medizinischen Abklärungsstellen, und nicht die behandelnden Ärzte zur Erhebung des medizinischen Sachverhalts bzw. zur Folgenabschätzung der erhobenen medizinischen Befunde massgebend seien. Der Rentenzusprache im Oktober 2001 habe die Annahme eines mittelschwer bis schwer ausgeprägten depressiven Zustandsbilds mit Auswirkung einer vollen Arbeitsunfähigkeit zugrunde gelegen. Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung habe eine lege artis diagnostizierte leichte depressive Störung vorgelegen. Es liege daher ein in seiner Ausprägung und Schwere relevant geändertes Zustandsbild mit Auswirkung einer massgeblich verbesserten Arbeitsfähigkeit vor. Ein Revisionsgrund sei daher zu bejahen. Daran ändere nichts, dass sich die Schmerzsymptomatik nicht wesentlich geändert habe. In Bezug auf die Eingliederungsmassnahmen sei ausschlaggebend, dass die Beschwerdeführerin Ende 2013 ein Arbeitstraining absolviert habe, wobei sich eine Steigerung der anfänglichen Präsenzzeit von 50% nicht habe realisieren lassen, weil sich die Beschwerdeführerin dazu nicht in der Lage gesehen habe. Auch aktuell sei offensichtlich, dass weitere Eingliederungsmassnahmen an der fehlenden



Eingliederungsbereitschaft der Beschwerdeführerin scheitern würden. Damit habe die Rentenaufhebung ohne vorgängige Durchführung von zusätzlichen Eingliederungsmassnahmen verfügt werden dürfen. Sollten Revisionsgründe verneint werden, sei die im Revisionsverfahren verfügte Renteneinstellung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen. Mangels einer schlüssigen psychiatrischen Beurteilung habe sich die Annahme einer nicht nur vorübergehenden psychisch bedingten 100%-igen Arbeitsunfähigkeit nicht rechtfertigen lassen. Die rechtskräftige Zusprechung einer ganzen Rente sei daher gesetzwidrig erfolgt und die ursprüngliche Verfügung zweifellos unrichtig (IV-act. G 7).

E.e Mit Verfügung vom 13. September 2016 wurde dem Gesuch der Beschwerdeführerin um Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege, umfassend die Befreiung von den Gerichtskosten, entsprochen (act. G 8).

E.f Am 29. September 2016 reichte die Beschwerdeführerin einen Bericht von Dr. med. Q.____, Facharzt Innere Medizin / Rheumatologie, vom 16. September 2016 ein (act. G 10). Auf eine begründete Replik hat sie verzichtet (act. G 11). Am 23. Juni 2017, 2. November 2017 und 2. April 2018 reichte die Beratungsstelle für Ausländer, Zürich, im Namen der Beschwerdeführerin weitere ärztliche Unterlagen ein (act. G 12, 14, 16). Sämtliche eingereichten Unterlagen wurden der Beschwerdegegnerin zur Kenntnis und allfälligen Stellungnahme zugestellt (act. G 11, 13, 15, 17).

Erwägungen

1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung. Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt, es liege im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache eine Sachverhaltsänderung vor, welche die Aufhebung der bisherigen Rentenleistung rechtfertige. Bei Verneinung der Revisionsvoraussetzungen sei die Renteneinstellung mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung zu schützen.

2.



2.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 114 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen).

2.2 Konkret macht die Beschwerdegegnerin geltend, in Bezug auf das depressive Leiden liege ein relevant verbesserter Gesundheitszustand vor. Dagegen unbestritten ist, dass bezüglich der übrigen Beeinträchtigungen keine relevante Änderung seit der ursprünglichen Rentenzusprache eingetreten ist.

