



**Fall-Nr.:** IV 2014/480  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 20.04.2020  
**Entscheiddatum:** 06.04.2017

### **Entscheid Versicherungsgericht, 06.04.2017**

**Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG; Rückweisung zur ergänzenden medizinischen Abklärungen, da auf das der Renteneinstellung zugrundeliegende Gutachten nicht abgestellt werden kann. Nach der medizinischen Aktenlage ist unklar, inwieweit die diagnostizierte Fibromyalgie bzw. die somatoforme Schmerzstörung nebst den somatischen Leiden eine Arbeitsunfähigkeit verursacht (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. April 2017, IV 2014/480).**

Entscheid Versicherungsgericht, 06.04.2017

#### **Entscheid vom 6. April 2017**

Besetzung

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

Geschäftsnr.

IV 2014/480

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer



## St.Galler Gerichte

Graben 44, 9000 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Einstellung)**

**Sachverhalt**

A.

A.a A.\_\_\_\_ (nachfolgend Versicherte bzw. Beschwerdeführerin), arbeitete bis 26. Januar 1999 als Hilfsarbeiterin in der Ausrüsterei im Druck- und Verlagshaus B.\_\_\_\_ AG (IV-act. 2, 6).

A.b Im Rahmen einer kreisärztlichen Untersuchung der SUVA vom 17. Januar 2000 erhob Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für orthopädische Chirurgie FMH, aufgrund des Schmerzbildes der Versicherten mit einer Vielzahl von sogenannten Tenderpoints im Sinne von Tendomyosen und kombiniert mit Insertionstendinosen im Grad der recht grossen Wahrscheinlichkeit den Verdacht auf eine Fibromyalgie (vgl. Fremdakten Suva). Im Arztbericht vom 17. Mai 2000 stellten PD Dr. med. D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_, Fachbereich Rheumatologie und Rehabilitation, Kantonsspital St. Gallen, die Diagnosen. 1. Fibromyalgie-Syndrom; 2. Anpassungsstörung, Angst- und depressive Symptome gemischt; 3. Status nach Mammareduktionsplastik 1982 und 4. Stressinkontinenz (IV-act. 9).

A.c Am 26. Juni 2000 meldete sich die Versicherte zum Bezug von IV-Leistungen an. Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH nannte als Leiden ein Fibromyalgiesyndrom, das seit ein bis zwei Jahren bestehe (IV-act. 1; vgl. auch IV-act. 7, 8). Im IV-Arztbericht vom 27. Juli 2000 (Eingang SVA) ging Dr. F.\_\_\_\_ von einer



## St.Galler Gerichte

100%igen Arbeitsunfähigkeit seit 9. November 1999 aus (IV-act. 10). Am 5. Februar 2001 wurde die Versicherte in der Klinik Valens rheumatologisch von Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, sowie psychiatrisch von Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, begutachtet. Ergänzend erfolgte am 5. und 6. Februar 2001 eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL; IV-act. 17). Aus rheumatologischer Sicht wurde die bisherige Tätigkeit bei bestehendem chronischen Fibromyalgiesyndrom sowie chronischem Panvertebralsyndrom und repetitivem Strainsyndrom linksseitig als nicht mehr zumutbar erachtet, eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit mit Hebelbelastungen bis max. 10 kg ganztags mit vermehrten Pausen dagegen schon. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Anpassungsstörung mit lediglich zeitweisen leichten bis mittelgradigen depressiven Äquivalenten betreffend Umgang mit dem von rheumatologischer Seite diagnostizierten Fibromyalgiesyndrom und den dazugehörigen diffusen Schmerzen des gesamten Bewegungsapparates. Der psychiatrische Gutachter empfahl einen mehrmonatigen jeweils halbtägigen Einsatz in einer geschützten Werkstätte, auch um den Grad der wirklichen Einschränkungen ermitteln zu können (Gutachten vom 23. April 2001, IV-act. 17 S. 24, 25, 27-29, 34). Die berufliche Abklärung vom 3. September bis 30. November 2001 musste wegen gesundheitlichen Problemen bereits am 21. September 2001 abgebrochen werden (IV-act. 25 f.). Im Arztbericht vom 17./19. Oktober 2001 schätzte Dr. H.\_\_\_\_ die Versicherte neu auch für leichteste Arbeiten als nicht mehr arbeitsfähig ein (IV-act. 28). Im Bericht vom 29. Januar 2002 gelangte der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der IV zur Auffassung, dass die Versicherte zufolge langdauernder Krankheit mit Beginn am 9. November 1999 zu 100% invalid sei (IV-act. 30). Mit Wirkung ab 1. November 2000 sprach die IV-Stelle der Versicherten eine ganze Rente zu (Verfügung vom 30. April 2002; IV-act. 38 und 39).

A.d Die IV-Stelle holte im Rahmen einer von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision im Jahr 2005 einen Arztbericht beim behandelnden Arzt Dr. F.\_\_\_\_ ein. Dieser bestätigte am 11. Februar 2005 bei gleichbleibender Diagnose einen unveränderten Gesundheitszustand der Versicherten (IV-act.46), worauf die IV-Stelle weiter eine ganze Rente gewährte (IV-act. 49).

