



Fall-Nr.: IV 2013/200
Stelle: Versicherungsgericht
Rubrik: IV - Invalidenversicherung
Publikationsdatum: 27.05.2020
Entscheiddatum: 26.08.2015

Entscheid Versicherungsgericht, 26.08.2015

Art. 46 ATSG. Eine allfällige Verletzung des rechtlichen Gehörs im Sinn einer Verletzung der Aktenführungspflicht führt von vornherein nicht zu einer Aufhebung der angefochtenen Verfügung aus formellen Gründen, da die Beschwerdeführerin einer materiellen Verfahrenserledigung den Vorzug gibt. Eine Gehörsverletzung ist vorliegend auch nicht geeignet, sich auf die Kostenfolgen auszuwirken. Art. 17 ATSG. Rentenrevision. Würdigung eines Administrativgutachten. Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands rechtsgenügend bewiesen. (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 26. August 2015, IV 2013/200).

Entscheid Versicherungsgericht, 26.08.2015

Entscheid vom 26. August 2015

Besetzung

Vizepräsidentin Miriam Lendfers, Versicherungsrichterin Karin Huber-Studerus,
Versicherungsrichter Joachim Huber; Gerichtsschreiberin
Andrea Wepfer

Geschäftsnr.

IV 2013/200

Parteien

A.____,



St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin,

vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller,
Engelgasse 214, 9053 Teufen,

gegen

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

Beschwerdegegnerin,

Gegenstand

Rentenrevision (Einstellung)

Sachverhalt

A.

A.a A.____ meldete sich am 26. Juli 2004 zum Bezug von IV-Leistungen an. In ihrer Anmeldung gab sie an, dass sie an Nacken- und Rückenschmerzen, einer Depression und hohem Blutdruck leide. Deswegen sei sie in ihrer Erwerbsfähigkeit eingeschränkt (IV-act. 1).

A.b Dr. med. Dr. phil. B.____, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hatte sich am 23. Februar 2004 im Auftrag der Krankentaggeldversicherung der Versicherten dahingehend geäußert, dass eine zumindest mittelschwere depressive Somatisierung im Rahmen einer vornehmlich nicht intentionalen Symptomenproduktion vorliege. Medizinisch-theoretisch betrage die Arbeitsunfähigkeit 60-70 % und müsse in vier bis sechs Monaten reevaluiert werden (IV-act. 17-3). Am 19. April 2004 war die Versicherte durch das AEH Zentrum für Arbeitsmedizin, Ergonomie und Hygiene AG mittels Funktionsorientierter Medizinischer Abklärung (FOMA) untersucht worden. Dabei waren die Diagnosen eines generalisierten, undifferenzierten Schmerzsyndroms mit chronischem Panvertebralsyndrom, einer mittelschweren depressiven Somatisierungsstörung, einer morbidem Adipositas und einer arteriellen Hypertonie



gestellt worden. Aus rein rheumatologisch-orthopädischer Sicht sei der Versicherten eine leichte Tätigkeit ganztags zumutbar. Unter Berücksichtigung der psychiatrisch von Dr. B.____ im Rahmen einer Depression bestätigten Somatisierungsstörung betrage die Arbeitsunfähigkeit interdisziplinär beurteilt 60-70 % für sämtliche Tätigkeiten (act. G 7.2.8). Anlässlich einer Reevaluation vom 13. Juli 2004 hatte Dr. B.____ festgehalten, die Arbeitsunfähigkeit betrage langfristig "unverändert 50-60 %" (Bericht vom 28. Juli 2004, IV-act. 17-2).

A.c Der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. C.____, Facharzt FMH für Chirurgie, stellte in seinem Bericht zuhanden der IV-Stelle vom 10. August 2004 folgende Diagnosen: Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein generalisiertes Schmerzsyndrom bei chronischem Panvertebralsyndrom, eine Diskusprotrusion C4/5, Diskushernien Th4/5, Th5/6 links und L5/S1 links, Osteochondrose C4/5, Th11/12 und L5/S1, eine mittelschwere depressive Somatisierungsstörung, eine morbide Adipositas sowie eine arterielle Hypertonie. Er ging von einer 100%-igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten aus (IV-act. 10). Am 13. September 2004 konkretisierte Dr. C.____, die Versicherte sei vom 8. August 2003 bis zum 23. Februar 2004 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden und ab diesem Datum zu 70 % (IV-act. 13).

A.d Mit Mitteilung vom 10. Dezember 2004 wurde der Versicherten eröffnet, sie habe Anspruch auf eine ganze Rente ab 1. August 2004, und mit Verfügung vom 7. Februar 2005 wurde ihr diese Rente zugesprochen (IV-act. 22 und 26).

B.