2.3 Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildete im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache vom 24. Oktober 2001 (IV-act. 25). Jene Verfügung basierte zum einen auf der multidisziplinären Begutachtung von Februar / März 2001 durch Dr. C.____ und Dr. D.____ (vgl. vorstehende lit. A.c), welche bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10: F32.11), ein Fibromyalgiesyndrom sowie ein mässiges lumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei leichten degenerativen Veränderungen und Hypermobilitäten der unteren Lendenwirbelsäule diagnostizierten und deren Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychiatrischen Entwicklung mit einer deutlich depressiven Störung im Rahmen ihrer aktuellen mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen – bei gewissem demonstrativem Verhalten im Sinne einer konversionsneurotischen Komponente – als um 50% eingeschränkt beurteilten (IV-act. 13-20). Der psychiatrische Gutachter Dr. D.____ begründete seine Diagnose und die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 50% damit, dass es im Laufe der Zeit zu einer deutlichen depressiven Störung mit Symptomen einer Lust- und Freudlosigkeit,



Antriebsschwäche und negativen Gedankeninhalten gekommen sei. Die depressive Störung als sogenannt labiles pathologisches Geschehen sei veränderbar, von verschiedenen Seiten beeinflussbar, unter anderem durch eine adäquate Therapie. Im Weiteren und zentral basierte die Verfügung vom 24. Oktober 2001 jedoch auf dem nach der Begutachtung erstellten Bericht der Klinik Valens vom 23. Juli 2001, wo die Beschwerdeführerin vom 12. bis 30. Juni 2001 stationär behandelt worden war. Bei mittel- bis schwergradiger depressiver Episode mit somatischen Symptomen bei ansonsten gleichlautender Diagnose beurteilten die behandelnden Ärzte die Beschwerdeführerin bei Austritt für eine leichte bis mittelschwere Arbeit zu 50% belastbar. Aus psychiatrischer Sicht erachteten sie die Beschwerdeführerin als aktuell nicht arbeitsfähig, wobei es ihr möglich sein sollte, durch Teilzeitarbeit noch etwas aktiviert zu werden (IV-act. 19-4). Das psychiatrische Krankheitsbild zeichne sich dadurch aus, dass die Beschwerdeführerin immer wieder an einzelnen Tagen in grosse Antriebslosigkeit ver falle und dann überhaupt nicht in der Lage sei, sich in irgendeiner Weise zu betätigen (IV-act. 16). Die Dres. C. ___ und E. ___ bestätigten diese Einschätzungen, sowohl aus somatischer als auch aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 19-1). Gestützt darauf erhielt die Beschwerdeführerin eine ganze Rente seit 1. September 2000.

2.4

2.4.1 Als Basis für die Aufhebung der ganzen Rente diene der Beschwerdegegnerin das MZR-Gutachten vom 8. Juli 2015. Die darin gestellten Diagnosen wurden in vorstehender lit. D.b ausgeführt. Es wird in Bezug auf das depressive Leiden nicht mehr eine mittel- bis schwergradige depressive Episode, sondern eine leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert. Begründend führt der psychiatrische MZR-Gutachter Dr. L. ___ aus, dass im objektiven psychopathologischen Befund in Anlehnung an die AMDP-Richtlinien anlässlich der Untersuchung psychopathologische Auffälligkeiten bestanden hätten, die allenfalls auf eine leichte depressive Episode schliessen liessen. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin während der Untersuchung zumindest leicht schmerzgequält gewirkt. Dabei habe sie ein demonstratives Verhalten mit Stöhnen und immer wieder Aufstehen und Herumlaufen gezeigt. Im Rahmen der Untersuchung seien keine Beeinträchtigungen der Bewusstseinsklarheit und Bewusstseinsshelligkeit erkennbar



gewesen. Im klinischen Eindruck hätten sich keine Hinweise auf umfassende und ausgeprägte kognitive Störungen ergeben. Es sei keine Auffassungs-, Gedächtnis-, Merkfähigkeits- oder Aufmerksamkeitsstörung gefunden worden. Im Hinblick auf die Konzentration sei die Beschwerdeführerin während des ganzen Untersuchungsverlaufs immer aufmerksam gewesen und habe sich auf die gestellten Fragen und die rasch wechselnden Themen einstellen können. Die emotionale Schwingungsfähigkeit sei leicht reduziert gewesen, die Beschwerdeführerin habe während der Exploration eine reduzierte Variation an emotionalen Qualitäten gezeigt und im Hinblick auf den Affekt habe eine leicht depressive Stimmungslage festgestellt werden können.