A.e Im Rahmen der Rentenrevision im Jahr 2009 holte die IV-Stelle einen Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, ein. Dr. I.\_\_\_\_ stellte im Verlaufsbericht vom 25.



## St.Galler Gerichte

Mai 2009 bei unverändertem Gesundheitszustand neu die folgenden Diagnosen: 1. Chronisches primäres Fibromyalgie Syndrom mit Rückenschmerzen, Armschmerzen, Restless legs, Kopfschmerzen, rezidivierenden Magendarmschmerzen, 2. Colonpassagestörung - obstructed defecation syndrome seit 2/09 und 3. iliotibiales Bandsyndrom links lateral 4/09 (IV-act. 56), woraufhin die IV-Stelle weiterhin eine ganze Rente gewährte (IV-act. 59).

A.f Im Rahmen einer neuerlichen von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevision gab die Versicherte am 1. Mai 2013 an, ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben (IV-act. 64). Eingeholt bzw. eingereicht wurden u.a. Verlaufsberichte von Dr. I.\_\_\_\_ vom 15. und 17. Mai 2013. Der Arzt ging von einer unveränderten Diagnose sowie einer andauernden gänzlichen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-act. 69 S. 1-4). Im Arztbericht vom 5. April 2013 bestätigte Dr. med. J.\_\_\_\_, Neurologie FMH, die von Dr. I.\_\_\_\_ erhobenen Karpaltunnelsynndrome links und rechts (IV-act. 68 und 69 S. 19-23). Im Arztbericht vom 5. Dezember 2012 berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_, Pneumologie und Innere Medizin FMH, von einer Fibromyalgie und einem leichten obstruktiven Schlafapnoesyndrom, welches therapeutisch behandelt werde (IV-act. 69 S. 24 f.).

A.g Die IV-Stelle veranlasste nach Rücksprache mit dem RAD eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung. Die Begutachtung fand am 16. und 17. Dezember 2013 im Ärztlichen Begutachtungsinstitut GmbH, Basel (nachfolgend: ABI), statt (IV-act. 70-73, 76-78, 81). Mit der rheumatologischen Untersuchung wurde Dr. med. L.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, mit der allgemeininternistischen Untersuchung Dr. med. M.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, mit der psychiatrischen Untersuchung Dr. med. N.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie, und mit der neurologischen Untersuchung Dr. med. O.\_\_\_\_, Neurologie FMH, FA Schlafmedizin SGSSC, beauftragt. Das Gutachten stammt vom 5. Mai 2014 (IV-act. 82). Die Gutachter stellten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-act. 82 S. 24 f.): Status nach akutem Schulterimpingement-Syndrom rechts (ICD-10: M75.4) mit intratendinöser Verkalkung im Bereich der medialen Anteile der Supraspinatussehne sowie Verkalkungen im Bereich der Infraspinatussehne und einer deutlich verdickten Bursa subacromialis. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurden u.a. genannt (IV-act. 82 S. 25): Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom/Fibromyalgie (ICD-10: M79.0), Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4), akzentuierte



## St.Galler Gerichte

Persönlichkeitszüge (infantil; ICD-10: Z73.1) und unspezifisches zervikal- sowie lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8). Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit erachteten die Gutachter die Versicherte zu 100% als arbeits- und leistungsfähig sicher ab dem Untersuchungsdatum im Dezember 2013. Dagegen seien körperlich andauernd mittelschwere und schwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Ein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde nicht erhoben. Der Versicherten sei es zumutbar, die notwendigen Willensanstrengungen aufzubringen, um trotz subjektiver Beschwerden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (IV-act. 82 S. 26 f.).

A.h In der Stellungnahme vom 11. Juni 2014 führte der RAD aus, dass hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit einzig der Status nach akutem Schulter Impingementsyndrom rechts relevant sei. Keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe u.a. das chronische multilokuläre Schmerzsyndrom/Fibromyalgie mit/bei Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und ein unspezifisches zervikal- sowie lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom. Die ABI-Gutachter hätten nachvollziehbar dargelegt, dass keine komorbide psychiatrische Störung vorliege und dass die sogenannten Förster-Kriterien nicht erfüllt seien. Eine allenfalls früher vorhandene Depression sei in der Zwischenzeit remittiert (IV-act. 83).

A.i Ausgehend von einer gesundheitlichen Verbesserung, da keine depressiven Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr hätten festgestellt werden können, und einer 100%igen Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 0% und stellte der Versicherten mit Vorbescheid vom 24. Juni 2014 die Einstellung der Rentenleistung in Aussicht (IV-act. 84-87).