B.a Im Rahmen eines im September 2009 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens machte die Versicherte geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlimmert. Es lägen zusätzlich ein Diabetes, Muskelschmerzen und Rückenbeschwerden vor (IV-act. 31). Dr. C.____ attestierte im Verlaufsbericht vom 14. Oktober 2009 eine Verschlechterung des Gesundheitszustands seit September 2004. Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beständen zusätzlich die Diagnosen Diabetes mellitus Typ II, hypertensive Kardiopathie sowie Fibromyalgie-Syndrom. Im Jahr 2007 habe die psychiatrische Behandlung intensiviert werden müssen, und die Versicherte sei an Dr. med. D.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, überwiesen worden (IV-



St.Galler Gerichte

act. 34-1). Der Hausarzt reichte weitere ärztliche Berichte ein (IV-act. 34-3 bis 34-12). Die IV-Stelle erhielt auf Nachfrage von der Klinik E.____ am 8. Januar 2010 die Auskunft, dass die Versicherte am 30. April 2008 zuletzt dort in Behandlung gestanden habe (IV-act. 37).

B.b Die zuständige Ärztin des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) hielt mit Beurteilung vom 14. Januar 2010 fest, dass, wie zum Zeitpunkt der medizinischen Referenzsachlage 2004, derzeit ein generalisiertes Schmerzsyndrom (bzw. Fibromyalgie) sowie eine Depression vorlägen. Aus den vorliegenden medizinischen Informationen könne keine erhebliche Gesundheitszustandsverbesserung abgeleitet werden (IV-act. 38). Am 18. Februar 2010 kam auch eine zweite RAD-Ärztin zum Schluss, dass sich weitere Abklärungen erübrigten (IV-act. 39).

B.c Der Hausarzt hielt in einem weiteren Verlaufsbericht vom 14. September 2011 fest, nach seiner letzten Information sei die Versicherte bei Dr. D.____ in psychiatrischer Betreuung (IV-act. 43). Auch eine erneute telefonische Nachfrage bei der Klinik E.____ durch die IV-Stelle ergab, dass die Versicherte seit dem 30. April 2008 nicht mehr bei Dr. D.____ in Behandlung gewesen sei (IV-act. 44).

B.d Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 13. Juni 2012 von der Academy of Swiss Insurance Medicine (asim) polydisziplinär begutachtet. Im Gutachten vom 31. Dezember 2012 wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: Panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5, M54.3, M53.4) mit/bei diffusen, multisegmentalen, aber leichtgradigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule im zervikalen, thorakalen und lumbalen Bereich ohne klinisch relevante Einengung neuraler Strukturen; muskulärer Dysbalance mit myotendinotischen Verspannungen der paravertebralen Muskulatur; ohne Hinweise auf segmentale Dysfunktion der Wirbelsäule sowie bei muskulärer Dysbalance der Beckengürtelmuskulatur linksbetont. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein bilaterales, linksbetontes Karpaltunnelsyndrom, diffuse Gelenkschmerzen sowie Gliederschmerzen ohne organisches Korrelat, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, reaktiv, im Sinne einer Schmerzverarbeitungsstörung, ein Status nach mittelgradiger depressiver Störung mit somatischem Syndrom, remittiert, ein Diabetes mellitus Typ II, aktenanamnestisch eine arterielle Hypertonie und schliesslich eine



St.Galler Gerichte

Adipositas, BMI 43.6 kg/m², vermerkt. Aufgrund der rheumatologischen Befunde bestehe in der angestammten, körperlich mittelschweren bis gelegentlich schweren Tätigkeit in einem metallverarbeitenden Betrieb keine Arbeitsfähigkeit. Die Versicherte sei aber ohne Einschränkungen arbeitsfähig für körperlich leichte Tätigkeiten in Wechselbelastung mit einer maximalen Lastenhandhabung bis 12 kg sowie ohne repetitives Bücken. Repetitive Tätigkeiten sollten wegen beidseitig vorliegendem Karpaltunnelsyndrom zum aktuellen Zeitpunkt vermieden werden. Es liege weiterhin ein Panvertebralsyndrom vor, das in seinem Umfang somatisch nicht zu erklären sei. Von psychiatrischer Seite her sei von einer Verbesserung auszugehen. Die früheren Diagnosen und die daraus resultierende hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könnten aktuell nicht mehr begründet werden. Ein genauer Zeitpunkt für diese Verbesserung lasse sich aufgrund der über mehrere Jahre nicht mehr etablierten psychiatrischen Behandlung und wegen entsprechend fehlender Berichte retrospektiv nicht sicher festlegen und könne deshalb ab Datum der Begutachtung angenommen werden (IV-act. 54).