Affekteinbrüche während der Exploration hätten aber nicht bestanden. Die Beschwerdeführerin sei auch bei kritischen Themen steuerbar gewesen. Es sei keine Verarmung, Starrheit, Insuffizienz oder Labilität der Affekte auszumachen. Es liege kein kreisendes Denken oder Grübeln und keine Hilf- oder Hoffnungslosigkeit vor. Der Antrieb und das psychomotorische Verhalten seien allenfalls leicht reduziert. Gestik und Mimik seien angemessen und würden die Stimmung affektsynthym unterstreichen. Spontaneität und Eigeninitiative seien erhalten gewesen. Die soziale Teilnahme im privaten Bereich sei nicht eingeschränkt. Anhand der Untersuchung hätten sich keine Hinweise auf entsprechende psychosoziale Probleme von besonderem Schweregrad ergeben (IV-act. 174-58).

2.4.2 Die Beurteilung von Dr. L.____ basiert auf einer umfassenden klinischen Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung. Die Befunderhebung erfolgte in Anlehnung an das anerkannte AMDP-System und das Fähigkeitsniveau wurde anhand des Ratingbogens Mini-ICF-APP in die Beurteilung miteinbezogen. Weiter hat Dr. L.____ die Diagnose einer leichten depressiven Episode in Würdigung der ergangenen divergierenden medizinischen Aktenlage begründet. Insgesamt entspricht das psychiatrische Gutachten zumindest den dazumal geltenden Anforderungen der Rechtsprechung vollumfänglich, womit ihm grundsätzlich voller Beweiswert zuzuerkennen ist.

2.4.3 In Bezug auf eine Veränderung der psychischen Beschwerden führt Dr. L.____ zum einen unmissverständlich aus, dass sich der Zustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache in keiner Weise verbessert habe. Eine Verbesserung könne auch aufgrund der aktuellen Untersuchung und der beschriebenen erheblichen Diskrepanzen



und Inkonsistenzen im Sinne von Aggravation und Selbstlimitierung, welche bereits bei der Rentenzusprache bestanden hätten und durch die begutachtenden Ärzte dokumentiert seien, nicht plausibel ausgewiesen werden. Es handle sich somit im Hinblick auf die Beurteilung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts (IV-act. 174-70). Zum anderen erwähnt Dr. L.____, dass es gut vorstellbar sei, dass es in der Vergangenheit vorübergehend auch zumindest mittelgradige depressive Episoden gegeben habe (IV-act. 174-59). Diese Ausführungen (keine Verbesserung / allenfalls schwerere Episoden in der Vergangenheit) erscheinen widersprüchlich, denn je nach Dauer und Ausprägung der depressiven Episode wird die Leistungsfähigkeit mehr oder weniger eingeschränkt (gewesen) sein. Wenn zum Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache von einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode ausgegangen wurde (IV-act. 19-2), so hat sich der Zustand aufgrund der depressiven Störung – zumindest temporär – bei Annahme einer leichtgradigen Episode zum Zeitpunkt der Begutachtung sicher verbessert. Die Ausführungen von Dr. L.____ lassen darauf schliessen, dass er die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bei erhobenen Diskrepanzen und Inkonsistenzen zum Zeitpunkt der Rentenzusprache als offensichtlich falsch erachtet hat. Ob schon damals von einer milderer Ausprägung der Depression und einer höheren Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätte ausgegangen werden müssen, bleibt indes beweislos. Dies ist rückwirkend nicht mehr bestimmbar. Damit ist von demjenigen Zustandsbild auszugehen, wie es zum damaligen Zeitpunkt beschrieben wurde.