A.j Die Rechtsvertreterin der Versicherten, Rechtsanwältin Bettina Surber, St. Gallen, erhob am 1. September 2014 Einwand (IV-act. 94). Mit dem Einwand reichte die Rechtsvertreterin Arztberichte von Dr. I.\_\_\_\_ vom 27. August 2014 und Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 28. August 2014 ein (IV-act. 94 S. 6 ff.). Dr. I.\_\_\_\_ erklärte, dass weiterhin von einer mittelschweren rezidivierenden Depression auszugehen sei. Die Versicherte sei bei ihm in Behandlung. Er führe monatliche Gespräche und setze begleitend Antidepressiva (aktuell Fluoxetin) ein (IV-



act. 94 S. 6). Psychiater Dr. P.\_\_\_\_, Praxisnachfolger von Dr. H.\_\_\_\_, erklärte nach Sichtung der Akten, dass die Versicherte ehemals an leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden sowie an einem Schmerzsyndrom, möglicherweise im Sinne einer Fibromyalgie, gelitten habe. Aus aktueller Sicht scheine sich die affektive Situation der Versicherten gegenüber früher verschlechtert zu haben. Auch im Vergleich zum Zeitpunkt der ABI-Begutachtung im Dezember 2013 habe sich die gesundheitliche Situation verschlechtert. Dr. P.\_\_\_\_ diagnostizierte aktuell eine schwere rezidivierende depressive Episode (ICD-10: F33.2) sowie Hinweise auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit depressiven-negativistischen, paranoiden und zwanghaften sowie selbstunsicheren Anteilen (ICD-10: F61.0). Er erachtete die Beschwerdeführerin wegen den Einschränkungen/Schädigungen und der resultierenden fehlenden dauerhaften Einsetzbarkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt aus psychiatrischer Sicht und ohne Berücksichtigung der körperlichen Defizite zu 100% arbeitsunfähig (IV-act. 94 S. 7 f.).

A.k Der RAD erklärte in der Stellungnahme vom 15. September 2014, dass die psychiatrische Diagnose von Dr. I.\_\_\_\_ unbeachtlich sei, da dieser kein Psychiater, sondern ein Facharzt für Innere Medizin sei. Zum Arztbericht von Dr. P.\_\_\_\_ führte er aus, dass der Psychiater keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht habe, die geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht gebe es daher keinen Grund, von der bisherigen Beurteilung abzuweichen (IV-act. 96).

A.l Am 16. September 2014 verfügte die IV-Stelle unter Entzug der aufschiebenden Wirkung die revisionsweise Rentenaufhebung per 31. Oktober 2014 (IV-act. 97).

B.

B.a Gegen die Verfügung vom 16. September 2014 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 17. Oktober 2014. Die Beschwerdeführerin beantragt unter Kosten- und Entschädigungsfolge die Aufhebung der Verfügung, die Feststellung, dass sie weiterhin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente habe und die Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Renteneinstellung. Zur Begründung wird insbesondere angeführt, dass mit dem ABI-Gutachten der Beweis für eine Verbesserung des



## St.Galler Gerichte

Gesundheitszustandes nicht erbracht werden könne. Gerügt wird zudem, dass sich die ABI-Gutachter nicht vertieft mit den Akten auseinandergesetzt hätten und das psychiatrische Teilgutachten unvollständig sei (act. G 1).

B.b Die Beschwerdegegnerin beantragt in der Beschwerdeantwort vom 14. Januar 2015 die Abweisung der Beschwerde. Sie macht im Wesentlichen geltend, das ABI-Gutachten sei beweiskräftig. Zur Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wurde erklärt, dass diese wie grundsätzlich sämtliche pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage nur ausnahmsweise invalidisierender, d.h. einen Rentenanspruch begründender Charakter habe. Zudem habe der Gutachter im Hinblick auf das Schmerzsyndrom/Fibromyalgie die Förster-Kriterien geprüft und habe jedes einzelne ausschliessen können. Hinzu komme, dass die Fibromyalgie als solche aus IV-rechtlicher Sicht als syndromales Leiden nicht als invalidisierend anerkannt sei (act. G 6).

B.c Mit Zwischenentscheid vom 15. Januar 2015, IV 2014/480 Z, hat das Versicherungsgericht das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der gegen die Verfügung vom 16. September 2014 gerichteten Beschwerde abgewiesen (act. G 7).

B.d In der Replik vom 11. Mai 2015 hielt die Beschwerdeführerin unverändert an der Beschwerde fest. Zur Begründung wurde vorgebracht, dass es sich beim vorliegenden Fall weder um eine Beurteilung eines Erstfalles noch um eine Revision im Rahmen der Schlussbestimmungen zur 6. Revision des Invalidenversicherungsgesetzes handle, weshalb eine Rentenrevision/Renteneinstellung eine Verbesserung des Gesundheitszustandes gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache voraussetze. Dies sei vorliegend jedoch nicht gegeben (act. G 15).

B.e Die Beschwerdegegnerin hat mit Schreiben vom 28. Mai 2015 auf eine Duplik verzichtet (act. G 17).

## Erwägungen

1.



Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung vom 16. September 2014. Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt, es liege im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache eine Sachverhaltsänderung vor, welche die Aufhebung der bisherigen Rentenleistung rechtfertige (IV-act. 9, act. G 6). Die Beschwerdeführerin bestreitet dies (IV-act. 94, act. G 1).

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20]). Erwerbsunfähigkeit ist der durch 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

2.2 Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4). Im Weiteren sind die ärztlichen



Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen).

2.4 In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass ein den Beweisanforderungen grundsätzlich genügendes medizinisches Gutachten (BGE 125 V 351 f. E. 3a und b) nicht in Frage gestellt werden kann und nicht Anlass zu weiteren Abklärungen besteht, wenn und sobald die behandelnden medizinischen Fachpersonen nachher zu einer unterschiedlichen Beurteilung gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juli 2008, 9C\_830/2007, E. 4.3 mit Hinweisen). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet der begutachtenden psychiatrischen Fachperson daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte oder die Expertin lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts vom 5. März 2009, 8C\_694/2008, E. 5.1.1).