B.e Mit Vorbescheid vom 13. Februar 2013 wurde der Versicherten wegen einer Verbesserung ihres Gesundheitszustands die Aufhebung der Rente in Aussicht gestellt (IV-act. 58).

B.f Die Versicherte liess, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Ehrenzeller, am 20. März 2013 Einwand erheben. Sie beantragte die Weiterausrichtung der Rente und im Fall einer definitiven Einstellung die Weiterbezahlung während zweier Jahre unter gleichzeitiger Einleitung beruflicher Massnahmen. Im Zusammenhang mit der 6. IVG-Revision sei die Frage aufgeworfen worden, ob es sich um einen Fall nach den Schlussbestimmungen Art. 6a handle, worin offenbar Unsicherheit bestehe. Es fehlten sowohl ein aktueller psychischer Befund wie auch der Bericht zum MRI vom 5. April 2012 und ein Verlaufsbericht der aktuellen psychiatrischen Behandlung seit Mai 2012. Es werde bestritten, dass sich der Gesundheitszustand verbessert habe, er habe sich eher verschlechtert (IV-act. 64).

B.g Die IV-Stelle verfügte am 3. April 2013 die Einstellung der Invalidenrente der Versicherten auf Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats. Die Rentenrevision sei unter dem Gesichtspunkt der Schlussbestimmung im Rahmen der



IVG-Revision 6a geprüft worden. Es seien jedoch nicht ausschliesslich syndromale Diagnosen für die Rentenzusprache verantwortlich gewesen. Deswegen sei der Fall nicht nach der Schlussbestimmung zur IV-Revision 6a angepasst worden und ein Anspruch auf berufliche Massnahmen mit gleichzeitiger Weiterzahlung der Rente entfalle. Da gemäss der aktuellen psychiatrischen Beurteilung die psychische Erkrankung mittlerweile remittiert sei und nicht mehr objektiviert werden könne, bestehe ein Invaliditätsgrad von 0 % und somit kein Rentenanspruch mehr (IV-act. 65).

C.

C.a Mit Beschwerde vom 6. Mai 2013 beantragte der Rechtsvertreter der Versicherten für diese die Aufhebung der Verfügung vom 3. April 2013 und die Weiterausrichtung der Rente. Eventualiter sei eine neue, insbesondere psychiatrische Begutachtung vorzunehmen. Er habe bereits im Einwand gegen den Vorbescheid bemängelt, die im asim-Gutachten S. 2 Ziff. 2.2 erwähnten Unterlagen lägen nicht bei den Akten, weshalb er nicht abschliessend Stellung nehmen könne. Bereits wegen dieser Verletzung des rechtlichen Gehörs sei die angefochtene Verfügung aufzuheben. Im Weiteren machte der Rechtsvertreter insbesondere geltend, im asim-Gutachten werde lediglich eine andere Einschätzung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Gesundheitszustands vorgenommen. Bei der durch die Gutachter vorgebrachten Verbesserung des psychischen Zustandes sei die seit März 2012 wieder regelmässig stattfindende Psychotherapie nicht berücksichtigt worden. Ausserdem habe das bei der Beschwerdeführerin vorliegende Karpaltunnelsyndrom (CTS) einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, der nicht berücksichtigt worden sei. Mit der Beschwerde wurde ein Schreiben von Dr. C.____ vom 25. März 2013 eingereicht, in welchem dieser über eine gute Einstellung des Diabetes berichtete und eine allfällige Gewichtszunahme mit der schmerzbedingt verminderten Mobilität begründete (act. G 1, G 1.2).

C.b Die IV-Stelle holte die noch fehlenden medizinischen Unterlagen bei der asim ein und reichte sie zusammen mit der Beschwerdeantwort vom 25. Juni 2013 zuhanden der Akten ein (act. G 7 und 7.2). In der Beschwerdeantwort beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Es liege keine massgebliche Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Die nun zusätzlich eingereichten Arztberichte dokumentierten keine gesundheitlichen Einschränkungen, welche die Arbeitsfähigkeit



St.Galler Gerichte

betreffen würden, oder seien sehr alt und alle im Gutachten der asim erörtert worden. Auf das Gutachten der asim könne grundsätzlich abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin bringe mit dem Schreiben von Dr. C.____ vom 25. März 2013 nichts vor, was dagegen spreche. Der Gesundheitszustand sei nicht anders beurteilt worden, sondern im Unterschied zu früher liege aktuell überhaupt keine psychiatrische Diagnose mehr vor. Selbst wenn die psychiatrische Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode oder Störung gestellt worden wäre, würde dies zu keinem anderen Resultat führen, da eine derartige Diagnose gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung unter bestimmten – vorliegend gegebenen – Voraussetzungen überwindbar wäre.