2.5 Der Vergleich des depressiven Leidensbildes der Beschwerdeführerin in den Jahren 2000 / 2001 mit demjenigen zum Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung im Februar 2015 zeigt, dass sich dieses relevant verbessert hat. Während im Gutachten von Dr. D.____ noch von einer Lust- und Freudlosigkeit, Antriebsschwäche und negativen Gedankeninhalten die Rede war (vgl. IV-act. 12-3 f.) und dies durch die Klinik Valens in noch höherer Ausprägung bei Anstrengungsbereitschaft bestätigt wurde (IV-act. 16-1, 19), wird im Gutachten von Dr. L.____ lediglich noch von einem allenfalls leicht reduzierten Antrieb und psychomotorischen Verhalten gesprochen. Auch kreisendes Denken oder Grübeln, Hilf- und Hoffnungslosigkeit oder eine erheblich verminderte Konzentrationsfähigkeit, welche Befunde sich aus früheren Begutachtungen und ärztlichen Berichten noch ergeben haben, sind aktuell nicht mehr erhebbar.



Zusammengefasst ist festzuhalten, dass eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen bei deutlich tieferer Ausprägung und Schwere des depressiven Leidens überwiegend wahrscheinlich ausgewiesen, folglich ein Revisionsgrund nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu bejahen und der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen ist (BGE 143 V 94 E. 4.2, vgl. auch BGE 141 V 11 E. 2.3).

3.

3.1 Was bereits in Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten festgehalten wurde (vgl. vorstehende E. 2.4.2), gilt auch für die übrigen Teilgutachten (internistisch, angiologisch, rheumatologisch und neuropsychologisch) des MZR sowie dessen Gesamtbeurteilung. Sämtliche Teilgutachten basieren auf einer ausführlichen klinischen Untersuchung. Sie sind für die streitigen Belange umfassend und beantworten die Frage nach den gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Sie berücksichtigen die geklagten Beschwerden und legen der Beurteilung auch frühere und selbstangefertigte bildgebende Unterlagen zugrunde (IV-act. 174-32 f.). Die Gutachter schildern ausführlich die von der Beschwerdeführerin erwähnten Leiden und Einschränkungen und setzen sich detailliert damit sowie mit dem Verhalten der Beschwerdeführerin auseinander. Die Expertise wurde sodann in Kenntnis und Würdigung der Vorakten abgegeben und sie leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Entsprechend kann darauf abgestellt werden.

3.2 Die Einwände der Beschwerdeführerin gegen den Beweiswert des MZR-Gutachtens vermögen nicht zu überzeugen. Auch das neuropsychologische Gutachten entspricht den Anforderungen der Rechtsprechung vollumfänglich. Substantiierte Mängel wurden denn auch nicht geltend gemacht. Dasselbe gilt bezüglich der beanstandeten fehlenden Objektivität des psychiatrischen MZR-Gutachters. Es bestehen – wie die Beschwerdegegnerin richtig ausführt – keinerlei Anhaltspunkte, die einen Anschein der Befangenheit objektiv begründen könnten. Bezüglich Divergenz der Beurteilungen zwischen den behandelnden Ärzten und den Gutachtern ist zum einen festzuhalten, dass diese im MZR-Gutachten diskutiert und nachvollziehbar gewürdigt wurden; zum anderen ist – was die Arbeitsfähigkeitsschätzungen betrifft – der



Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde (Haus-)Ärzte in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb und cc). Dies gilt auch in Bezug auf die Berichte des langjährig behandelnden Psychiaters Dr. F.____, welcher der Beschwerdeführerin durchgehend eine 100%-ige Arbeitsunfähigkeit über das Verfügungsdatum hinaus aufgrund des psychiatrischen Beschwerdebildes bescheinigte (IV-act. 55, 148, act. G 1.9, G 14.1), sowie die Berichte der behandelnden orthopädischen / rheumatologischen Ärzte, welche somatischerseits eine 50%-ige Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten attestieren (act. G 10.1, 12.1). Die Einschätzungen von Dr. F.____ beruhen zwar auf langjähriger Behandlung; im Gegensatz zum MZR-Gutachten erfolgte seine Beurteilung aber nicht in Berücksichtigung sämtlicher Umstände. Allfällige Inkonsistenzen im Verhalten der Beschwerdeführerin sowie Verdeutlichungstendenzen, wie sie in anderen voneinander unabhängigen Berichten diskutiert werden (vgl. IV-act. 12-3, IV-act. 174-27 f., act. G 5.1 S. 2), finden in seine Berichte keinen Eingang. Dasselbe gilt für die Berichte der behandelnden Rheumatologen. Dabei ist zu beachten, dass Schmerzen auch vom MZR-Gutachter Dr. M.____ nicht in Frage gestellt werden, die Ursachen dafür sind denn auch bis zu einem gewissen Grad objektiv ausgewiesen. Wenn er deren Auswirkungen bzw. das Ausmass der Unüberwindbarkeit nach umfassender Abklärung, gestützt auf die klinische Untersuchung, bei entsprechendem Belastungsprofil anders einschätzt als die behandelnden Ärzte, ist dies nicht zu beanstanden. Konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit des Gutachtens werden damit auf jeden Fall nicht begründet.

4.

4.1 Zu prüfen bleibt, ob das MZR-Gutachten, welches noch in Anlehnung an die Überwindbarkeitsvermutung bei Abhandlung der Foerster-Kriterien erging (vgl. dazu IV-act. 174-63 f.), im Lichte der mit BGE 141 V 281 für die syndromalen Leiden und mit Urteilen des Bundesgerichts vom 30. November 2017, 8C_130/2017 / 8C_841/2016 nunmehr auch für die depressive Symptomatik neu eingeführten Praxis eine ausreichende Grundlage darstellt, um die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Die Absicht dieser Rechtsprechung ist es, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits zu beurteilen (BGE 141 V 294 E.



3.6). Die darauf beruhenden Folgerungen müssen schliesslich einer Konsistenzprüfung standhalten, welche einerseits die Teilfragen der gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und andererseits den behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck umfasst (BGE 141 V 297 E. 4.1.3).

4.2 Dr. L.____ führt im Gutachten aus, dass die syndromalen Leiden und die depressive Symptomatik im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv leicht bis mittelschwer einzustufen seien (IV-act. 174-61, 63). Die Exploration des Tagesprofils (IV-act. 174-47) weise auf ein reduziertes Aktivitätsniveau hin. Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität / Umstellungsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten / Selbstbehauptungsfähigkeit und die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten seien allenfalls leicht eingeschränkt. Im Weiteren sei die Wegefähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 174-58 f.). Diese Erhebungen deuten darauf hin, dass die Beschwerdeführerin trotz des Schmerzleidens und der depressiven Symptomatik über Kompensationspotential verfügt, das sie im (beruflichen) Alltag einsetzen kann. Positive Ressourcen ergeben sich auch in sozialer Hinsicht. Die Beschwerdeführerin erfährt eine gute Unterstützung durch ihre Kinder und Enkelkinder, zu welchen sie regelmässigen Kontakt pflegt. Auch Flugreisen in ihr Heimatland sind möglich (IV-act. 174-47). Weiter ist der psychopathologische Befund grösstenteils unauffällig. Es bestehen keine Beeinträchtigungen bezüglich Bewusstsein / Orientierung, Aufmerksamkeit / Konzentration / Gedächtnis sowie formalem und inhaltlichem Denken. Ich-Störungen sowie Wahrnehmungsstörungen / Sinnestäuschungen werden gutachterlicherseits verneint (IV-act. 174-53 f.). Insgesamt überwiegen gestützt auf das Gutachten die positiven Ressourcen und Befunde zur Persönlichkeitsstruktur und die grundlegenden psychischen Funktionen sind geeignet dazu beizutragen, die funktionellen Auswirkungen der syndromalen Leiden und der depressiven Symptomatik bei der Beschwerdeführerin gering zu halten. Die abschliessende Beurteilung des Gutachters, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht allenfalls zu 20% in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei (IV-act. 174-64), ist nach dem Gesagten nachvollziehbar und hält auch einer Konsistenzprüfung stand. Wie erwähnt ist das Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin in vergleichbaren Lebensbereichen zwar reduziert; dies gestützt auf vorerwähnte