2.5 Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung. Danach haben die Versicherungsträger und das Sozialversicherungsgericht die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen.

3.



3.1 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. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). 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; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C\_562/08, E 2.1).

3.2 Die ursprüngliche Zusprache einer ganzen Rente mit Wirkung ab 1. November 2000 (Verfügung vom 30. April 2002) beruhte auf der Annahme einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Hilfsarbeiterin wie auch in Verweistätigkeiten. Diese Feststellung entstammt hauptsächlich den Berichten des behandelnden Arztes Dr. F.\_\_\_\_ vom 27. Juli 2000 (Eingang SVA) und 31. Dezember 2001 (IV-act. 10, 29), dem Bericht der Spitalärzte Dr. D.\_\_\_\_ und Dr. E.\_\_\_\_ vom 17. Mai 2000 (IV-act. 9), dem rheumatologischen-psychiatrischen Gutachten der Fachärzte Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. H.\_\_\_\_ vom 23. April 2001 (IV-act. 17) und dem Arztbericht von Dr. H.\_\_\_\_ vom 17./19. Oktober 2001 (IV-act. 28). Die Spitalärzte diagnostizierten damals insbesondere ein Fibromyalgie-Syndrom, eine Anpassungsstörung mit Angst- und depressiven Symptomen gemischt sowie eine Stressinkontinenz (IV-act. 9). Im bidisziplinären Gutachten wurde insbesondere ein chronisches primäres Fibromyalgiesyndrom, eine chronische Epicondylitis radialis und ulnaris linksseitig sowie eine Anpassungsstörung mit lediglich zeitweisen leichten bis mittelgradigen depressiven Äquivalenten in Bezug auf den Umgang mit dem zweifelsfrei von rheumatologischer Seite diagnostizierten Fibromyalgiesyndrom und den dazugehörigen



diffusen Schmerzen des gesamten Bewegungsapparates diagnostiziert (IV-act. 17 S. 24, 25, 27, 34). Im Arztbericht vom 17./19. Oktober 2001 berichtete Psychiater Dr. H.\_\_\_\_ über die verschlechterte gesundheitliche Situation. Er erachtete die Beschwerdeführerin nun auch für die leichtesten Arbeiten nicht mehr als arbeitsfähig. Die Beschwerdeführerin werde einerseits mit antidepressiven Medikamenten behandelt und gleichzeitig in losen Abständen psychotherapeutisch etwas begleitet. Eine intensive psychotherapeutische Behandlung sei bei der Beschwerdeführerin aufgrund ihrer sehr einfachen Struktur gar nicht möglich (IV-act. 28). Der RAD schloss sich am 29. Januar 2002 diesen ärztlichen Einschätzungen an und erachtete die Beschwerdeführerin als zu 100% arbeitsunfähig seit dem 9. November 1999 (IV-act. 30).

3.3 Die in den Jahren 2005 und 2009 durchgeführten Rentenrevisionen waren keine umfassenden Prüfungen des Rentenanspruchs, denn es wurden lediglich Verlaufsberichte von den behandelnden Ärzten eingeholt. Der RAD wurde jedoch nicht beigezogen (IV-act. 81). Da die behandelnden Ärzte einen gleichbleibenden Gesundheitszustand bescheinigten, wurde weiterhin eine ganze IV-Rente gewährt. Weil in den Jahren 2005 und 2009 keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Einkommensvergleich stattfand, ist vorliegend der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung die ursprüngliche Rentenverfügung vom 30. April 2002 (vgl. IV-act. 81).

4.

4.1 Zum Nachweis einer anspruchserheblichen Änderung stützt sich die Beschwerdegegnerin im Rahmen der aktuellen Revision des Rentenanspruchs insbesondere auf das ABI-Gutachten vom 5. Mai 2014, das auf im Dezember 2013 durchgeführten allgemeininternistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungen beruht (IV-act. 82).

4.2 Im ABI-Gutachten wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 82 S. 24 f.): Status nach akutem Schulterimpingement-Syndrom rechts (ICD-10: M75.4); sonografisch (27.11.2012) gemäss Aktenlage intratendinöse



Verkalkung im Bereich der medialen Anteile der Supraspinatussehne sowie kleine Verkalkungen im Bereich der Infraspinatussehne; keine Hinweise für Läsion der Rotatorenmanschette; deutlich verdickte Bursa subacromialis; Status nach sonografisch gesteuerter intrabursaler Steroidinfiltration mit sehr gutem Effekt am 27.11.2013 und am 11.07.2013; sonografisch gesteuertes Needling geplant für 18.12.2013. Als Diagnosen ohne wesentlichen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter (IV-act. 82 S. 25): 1. Chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom/ Fibromyalgie (ICD-10: M79.0), Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4); 2. Akzentuierte Persönlichkeitszüge (infantil) (ICD-10: Z73.1); 3. Unspezifisches zervikal- sowie lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10: M53.8) bei Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform, bei leichten Diskopathien zervikal im Segment C5/6 und lumbal im Segment L5/S1 und bei muskulärer Dysbalance mit Abschwächung der abdominellen und rückenstabilisierenden Muskelgruppen; 4. Leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits, unter konservativer Therapie in Remission (ICD-10: G52.0); 5. Leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom, unter C-PAP-Therapie (ICD-10: G47.31); 6. Restless legs-Syndrom (ICD-10: G25.8); 7. Beginnendes metabolisches Syndrom; 8. Status nach Nikotinabusus (ca. 30 py) (ICD-10: Z86.4).