C.c Mit Replik vom 25. September 2013 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest und liess insbesondere vorbringen, die Äusserungen der Beschwerdegegnerin betreffend ihre psychiatrische/psychotherapeutische Behandlung seien unzutreffend. Der psychische Zustand sei schwankend, weshalb weder die Momentaufnahme anlässlich der Begutachtung noch der Medikamentenspiegel etwas belegen würden. Es sei unumgänglich, eine neue Begutachtung vorzunehmen, die sich auch mit dem CTS und den neurologischen Problemen befasse (act. G 14).

C.d Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G 16).

Erwägungen:

1.

1.1 Anfechtungsgegenstand bildet die Verfügung vom 3. April 2013. Strittig ist die von der Beschwerdegegnerin verfügte Einstellung der Invalidenrente der Beschwerdeführerin ex nunc.

1.2 In formeller Hinsicht ist vorab zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf rechtliches Gehör verletzt hat, indem sie von den asim-Gutachtern eingeholte medizinische Berichte nicht bzw. erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens beizog (IV-act. 64-2, act. G 1 S. 2).



1.3 Die Aktenführungspflicht von Verwaltung und Behörden ist Teil des rechtlichen Gehörs und bildet das Gegenstück zum (aus Art. 29 Abs. 2 BV fließenden) Akteneinsichts- und Beweisführungsrecht, indem die Wahrnehmung des Akteneinsichtsrechts durch die versicherte Person eine Aktenführungspflicht der Verwaltung voraussetzt. Die Behörde ist verpflichtet, ein vollständiges Aktendossier über das Verfahren zu führen, um gegebenenfalls ordnungsgemäss Akteneinsicht gewähren und bei einem Weiterzug diese Unterlagen an die Rechtsmittelinstanz weiterleiten zu können. Der verfassungsmässige Anspruch auf eine geordnete und übersichtliche Aktenführung verpflichtet die Behörden und Gerichte, die Vollständigkeit der im Verfahren eingebrachten und erstellten Akten sicherzustellen (vgl. mit vielen Hinweisen BGE 138 V 218 E. 8.1.2). Für die dem ATSG unterstellten Versicherer wurde in Art. 46 ATSG die Aktenführungspflicht auf Gesetzesstufe konkretisiert. Danach sind für jedes Sozialversicherungsverfahren alle Unterlagen, die massgeblich sein können, vom Versicherungsträger systematisch zu erfassen.

1.4 Vorliegend hat die IV-Stelle vor Verfügungserlass von der asim eingeholte medizinische Unterlagen, die im Gutachten berücksichtigt wurden, nicht einverlangt und entsprechend auch nicht zu den Akten genommen. Dies hat sie im Beschwerdeverfahren nachgeholt (vgl. act. G 7.2), macht in der Beschwerdeantwort aber geltend, es liege (zumindest) keine massgebliche Verletzung des rechtlichen Gehörs vor. Sinngemäss spricht sie den nachträglich eingeholten Akten die Relevanz für die Beurteilung der vorliegend massgeblichen Fragen ab.

1.5 Ob die Beschwerdegegnerin ihre Aktenführungspflicht massgeblich verletzt hat, kann vorliegend offen bleiben. Denn die Beschwerdeführerin hat hinreichend zum Ausdruck gebracht, dass sie nicht primär an einer Aufhebung der Verfügung aus formellen Gründen, sondern an einer materiellen Entscheidung interessiert ist. So hat sie denn auch nur materielle Anträge gestellt (Ziff. I/1-2 der Beschwerde) und diese entsprechend begründet. Bei dieser Sachlage ist eine materielle Beurteilung vorzunehmen (vgl. zum Ganzen m.H. den Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 22. Mai 2013, IV 2012/36 E. 2.2). Selbst wenn eine Gehörsverletzung bejaht würde, könnte dies bei den Kostenfolgen nicht berücksichtigt werden. Denn die Beschwerdeführerin weist nicht nach und es ist auch nicht ersichtlich, dass ihr wegen der unterbliebenen Zustellung der erwähnten Akten



zusätzliche Kosten entstanden sind. Insbesondere kann ausgeschlossen werden, dass sie sich nur aus diesem Grund zur Beschwerde veranlasst gesehen hat. Vielmehr hat sie zahlreiche weitere Rügen vorgebracht, sodass eine allfällige Gehörsverletzung bei den Kostenfolgen von vornherein unbeachtlich ist (vgl. m.w.H. auch den Entscheid 8C_843/2014 des Bundesgerichts vom 18. März 2015 E. 11).