Ausführungen aber nachvollziehbar nicht in einem Ausmass, das eine höhere als die veranschlagte Arbeitsunfähigkeit von 20% rechtfertigen würde. Gerade auch die im MZR-Gutachten erwähnten Inkonsistenzen und Diskrepanzen (vgl. insbesondere die Diskrepanzen bei den neuropsychologischen Tests und dem Medikamentenspiegel; IV-act. 174-63 f.) und auch bereits früher schon beschriebene Verdeutlichungstendenzen (vgl. vorstehende E. 3.2) geben – auch in Beachtung des Umstands, dass eine gewisse Verdeutlichung bei derartigen Explorationen von der Natur der Sache her bis zu einem gewissen Grad verständlich ist – Anlass zur Annahme, dass der Leidensdruck der Beschwerdeführerin bei objektiver Betrachtung nicht derart ist, wie sie ihn beschreibt. In diesem Zusammenhang fällt auch auf, dass stationäre Behandlungen immer erst konkret Thema wurden, als Veränderungen bezüglich Rente im Raum standen (im August / September 2013 in der Klinik in H.____ nach der abschlägigen Verfügung vom 10. Mai 2013, im Juni / Juli 2016 in der Klinik P.____ nach der Verfügung vom 31. Mai 2016). Insgesamt hat damit eine weitergehende Einschränkung als 20% zumindest als unbewiesen zu gelten.

4.3 Zusammengefasst ist festzuhalten, dass dem MZR-Gutachten genügend Beweiswert zukommt. Es besteht kein Anlass, bezüglich der medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von den Einschätzungen der MZR-Gutachter abzuweichen. Damit besteht in einer dem Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit unter Berücksichtigung von Schonkriterien (keine stehenden oder repetitiv gehenden Arbeitsabläufe; idealerweise Wechsel zwischen sitzenden und gehenden Arbeitsabläufen; keine repetitiven vornüber gebückten Arbeitsabläufe; keine repetitiven Gewichtsbelastungen über 10 bis 15 Kilogramm; IV-act. 174-75) aufgrund der psychischen Einschränkungen bei erhöhtem Pausenbedarf eine 20%-ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. dazu auch vorstehende lit. D.b). Diese Einschätzung gilt seit der Begutachtung und überzeugt sowohl in qualitativer als auch quantitativer Hinsicht aufgrund der zu berücksichtigenden gesundheitlichen Einschränkungen.

5.

Zu bestimmen bleibt der Invaliditätsgrad. Dazu 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie wenigstens zu 60% invalid ist. Liegt ein Invaliditätsgrad von mindestens 50% vor, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% auf eine Viertelsrente.

5.1 Für das Jahr 2001 ist von einem Valideneinkommen von Fr. 58'076.-- gemäss IV-act. 14-2 auszugehen (vgl. auch IV-act. 4). Angepasst an die Lohnentwicklung resultiert für das Jahr 2016 ein Valideneinkommen von Fr. 70'120.60 (Fr. 58'076.-- / 110.9 * 133.9; Nominallohnindex 1993-2010, Frauen 2001, 110.9, Basis 1993 = 100; Nominallohnindex 2011-2017, Frauen 2016, 133.9, Basis 1993 = 100).

5.2 Gestützt auf das Belastungsprofil sind der Beschwerdeführerin als Verweistätigkeiten leidensangepasste Hilfsarbeiterinnentätigkeiten zuzumuten. Der LSE-Hilfsarbeiterinnenlohn hat im Jahr 2016 Fr. 54'517.-- betragen (vgl. Anhang 2 der IVG-Gesetzesausgabe der Informationsstelle AHV/IV, Ausgabe 2018). Bei einem Arbeitsfähigkeitsgrad von 80% resultiert damit ein Jahreseinkommen von Fr. 43'613.60. Tabellenlohnabzugsgründe sind keine ersichtlich. Insbesondere rechtfertigen sich solche auch nicht durch den Umstand, dass die Beschwerdeführerin lange vom Arbeitsmarkt abwesend war. Bei Tätigkeiten mit Kompetenzniveau 1 wirkt sich dies nur geringfügig aus. Das Invalideneinkommen ist daher mit Fr. 43'613.60 zu bemessen.