### 4.3

4.3.1 In der internistischen wie auch in der neurologischen Untersuchung wurden keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-act. 82 S. 8, S. 22 ff.).

4.3.2 In der rheumatologischen Untersuchung erwähnte die Beschwerdeführerin, dass sich ihre Bewegungsfähigkeit nicht jedoch die Schmerzsymptomatik im Vergleich zum Zeitpunkt der Begutachtung im Jahr 2001 verbessert habe. Gutachter Dr. E. \_\_\_ stellte einen Status nach einer sonografisch gesteuerten intrabursalen Steroidtherapie rechts vom 27. November 2013 aufgrund eines subakromialen Impingements der rechten Schulter bei deutlicher Bursitis subacromialis bei ausgedehnter Verkalkung im Bereich der Supraspinatussehne fest und wies auf das für den 18. Dezember 2013 vorgesehene Needling der Kalkdepots der Supraspinatussehne rechts hin. Als Befund erhob er am Achsenskelett eine Wirbelsäulenfehlhaltung und -fehlform sowie eine allgemeine muskuläre Dekonditionierung mit Abschwächung der abdominellen und



rückenstabilisierenden Muskelgruppen. Die Schmerzproblematik an der rechten Schulter sei nachvollziehbar. Der Gutachter erklärte, dass die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht das Beschwerdebild einer Fibromyalgie erfülle. Er erachtete körperlich regelmässig mittelschwere und schwere Tätigkeiten als nicht mehr zumutbar. Dagegen sei die Beschwerdeführerin bezüglich leichter bis intermittierend mittelschwerer, wechselbelastender Tätigkeiten zu 100% arbeits- und leistungsfähig sicher ab dem Untersuchungsdatum im Dezember 2013. Voraussetzung sei, dass die Arbeitsplatzbedingungen es der Beschwerdeführerin ermöglichten, ihre Arbeitsposition regelmässig selbständig zu wechseln und stereotype Rotationsbewegungen von HWS und LWS, Arbeiten in anhaltender Oberkörper-Vorneige-Position, repetitive Überkopfarbeiten sowie schwer manuell belastende Tätigkeiten vermieden würden. Das Heben, Stossen, Ziehen und Tragen von Lasten bis zur Taille sei auf 15 kg, über Taille bis 10 kg möglich (IV-act. 82 S. 12 ff. insb. S. 20; vgl. auch IV-act. 82 S. 26 und 28).

4.3.3 Für die psychiatrische Untersuchung waren zwei Stunden veranschlagt. Effektiv dauerte die Untersuchung knapp eine Stunde (vgl. IV-act. 78 S. 2, 82 S. 10). Die Beschwerdeführerin machte insbesondere Schmerzen im Nacken, in den Gelenken und im Rücken sowie die fehlende Kraft in der linken Hand und ihre Vergesslichkeit geltend. Der Psychiater erhob als Diagnose den Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) und akzentuierte Persönlichkeitszüge (infantil; ICD-10: Z73.1; IV-act. 82 S. 10 f.). Er erklärte, dass aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit lediglich durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründet werden könne. Da sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen zwischenzeitlich verändert hätten, könne nur noch in Ausnahmefällen von einer Unüberwindbarkeit der Schmerzen ausgegangen werden. Mit Verweis auf die Förster-Kriterien erklärte der Gutachter, dass eine solche Ausnahme bei der Beschwerdeführerin nicht vorliege. So liesse sich unter Beachtung der Förster-Kriterien keine komorbide Störung von anhaltender Dauer, Intensität und Schwere nachweisen. Eine chronisch-körperliche Begleiterkrankung liege nicht vor, ein sozialer Rückzug in allen Lebensbelangen finde nicht statt, bei Ausbruch der Störung könne kein unbewusster psychischer Konflikt nachgewiesen und ein mehrjähriger chronifizierter Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik könne nicht bestätigt werden. Der Verlauf in den letzten Jahren zeige eine Besserungstendenz, auch



betreffend der somatoformen Symptomatik. Eine Therapieresistenz könne ebenso nicht bestätigt werden, da die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren keine spezifische Behandlung mehr verfolgt habe. Hinsichtlich der früher auf der Basis eines Fibromyalgiesyndroms beschriebenen Anpassungsstörung mit zeitweise leichten bis mittelgradigen depressiven Äquivalenten könne mit den aktuell vorliegenden Befunden keine depressive Störung mehr belegt werden. Leichtere Verstimmungen seien im Rahmen der Grundstörung der somatoformen Schmerzstörung zu erklären. Im Weiteren führte der Gutachter verschiedene Ressourcen der Beschwerdeführerin als Beleg für die Überwindbarkeit der Schmerzen und für die Arbeitsfähigkeit an (vgl. IV-act. 82 S. 11 f.).