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Rente im Rahmen einer gewöhnlichen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG aufgehoben. Das Revisionsverfahren hat sie im September 2009 und damit vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a und der darin enthaltenen Schlussbestimmung lit. a eingeleitet. Zwar hat sie im Lauf des Verfahrens geprüft, ob der Sachverhalt den Tatbestand der erwähnten Schlussbestimmung erfüllt (vgl. das Protokoll Vortriage vom 27. Februar 2012, IV-act. 42). Da sie dann jedoch die Voraussetzungen der gewöhnlichen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG als gegeben erachtete, hat sie die Rente gestützt darauf und nicht in Anwendung der Schlussbestimmung lit. a eingestellt (vgl. auch die Begründung der angefochtenen Verfügung). Folglich ist vorderhand zu prüfen, ob diese Rentenrevision zu Recht erfolgte.

2.2 Wenn sich der Invaliditätsgrad der rentenbeziehenden Person erheblich ändert, wird die Invalidenrente 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 Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 E. 3.5, vgl. BGE 133 V 545). Der Invaliditätsgrad kann sich unter anderem in erheblicher Weise ändern, wenn sich der Gesundheitszustand verbessert oder verschlechtert hat oder anders auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt. Eine anspruchsbeeinflussende Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Eine Herabsetzung oder Aufhebung der



Invalidenrente wird frühestens auf den ersten Tag des zweiten Monats wirksam, welcher der Zustellung der Verfügung folgt (Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV).

2.3 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; BGE 130 V 77 E. 3.2.3). Im vorliegenden Fall ist demnach der Sachverhalt, der der rentenzusprechenden Verfügung vom 7. Februar 2005 (IV-act. 26) zu Grunde lag, mit dem Sachverhalt zur Zeit der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2013 (IV-act. 65) zu vergleichen.

3.

3.1 Im Rahmen des Verfahrens zur ursprünglichen Rentenprüfung hatte der Hausarzt am 10. August 2004 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit das Vorliegen eines generalisierten Schmerzsyndromes bei chronischem Panvertebralsyndrom, eine Diskusprotrusion C4/5, Diskushernie Th4/5, Th5/6 links und L5/S1 links, Osteochondrose C4/5, Th11/12 und L5/S1, eine mittelschwere depressive Somatisierungsstörung, eine morbide Adipositas und eine arterielle Hypertonie bescheinigt. Die Arbeitsunfähigkeit hatte er mit 100 % ab dem 23. März 2004 (Behandlungsbeginn) beziffert (IV-act. 10). In einem ärztlichen Zeugnis vom 13. September 2004 hatte er konkretisiert, vom 8. August 2003 bis zum 23. Februar 2004 habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestanden und ab jenem Zeitpunkt eine solche von 70 % (IV-act. 13). Seitens des AEH war gemäss Gutachten vom 19. Mai 2004 aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden (act. G 7.2.8 S. 4). Dr. B.____ hatte am 23. Februar 2004 eine zumindest mittelschwere depressive Somatisierung im Rahmen einer vornehmlich nicht-intentionalen Symptomenproduktion diagnostiziert. Medizinisch-theoretisch betrage die Arbeitsunfähigkeit 60-70 % (IV-act. 17-3). Anlässlich der Reevaluation vom 28. Juli 2004 hatte seine Beurteilung auf eine Arbeitsunfähigkeit von "unverändert 50-60 %" gelautet (IV-act. 17-2).



3.2 Die Beschwerdeführerin betont, Verschlechterungen des somatischen Zustands seien klar objektiviert worden. Sie kritisiert, dass diese von den asim-Gutachtern als irrelevant eingestuft worden sind (vgl. S. 5 der Beschwerde). Der rheumatologische asim-Teilgutachter nahm die Diagnosen der seit 2004 durchgeführten Bildgebung zur Kenntnis bzw. gab diese wieder (MRI der LWS vom 20. Januar 2009, S. 7 des Hauptgutachtens und S. 2 des Teilgutachtens; MRI der HWS und BWS vom 5. April 2012, S. 8 des Teilgutachtens). In Bezug auf mehrere Segmente insbesondere der LWS ergaben sich Auffälligkeiten (vgl. S. 2 des Teilgutachtens, IV-act. 54-46: relativ ausgeprägte Osteochondrose L5/S1 bei verschmälelter Bandscheibe, Spondylosis und leichter dorsaler Diskusprotrusion, leichte Diskusprotrusion L4/5 bei dehydrierter Bandscheibe, Spondylarthrosen L4/5, L5/S1, L3/4). Nervenwurzelkompressionen wurden jedoch nicht nachgewiesen. Betreffend zwei Segmente der HWS wurden Auffälligkeiten beschrieben, die 2004 noch nicht vorhanden gewesen oder zumindest nicht erkannt worden waren (Osteochondrose C4/5 und C5/6 mit Myelonkontakt, jedoch ohne Zeichen einer Myelopathie). Auch betreffend die BWS wurden teilweise neue Befunde erhoben (neue Bandscheibenvorwölbung Th6/7 in den Spinalkanal, jedoch ohne Hinweis auf Myelopathie, ventrale zirkuläre Vorwölbung der Bandscheibe auf Höhe Th12/L1, vgl. S. 8 des Teilgutachtens). Der Gutachter beschrieb beim Vergleich der Aufnahmen von 2004 und 2009 bzw. 2012 zwar teilweise eine Progression der degenerativen Veränderungen, bezeichnete diese aber dennoch insgesamt als leichtgradig und sprach ihnen eine klinische Relevanz ab. Er wies darauf hin, dass sich viele degenerative Veränderungen im Lauf der Jahre verschlechtern könnten, ohne dass notwendigerweise eine entsprechende Schmerzsymptomatik entstehe. Die Diskrepanz zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin und den objektivierbaren Befunden (zentral eine ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung, aber keinerlei Zeichen einer lokalen segmentalen Dysfunktion) beschrieb er als ausgeprägt, weshalb er zusätzlich von einer Schmerzverarbeitungsstörung ausging (vgl. S. 10 des Teilgutachtens). In der angestammten, nämlich einer körperlich schweren Tätigkeit, schätzte der Gutachter die Beschwerdeführerin weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Dabei interferierten die diffusen degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule, insbesondere im Bereich der BWS und der LWS, sowie die ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung der Beschwerdeführerin, die sich im Lauf der Jahre etabliert habe. Für eine körperlich