5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 70'120.60 und einem Invalideneinkommen von 43'613.60 ergeben sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 26'507.-- (Fr. 70'120.60 - Fr. 43'613.60) und ein Invaliditätsgrad von aufgerundet 38% (Fr. 26'507.-- / Fr. 70'120.60). Dieser Invaliditätsgrad berechtigt zu keiner Rente mehr (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG).

6.



6.1 Die revisionsweise Aufhebung einer Rente kann erst erfolgen, wenn die versicherte Person im Rahmen des Zumutbaren bestmöglich eingegliedert ist. Die Eingliederungsfrage ist auch im Revisionsverfahren prioritär und von Amtes wegen zu prüfen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Juni 2009, 9C_921/2009, E. 5.3).

6.2 Nach ständiger Rechtsprechung ist im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertbar. Indes sind bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen (vgl. neben vielen Urteilen des Bundesgerichts vom 4. April 2016, 8C_19/2016, E. 5.1). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen dann vor, wenn die langjährige Abstinenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren (Urteil des Bundesgerichts vom 19. August 2015, E. 5).

6.3 Zum Zeitpunkt der Renteneinstellungsverfügung vom 31. Mai 2016 bezog die Beschwerdeführerin seit über 15 Jahren (seit September 2000) eine ganze Rente und stand kurz vor dem 55. Altersjahr (16. Juli 2016). Ausnahmen vom Grundsatz der Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen zweifelsohne nicht vor. Entsprechend war der Beschwerdeführerin rechtsprechungsgemäss die Selbsteingliederung zumindest aufgrund der langen Rentendauer nicht mehr zumutbar.

6.4 Ein Eingliederungsanspruch setzt jedoch eine subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt diese, besteht von vornherein kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (Urteil des Bundesgerichts vom 27. November 2012, 9C_559/2012, E. 5). Die Beschwerdeführerin absolvierte vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2013 im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein Arbeitstraining in der I.____ (IV-act. 123 f., 127). Die Beschwerdegegnerin hat damit Massnahmen zur Wiedereingliederung der



Beschwerdeführerin vor der Renteneinstellung ergriffen. Daran ändert nichts, dass das Ziel einer Steigerung der Präsenzzeit auf das medizinisch-theoretisch Mögliche nicht erreicht wurde. Danach sind in den Akten keine Anhaltspunkte mehr vorhanden, dass die Beschwerdeführerin sich weiteren Massnahmen unterziehen wollte. Gegenteilig geht hervor, dass sie sich nicht in der Lage sieht, das medizinisch-theoretische Leistungsvermögen auch nur im Ansatz auszuschöpfen. Sie verwies anlässlich der Begutachtung im MZR lediglich darauf, dass sie bei den beruflichen Massnahmen im Jahr 2013 die Arbeit jeweils nach ein bis drei Stunden aufgrund von starken Schmerzen habe abbrechen müssen (IV-act. 174-51). Sie macht insbesondere nicht geltend, dass sie sich aktuell vorstellen könnte, mehr als damals zu leisten, womit sich allenfalls weitere Eingliederungsmassnahmen als zweckmässig erwiesen hätten. Damit mangelte es ihr an der vorausgesetzten subjektiven Eingliederungsfähigkeit und im Verfügungszeitpunkt bestand keine weitere Pflicht seitens der Beschwerdegegnerin zur Vornahme von Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerde ist damit auch in diesem Punkt abzuweisen.

7.

7.1 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 31. Mai 2016 nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen.

7.2 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 der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zuzugewährung der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. act. G 8) ist sie von der Bezahlung zu befreien.

7.3 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]).

Entscheid



im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird abgewiesen.

2.

Die Beschwerdeführerin wird von der Bezahlung der Gerichtsgebühr in der Höhe von Fr. 600.-- befreit.