4.3.4 Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Konsensbeurteilung folgerten die ABI-Gutachter, dass es der Beschwerdeführerin zumutbar sei, die notwendigen Willensanstrengungen aufzubringen, um trotz subjektiver Beschwerden einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, weshalb die Diagnosen multilokuläres Schmerzsyndrom/Fibromyalgie, Verdacht auf anhaltende somatoforme Schmerzstörung und unspezifisches zervikal- sowie lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Hinsichtlich der bei der Begutachtung im Jahr 2001 diagnostizierten Anpassungsstörung mit zeitweiser leichter bis mittelgradiger Depression bzw. einer depressiven Überlagerung eines Fibromyalgiesyndroms erklärten die ABI-Gutachter, da keine psychiatrische Behandlung mehr stattgefunden habe, sei eine allenfalls früher vorhandene Depression in der Zwischenzeit remittiert (IV-act. 82 S. 27).

4.4 Die Beschwerdeführerin erachtet das ABI-Gutachten nicht als beweiskräftig für den Nachweis einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustandes und verweist dabei auf die Arztberichte von Dr. I.\_\_\_\_ und Dr. P.\_\_\_\_ vom 27. August 2014 (IV-act. 94 S. 6) bzw. 28. August 2014 (IV-act. 94 S. 7 f.), gemäss denen nach wie vor von einer erheblichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin macht denn auch geltend, ihr Gesundheitszustand sei von den ABI-Gutachtern und insbesondere vom psychiatrischen Gutachter nur ungenügend abgeklärt worden. Es fehle eine Auseinandersetzung mit der Diagnose Fibromyalgie sowie den dem Rentenentscheid von 2002 zugrundeliegenden Arztberichten und Berichten über die berufliche Eingliederung. Mit Verweis auf das Arztzeugnis von Dr.



I.\_\_\_\_ vom 27. August 2014 wird die gutachterliche Aussage bestritten, dass die Beschwerdeführerin über längere Zeit in keiner psychiatrischen Behandlung mehr gewesen sei. Im Weiteren stellt die Beschwerdeführerin die Objektivität des psychiatrischen Gutachters in Frage, da sie nicht wie vom psychiatrischen Gutachter erwähnt eine "muslimische Burka" sondern nur ein normales Kopftuch getragen habe (act. G 1 S. 5 ff.; IV-act. 82 S. 10).

4.5 Hinsichtlich der erhobenen Befunde ist festzuhalten, dass nebst der (arbeitsfähigkeitsrelevanten) Schulterproblematik auch ein Schmerzsyndrom/eine Fibromyalgie und der Verdacht auf eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und weitere diffuse wandernde Ganzkörperbeschwerden im Vordergrund stehen. Der psychiatrische Gutachter Dr. N.\_\_\_\_ erklärte denn auch, dass sich aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit lediglich durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründen liesse. Da sich jedoch unter Beachtung der Förster-Kriterien keine komorbide Störung von anhaltender Dauer, Intensität und Schwere nachweisen liesse, erachtete der Gutachter die Schmerzstörung als unbeachtlich. Festzustellen ist deshalb, dass zum Überprüfungszeitpunkt weiterhin auch von einem nach wie vor unklaren Beschwerdebild auszugehen ist.

5.

5.1 Gemäss bisheriger Rechtsprechung vermochten somatoforme Schmerzstörungen und ähnliche pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Leidenszustände in der Regel keine lang dauernde, zu einer Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG führende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu bewirken (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 19. Januar 2015, 8C\_689/2014, E. 2.1, mit Hinweisen auf BGE 136 V 279 E. 3, 130 V 352 E. 2.2.2 und 2.2.3, 132 V 65, 131 V 49 und 130 V 396). Die - nur in Ausnahmefällen anzunehmende - Unzumutbarkeit eines Wiedereinstiegs in den Arbeitsprozess setzte das Vorliegen einer mitwirkenden, psychisch ausgewiesenen Komorbidität von erheblicher Schwere, Intensität, Ausprägung und Dauer oder aber das Vorhandensein anderer qualifizierter, mit gewisser Intensität und Konstanz erfüllter Kriterien voraus, wie chronische körperliche Begleiterkrankungen und mehrjähriger Krankheitsverlauf bei unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne längerfristige Remission, ein ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens, ein verfestigter,



therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn) oder schliesslich unbefriedigende Behandlungsergebnisse trotz konsequent durchgeführter Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterte Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person (BGE 130 V 352 E. 2.2.3). Je mehr dieser Kriterien zutrafen und je ausgeprägter sich die entsprechenden Befunde darstellten, desto eher waren die Voraussetzungen für eine zumutbare Willensanstrengung zu verneinen (BGE 139 V 547 E. 9; 137 V 64 E. 4.1; 131 V 49 E. 1.2 mit Hinweisen).