leichte Tätigkeit, ohne Notwendigkeit, repetitiv Lasten über 12 kg zu heben, zu tragen oder zu stossen, ohne repetitives Bücken, lasse sich keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht begründen. Die Beschwerdeführerin leide sehr, habe eine ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung, jedoch bestünden keine relevanten Einschränkungen der segmentalen Beweglichkeit an ihrem Bewegungsapparat, welche die Durchführung einer leichten körperlichen Tätigkeit verhindern könnten (S. 11 des Teilgutachtens). Vor dem Hintergrund der Tatsache, dass der Experte an der ganzen Wirbelsäule keine klinisch relevante Einengung neuraler Strukturen feststellen konnte, hat es aus beweisrechtlicher Sicht dabei sein Bewenden, dass eine sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende Verschlechterung des Zustands betreffend die Rückensituation der Beschwerdeführerin nicht bewiesen werden konnte.

3.3 Was das Karpaltunnelsyndrom (CTS) anbelangt, ist die Beschwerdeführerin der Meinung, dass dieses bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu wenig gewürdigt worden sei. Nachdem der Gutachter betreffend das CTS eine adäquate, konsequente Behandlung dringendsten empfohlen habe, müsse dies sehr wohl Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

3.3.1 Das CTS war bereits vor Erlass der ursprünglichen Rentenverfügung diagnostiziert worden. Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH für Neurologie, hatte im Bericht vom 26. November 2004 das CTS rechts als sicher und links als möglich bezeichnet. Er hatte bei Fortbestand des Beschwerdebilds die Durchführung einer Neurolyse des Nervus medianus empfohlen (IV-act. 34-6). Ob eine solche oder eine andere Behandlung durchgeführt wurde, ist nicht aktenkundig. Der Bericht von Dr. F.____ aus dem Jahr 2004 lag den asim-Gutachtern vor (vgl. IV-act. 54-6, 54-12; 54-14). Im Gutachten wurde ein bilaterales, nun linksbetontes Karpaltunnelsyndrom (erste Diagnose 2004, damals rechtsbetont) als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt (IV-act. 54-12). Bezüglich Arbeitsfähigkeit wurde festgehalten, dass repetitive Tätigkeiten wegen beidseitig vorliegenden Karpaltunnelsyndroms zum aktuellen Zeitpunkt vermieden werden sollten (IV-act. 54-22). Weiter ist dem Gutachten zu entnehmen, dass eine adäquate Behandlung des Karpaltunnelsyndroms dringend indiziert sei, zuerst durch eine erneute neurologische Beurteilung und gegebenenfalls durch eine initiale Applikation nächtlicher Schienen für



