



<b>Fall-Nr.:</b>	IV 2018/286
<b>Stelle:</b>	Versicherungsgericht
<b>Rubrik:</b>	IV - Invalidenversicherung
<b>Publikationsdatum:</b>	21.06.2021
<b>Entscheiddatum:</b>	17.11.2020

### **Entscheid Versicherungsgericht, 17.11.2020**

**Art. 17 ATSG. In psychiatrischer Hinsicht liegen zwei Gutachten vor. Würdigung des monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens und des (später in Auftrag gegebenen) polydisziplinären MEDAS-Gutachtens (internistisch, pneumologisch, rheumatologisch, psychiatrisch). In internistischer, pneumologischer und rheumatologischer Hinsicht überzeugt das MEDAS-Gutachten. In psychiatrischer Hinsicht ist auf das monodisziplinäre psychiatrische Gutachten abzustellen. Angesichts der im monodisziplinären psychiatrischen Gutachten gestellten Diagnose bzw. der darin festgehaltenen Arbeitsfähigkeitsschätzung ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zwischen den somatischen Beeinträchtigungen und der psychischen Situation keine Wechselwirkung aufgetreten ist, die zu einem Arbeitsunfähigkeitsgrad geführt hätte, der über dem vom rheumatologischen MEDAS-Sachverständigen angegebenen gelegen hätte. Von einer nachträglichen Konsensbesprechung hat deshalb abgesehen werden können. Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit. Kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 17. November 2020, IV 2018/286). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 8C\_54/2021.**

**Entscheid vom 17. November 2020**

Besetzung

Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Monika Gehrler-Hug und Karin Huber-Studerus; Gerichtsschreiberin Viviane Kull

Geschäftsnr.

IV 2018/286



## St.Galler Gerichte

Parteien

A.\_\_\_\_,

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Nadeshna Ley, Blumenbergplatz 1, Postfach 1126, 9001 St. Gallen,

gegen

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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Einstellung)**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ meldete sich im Dezember 2001 wegen einer psychischen Behinderung zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung (IV) an (IV-act. 2). Sie gab an, sie habe drei Kinder (Jahrgänge 19\_\_, 19\_\_ und 19\_\_). Einen Beruf habe sie nicht erlernt. Sie habe als Hilfsarbeiterin gearbeitet. Die B.\_\_\_\_ teilte am 6. Februar 2002 mit (IV-act. 7), sie habe die Versicherte als Hilfsarbeiterin zu 50% beschäftigt. Der letzte Arbeitstag sei der 9. Januar 2001 gewesen. Am 28. Februar 2002 berichtete die Fachstelle Z.\_\_\_\_, die Versicherte leide an einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen und einem zwischenzeitlich psychotischen Erleben (ICD-10 F32.11); sie sei seit dem 11. Februar 2000 vollständig arbeitsunfähig (IV-act. 8). Am 24. April 2002 teilte dieselbe Fachstelle mit (IV-act. 9), die Situation sei unverändert. Gemäss einem Austrittsbericht der Klinik C.\_\_\_\_ vom 4. Mai 2001 war die Versicherte im April/Mai 2001 für einige Tage hospitalisiert gewesen. Als vorläufige Diagnose war eine mittelgradig



depressive Episode mit somatischen Symptomen und einem zwischenzeitlich psychotischen Erleben, DD Schizoaffektive Psychose, angegeben worden. Nach einer Abklärung an Ort und Stelle vom 21. August 2002 (Qualifikation 50% Erwerbs- und 50% Haushaltstätigkeit, 100% Arbeitsunfähigkeit im Erwerb und 81% Arbeitsunfähigkeit im Haushalt, IV-act. 11) sprach die IV-Stelle der Versicherten mit einer Verfügung vom 10. Januar 2003 ab dem 1. Januar 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 90% eine ganze Invalidenrente zu (IV-act. 16).