5.2 Die vorstehend zusammengefasst wiedergegebene Rechtsprechung erfuhr durch BGE 141 V 281 eine Praxisänderung. Zusammenfassend erwog das Bundesgericht (E. 6), dass die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen stärker als bisher den Aspekt der funktionellen Auswirkungen, die sich aus denjenigen Befunden ergäben, welche auch für die Diagnose der Gesundheitsbeeinträchtigung massgebend seien, zu berücksichtigen habe, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen müsse (E. 2). Auf der Ebene der Arbeitsunfähigkeit (E. 3) habe die durch BGE 130 V 352 begründete Rechtsprechung die Sicherstellung eines gesetzmässigen Versicherungsvollzuges (E. 3.4.1.1) mittels der Regel/Ausnahme-Vorgabe bzw. (seit E. 7.3 von BGE 130 V 396 und 131 V 49) der Überwindbarkeitsvermutung (E. 3.1 und 3.2) bezweckt. An dieser Rechtsprechung sei nicht mehr festzuhalten (E. 3.4 und 3.5). Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell werde durch ein strukturiertes Beweisverfahren ersetzt (E. 3.6). An der Rechtsprechung zu Art. 7 Abs. 2 ATSG - ausschliessliche Berücksichtigung der Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung und objektivierte Zumutbarkeitsprüfung bei materieller Beweislast der rentenansprechenden Person (Art. 7 Abs. 2 ATSG) - ändere sich dadurch nichts (E. 3.7). An die Stelle des bisherigen Kriterienkatalogs (bei anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden) würden im Regelfall beachtliche Standardindikatoren treten (E. 4). Diese liessen sich in die Kategorien Schweregrad (E. 4.3) und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen einteilen (E. 4.4). Auf den Begriff des primären Krankheitsgewinnes (E. 4.3.1.1) und die Präponderanz der psychiatrischen Komorbidität (E. 4.3.1.3) sei zu verzichten. Der Prüfungsraster sei rechtlicher Natur (E. 5 Ingress). Recht und Medizin wirkten sowohl bei der Formulierung der



Standardindikatoren (E. 5.1) wie auch bei deren - rechtlich gebotener - Anwendung im Einzelfall zusammen (E. 5.2). Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrades sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien. Fehle es daran, habe die Folgen der Beweislosigkeit nach wie vor die materiell beweisbelastete versicherte Person zu tragen.

5.3 In intertemporalrechtlicher Hinsicht ist sinngemäss wie in BGE 137 V 210 vorzugehen. Nach dieser Entscheidung verlieren gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten nicht per se ihren Beweiswert. 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 (BGE 137 V 210 E. 6). In sinngemässer Anwendung auf die nunmehr materiell-beweisrechtlich geänderten Anforderungen ist in jedem einzelnen Fall 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. Je nach Abklärungstiefe und -dichte kann zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 281 E. 8).

5.4 Zwar hatten die Ärztinnen und Ärzte bereits bis anhin ihre Stellungnahmen zur Arbeitsfähigkeit so substantiell wie möglich zu begründen, und es war für die ärztliche Plausibilitätsprüfung wichtig, in welchen Funktionen die versicherte Person eingeschränkt ist. Die diesbezüglichen Anforderungen hat das Bundesgericht aber nunmehr dahin gehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und Alltag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und - in der Folge - Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektiver Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine



Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt (BGE 141 V 281 E. 6; Urteil des Bundesgerichts vom 5. September 2015, 8C\_10/2015, E. 4.2).

6.

6.1 Die bei den Akten liegenden medizinischen Unterlagen, insbesondere das von der Beschwerdegegnerin als beweistauglich erachtete ABI-Gutachten vom 5. Mai 2014 (IV-act. 82) und die Stellungnahme des RAD vom 15. September 2014 (IV-act. 96), erlauben keine schlüssige Beurteilung im Lichte der Beurteilungsindikatoren gemäss BGE 141 V 281 wie nachfolgend dargelegt.

6.2 Das ABI-Gutachten wurde noch vor dem Hintergrund des BGE 130 V 352 beziehungsweise der Überwindbarkeitsvermutung erstellt, und die invalidisierende Wirkung der Schmerzstörung wurde insbesondere mit Blick auf das Vorliegen einer psychiatrischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer geprüft und verneint.

6.3 Es fehlen Ausführungen zum funktionellen Schweregrad der Störung und eine umfassende Ressourcenprüfung. Die vom psychiatrischen Gutachter angeführten Ressourcen basieren zudem verschiedentlich auf Vermutungen bzw. nicht belegten Annahmen (vgl. nachfolgende Erwägung 6.4). Die Expertise ist auch insofern nicht umfassend, als sie keine fundierte Prüfung der Diagnosen unter dem Gesichtspunkt allfälliger Fallumstände enthält, die die Gesundheitsschädigung als nicht rechtserheblich erscheinen lassen (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 2.2). Ebenso wenig lassen sich gestützt darauf die bei der Beschwerdeführerin relevanten Indikatoren hinsichtlich funktionellem Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen der massgeblichen Befunde abschliessend beurteilen (vgl. dazu BGE 141 V 281 E. 4.3 u. 4.4).