die Periode von maximal 3 Monaten. Bei Persistenz der Beschwerden sei die Indikation einer operativen Sanierung zu überprüfen. Diese therapeutischen Massnahmen seien dringend zu empfehlen, da bei Beständigkeit eines bilateralen Karpaltunnelsyndroms eine Verschlechterung der Feinmotorik entstehen könne, was auch Einfluss auf die restliche Lebensqualität bzw. auf die restliche Arbeitsunfähigkeit ausüben könnte (IV-act. 54-15 f.). Dabei handelt es sich jedoch lediglich um eine Prognose. Der rheumatologisch/internistische Teilgutachter hielt explizit fest, das CTS habe derzeit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (die Beschwerdeführerin berichte über keine Einschränkung ihrer feinmotorischen Bewegungen; S. 11 des Teilgutachtens, IV-act. 54-55). Er berücksichtigte das CTS insofern, als er die Arbeitsfähigkeit in Verweistätigkeiten als eingeschränkt betrachtete, indem repetitive Tätigkeiten wegen des beidseitig vorliegenden Karpaltunnelsyndroms derzeit vermieden werden sollten. Damit können nur manuelle Tätigkeiten gemeint sein. Das Gutachten lässt nicht darauf schliessen, dass die attestierte Arbeitsfähigkeit erst nach erfolgreicher Durchführung einer Therapie zu erreichen wäre. Beim Hinweis, dass das CTS im Alltag der Beschwerdeführerin "ausserhalb der Schmerzsymptomatik eine funktionelle Einschränkung" verursache (S. 12 des Teilgutachtens, IV-act. 54-56), handelt es sich offenkundig um einen Verschieb. Im Gesamtzusammenhang wird deutlich, dass nur gemeint sein kann, das CTS verursache keine funktionelle Einschränkung. So erwähnt der Gutachter zur Erläuterung das Beispiel, dass die Beschwerdeführerin ohne Einschränkung Autofahren könne (S. 12 des Teilgutachtens). Insgesamt ist die Aussage des Gutachters, das CTS sei in quantitativer (nicht jedoch in qualitativer) Hinsicht ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, genügend klar, sodass darauf abgestellt werden kann. Eine im vorliegend zu beurteilenden Kontext relevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des CTS bleibt unbewiesen.

3.4

3.4.1 Psychiatrische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden vom psychiatrischen asim-Teilgutachter keine gestellt und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, reaktiv, im Sinn einer Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F45.4) sowie ein Status nach mittelgradiger depressiver Störung mit somatischem Syndrom, remittiert (ICD-10 F32.4), diagnostiziert (IV-act. 54-42). Aus psychiatrischer Sicht wurde aufgrund des



psychopathologischen Befundes, des Verlaufs und der guten Alltagsfunktionalität eine relevante psychische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneint (IV-act. 54-21). Eine adäquate psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zwischen 2004 und 2012 sei nicht dokumentiert, so dass sich kein Aufschluss ergebe, wie der genaue Verlauf seit 2004 gewesen sei. Eine einmalige Konsultation im Jahr 2008 sei vom behandelnden Psychiater nicht dokumentiert worden. Die psychiatrische Einschätzung der Klinik E.____ vom 3. April 2012 mit der Diagnose einer Anpassungsstörung sei kaum geeignet, eine anhaltende oder höhergradige Arbeitsunfähigkeit zu begründen (IV-act. 54-21 f.). Im psychiatrischen Teilgutachten wurde die Beschwerdeführerin als schwingungsfähig und auslenkbar beschrieben. Der Gutachter erlebte sie nicht als depressiv, sie habe inszenierend gewirkt und ihre Beschwerden verdeutlicht (Weinen, Schluchzen, laut werdende Stimme; S. 8 des Teilgutachtens). Konzentration, Auffassung und Langzeitgedächtnis beschrieb der Gutachter als normal. Das formale Denken sei flüssig, kohärent, zeitweise leicht eingeeengt auf Schmerzen und Ängste. Die Grundstimmung sei leicht gedrückt (S. 9 des Teilgutachtens). Dass der psychiatrische Gutachter keine relevanten Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen konnte, ist vor dem Hintergrund seiner Ausführungen zum Psychostatus, aber auch zum Tagesablauf sowie zum Familien- und Sozialleben nachvollziehbar und plausibel. Mittels Laboruntersuchung konnte ferner keine regelmässige Medikamenteneinnahme nachgewiesen werden; dies lässt einen erheblichen subjektiven Leidensdruck zumindest als fraglich erscheinen.

3.4.2 Der psychiatrische asim-Gutachter nannte die Diagnose des Status nach mittelgradiger depressiver Störung mit somatischem Syndrom, remittiert. Er stellte also nicht in Abrede, dass ein solches Krankheitsbild im Zeitpunkt der Abklärungen im Jahr 2004 vorgelegen hatte, sondern begründete lediglich, dass und warum er ein solches nicht mehr feststellen konnte. Der ursprünglichen Rentenzusprache lag in psychiatrischer Hinsicht insbesondere die Beurteilung von Dr. B.____ vom 23. Februar 2004 zugrunde (IV-act. 17-3). Darin hatte dieser ohne nähere Ausführungen dazu eigene klinische Befunde erwähnt und auch auf fremdanamnestic Angaben verwiesen (offenbar telefonisch beim Hausarzt eingeholt). Dr. B.____ hatte eine "vita minima" festgehalten. Er hatte eine starke innerpsychische Abwehr bei hoher Spannung und Leidensdruck attestiert. Hinweise auf forcierte Aggravation und/oder Simulation im Sinn einer primären Rentenbegehrlichkeit oder finanziellen



Entschädigungsbegehren hatte er explizit verneint. Einschränkungen von der Art, wie von Dr. B.____ beschrieben, lagen bei Begutachtung durch die asim klarerweise nicht mehr vor. Mit einer "vita minima" liesse sich die Schilderung der Beschwerdeführerin zu ihrem recht aktiven Tagesablauf mit Betreuung ihres Kindes, Einkaufen, Kochen, Spaziergehen, Kontakt mit Freundinnen, Restaurant- oder Cafébesuchen und Fernsehen (vgl. S. 6 des Teilgutachtens) nicht vereinbaren. Auch Hinweise auf hohe psychische Spannung oder entsprechenden Leidensdruck lassen sich dem Teilgutachten nicht entnehmen. Vor diesem Hintergrund ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass es im Vergleich mit dem psychischen Zustand bei der ursprünglichen Rentenzusprache zu einer relevanten Verbesserung gekommen ist. Ab wann dies der Fall war, konnte der psychiatrische asim-Teilgutachter nicht verlässlich rekonstruieren. Seinen Ausführungen sowie den übrigen Akten ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin nach 2004 nicht konsequent psychiatrisch behandelt wurde. Der Hausarzt Dr. C.____ hatte im Oktober 2009 von einer "Intensivierung" der psychiatrischen Behandlung im Jahr 2007 berichtet. Er habe die Beschwerdeführerin an Dr. D.____ überwiesen (IV-act. 34-1). Dort hatte jedoch gemäss den Akten keine regelmässige Behandlung stattgefunden (vgl. IV-act. 37, 44), dies zumindest nicht vor März 2012.

3.4.3 In einem Bericht vom 3. April 2012 hielt Dr. G.____, Oberarzt Klinik E.____, bezugnehmend auf ein erstes Gespräch vom 12. März 2012 fest, die Beschwerdeführerin leide nach eigenen Angaben "seit ca. 3 Monaten" zunehmend unter Ängsten, Angst vor dem Sterben. Es sei wieder (wie bereits 2008) zu Schlafproblemen gekommen. Ihre Stimmung sei labil geworden und sie ziehe sich vermehrt zurück. Sie leide unter Freud- und Lustlosigkeit und Antriebsmangel. Dr. G.____ beschrieb die Beschwerdeführerin als stimmungsmässig deprimiert, verängstigt. Er erwähnte auch eine Tendenz zu sozialem Rückzug und diagnostizierte eine Anpassungsstörung mit Angst und längerer depressiver Reaktion (act. G 7.2.7). Die asim-Gutachter hatten Kenntnis von diesem Bericht. Zudem telefonierte der psychiatrische asim-Teilgutachter am 20. August 2012 mit Dr. G.____ (S. 4 des Teilgutachtens). Wie dargelegt, erlebte der Gutachter die Beschwerdeführerin deutlich anders als Dr. G.____ anlässlich jenes Erstgesprächs. Es liegen keine Hinweise darauf vor, dass der Gutachter relevante Elemente nicht erkannt oder falsch eingeschätzt haben sollte. Die Diagnose oder die übrigen Ausführungen von Dr. G.____, der sich im



Übrigen nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäussert hat, geben keinen Anlass, an der Zuverlässigkeit der Einschätzung des psychiatrischen asim-Gutachters zu zweifeln.

3.4.4 Insgesamt ergaben sich im Zeitpunkt der asim-Begutachtung und darüber hinaus bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung keine hinreichenden Anhaltspunkte mehr für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychischen Gründen. Eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands seit der ursprünglichen Rentenzusprache im Februar 2005

ist rechtsgenügend bewiesen.

3.5 Gemäss den vorstehenden Erwägungen sind die Voraussetzungen der Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG erfüllt. Die Aufhebung der Rente der Beschwerdeführerin durch die Beschwerdegegnerin mit Wirkung ex nunc (vgl. Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a IVV) erfolgte zu Recht.

4.

4.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen.

4.2

4.2.1 Der Beschwerdeführerin wurde die unentgeltliche Prozessführung am 1. Juli 2013 bewilligt (act. G 8).

4.2.2 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. 1^{bis} IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

4.2.3 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteienschädigung wird vom



Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hat keine Kostennote eingereicht. In der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit erscheint mit Blick auf vergleichbare Fälle eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- angemessen. Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen.

4.2.4 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 im Sinne der Erwägungen von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.

3.

Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (inkl. Barauslagen und Mehrwertsteuer).