6.4 Zur psychiatrischen Begutachtung bzw. zum psychiatrischen Teilgutachten ist festzustellen, dass das Nichtvorliegen einer relevanten depressiven Erkrankung im Gutachten insbesondere damit begründet wird, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2009 in keiner psychiatrischen Behandlungen mehr gewesen sei. Dieser Annahme steht jedoch die Aussage von Dr. I.\_\_\_\_ entgegen, dass er die Beschwerdeführerin in



den letzten Jahren in der Hausarztpraxis (auch) psychiatrisch behandelt und antidepressive Medikamente verschrieben habe (vgl. IV-act. 94 S. 6). Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung vom 16. September 2014 wegen des verschlechterten Gesundheitszustandes ab dem 10. Juli 2014 bei Psychiater Dr. P.\_\_\_\_ in Behandlung begab (IV-act. 94 S. 7). Hinsichtlich der im Gutachten genannten Ressourcen ist festzustellen, dass diese als Nachweis für ausreichende Ressourcen und damit für eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ungenügend sind. So sind die erwähnten sportlichen Aktivitäten (Schwimmen, Spazieren), wozu die Beschwerdeführerin ärztlicherseits aufgefordert wurde, als ergänzende therapeutische Massnahme zur Physiotherapie anzusehen. Aus der Verwendung eines Motorfahrzeuges (zum Erledigen von Einkäufen) kann erfahrungsgemäss nicht zwangsläufig gefolgert werden, dass jemand genügend Ressourcen für die Ausübung einer Erwerbstätigkeit hat. Die Mitgliedschaft in einem Verein ist insbesondere dann kein Nachweis von Ressourcen, wenn es sich wie vorliegend nicht um eine aktiv gelebte Mitgliedschaft handelt (vgl. IV-Fragebogen vom 1. Mai 2013, IV-act. 64 S. 4). Wie aus dem Besuch der Schwester in Q.\_\_\_\_ auf (wirtschaftlich verwertbare) Ressourcen geschlossen werden kann, erschliesst sich nicht aus dem Gutachten (vgl. IV-act. 82 S. 10 und 18). Selbst bei der Erledigung des Dreipersonen-Haushalts ist die Beschwerdeführerin offensichtlich auf die Unterstützung von ihrem Ehemann und ihrem jüngsten, erwachsenen Sohn sowie von der Pro Senectute, welche bei den wöchentlichen Reinigungsarbeiten hilft, angewiesen. Der regelmässige soziale Kontakt ist auf die engsten Familienmitglieder beschränkt und als regelmässige Freizeitbeschäftigungen werden lediglich das Lesen von Romanen und das abendliche Fernsehen (keine Nachrichtensendungen) erwähnt (vgl. IV-act. 82 S. 10).

7.

Nach dem Dargelegten wurde im vorliegend zu beurteilenden Verfahren der rechtserhebliche Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt und gewürdigt (Art. 43 ff. ATSG). Eine Rückweisung der Sache in Nachachtung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 ATSG) an die Beschwerdegegnerin zur weiteren Abklärung ist unter diesen Umständen angezeigt, da sich die Notwendigkeit weiterer Abklärungen einerseits aus dem Kontext der gesamten Aktenlage und andererseits in Berücksichtigung der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung ergibt. Hinzu



kommt, dass eine weitgehende Verlagerung der Expertentätigkeit von der administrativen auf die gerichtliche Ebene sachlich nicht wünschbar ist (vgl. zum Ganzen BGE 137 V 210 E. 4.2). Im Rahmen der neuen (ergänzenden) Begutachtung sind sämtliche bisher verfassten ärztlichen Berichte von den Experten zu würdigen. Die Gutachter haben anhand der Indikatoren zu berücksichtigen, welche Auswirkungen die Leiden auf die Arbeits- und Alltagsfunktionen der Beschwerdeführerin haben. Einzubeziehen sind auch die Ressourcen, welche die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin begünstigen können. Entscheidend und abzuklären ist weiter, ob die geltend gemachten Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit, Haushalt und Freizeit) gleichermassen auftreten und ob sich der Leidensdruck in der (fortgesetzten) Inanspruchnahme allfälliger therapeutischer Möglichkeiten zeigt. Sollten sich die Gutachter (insb. Rheumatologe, Psychiater) ausser Stande sehen, eine zuverlässige Einschätzung des leistungsmässig Machbaren vorzunehmen, wäre eine erneute Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) bzw. die Durchführung von Arbeitsversuchen zu prüfen. Nach Vorliegen der entsprechenden medizinischen Ergebnisse hat die Beschwerdegegnerin eine neue Verfügung zu erlassen.

8.

8.1 Nach dem Gesagten ist die Beschwerde dahingehend gutzuheissen, dass die Verfügung vom 16. September 2014 aufzuheben ist und die Akten im Sinne der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zur Vornahme ergänzender Abklärungen und zum Erlass einer neuen Verfügung zurückzuweisen sind.

8.2 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. Die Rückweisung zur Neuurteilung gilt praxisgemäss als volles Obsiegen (BGE 132 V 215 E. 6.2). Somit unterliegt die Beschwerdegegnerin vollumfänglich. Sie hat deshalb die gesamte Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.



8.3 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat die obsiegende beschwerdeführende Partei Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b HonO (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.- bis Fr. 12'000.-. Im hier zu beurteilenden Fall erscheint eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) als angemessen.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

1.

Die Beschwerde wird dahingehend gutgeheissen, dass die Verfügung vom 16. September 2014 aufgehoben und die Sache zur weiteren Abklärung im Sinn der Erwägungen an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird.

2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtsgebühr von Fr. 600.- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.- ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'500.- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.