**A.b.** Am 22. Oktober 2004 gab die Versicherte im Revisionsfragebogen an (IV-act. 17), der Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Die Fachstelle Z.\_\_\_\_ bestätigte dies am 20. Dezember 2004 (IV-act. 19). Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 11. Januar 2005 mit (IV-act. 20), dass sie unverändert einen Anspruch auf die bisherige Invalidenrente habe. Im Rahmen der nächsten Revision gab die Versicherte am 29. Februar 2008 an (IV-act. 22), ihr Gesundheitszustand habe sich verschlimmert. Sie habe am 7. Juni 2007 einen Autounfall nach einem Sekundenschlaf erlitten. Das Psychiatrie-Zentrum D.\_\_\_\_ berichtete am 26. März 2008 (IV-act. 25), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_ teilte am 20. Mai 2008 mit (IV-act. 28), der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Bei der Versicherten sei neu ein mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom diagnostiziert worden. In Bezug auf das chronische cervico-cephale Schmerzsyndrom und die Depression sei der Befund unverändert. Am 10. Juli 2008 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 31), sie habe unverändert einen Anspruch auf die bisherige Invalidenrente.

**A.c.** Am 16. März 2012 gab die Versicherte im Revisionsfragebogen an (IV-act. 34), ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Med. pract. F.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete am 16. April 2012 (IV-act. 37), sie behandle die Versicherte seit Januar 2009. Sie habe eine seit Dezember 2002 bestehende hebephrene Schizophrenie (ICD-10 F20.1) und eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert unter der Medikation mit Venlafaxin (ICD-10 F32.4), diagnostiziert. Die Versicherte sei seit dem Behandlungsbeginn im Januar 2009 als vollständig arbeitsunfähig einzuschätzen. Dr. E.\_\_\_\_ teilte am 14. Juni 2012 mit (IV-act. 41), der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Er gab als neue Diagnosen einen St. n. einem Auffahrunfall im Januar 2009 mit einer Exazerbation einer



vorbestehenden Zervikalgie und eine rezidivierende depressive Störung (ICD-10 F33.01) an. Er attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Die IV-Stelle eröffnete ein Rentenrevisionsverfahren und forderte die Versicherte auf, den "Fragenbogen zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit/Haushalt" auszufüllen (IV-act. 39). In einer Aktennotiz vom 21. Juni 2012 (IV-act. 42) wurde festgehalten, es sei zu prüfen, ob sich die Qualifikation der Versicherten geändert habe, denn die Kinder seien nun zwischen 15 und 20 Jahre alt. Falls sich die Qualifikation geändert habe, könne auch der Gesundheitszustand näher geprüft werden. Am 8. Oktober 2012 fand eine Abklärung an Ort und Stelle statt. Diese ergab, dass die Versicherte neu als Vollerwerbstätige einzustufen war, weshalb der Invaliditätsgrad im Betätigungsbereich Haushalt offen bleiben konnte (IV-act. 51). Am 24. Oktober 2012 gingen bei der IV-Stelle Berichte des Y.\_\_\_\_ ein. In einem Bericht vom 15. Oktober 2012 (IV-act. 52) hatten die Fachärzte eine schlaffragmentierende, gemischte Schlaf-Apnoe mittelschweren Grades (ED 11/2007), ein zerviko-zephalisches Schmerzsyndrom und eine Depression, medikamentös behandelt, diagnostiziert. Med. pract. F.\_\_\_\_ berichtete am 29. November 2012 (IV-act. 54), der Gesundheitszustand der Versicherten sei stationär. Es sei von einer dauerhaften vollständigen Arbeitsunfähigkeit in allen der Versicherten theoretisch zumutbaren Arbeitstätigkeiten auszugehen. Dr. med. G.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) notierte am 7. Januar 2013 (IV-act. 55), Anhaltspunkte für eine arbeitsfähigkeitsrelevante Verbesserung des Gesundheitszustands bestünden nicht. Die IV-Stelle unterliess deshalb eine weitere Abklärung des Gesundheitszustandes und damit des Arbeitsfähigkeitsgrades der Versicherten im erwerblichen Bereich. Sie teilte der Versicherten am 9. Januar 2013 mit (IV-act. 57), dass weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bestehe.

**A.d.** Im August 2015 leitete die IV-Stelle das nächste Revisionsverfahren ein (IV-act. 65). Die Versicherte gab am 15. September 2015 im Revisionsfragebogen an (IV-act. 67), ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben bzw. habe sich verschlimmert. Sie habe wegen der Schlaf-Apnoe neu einen "Schlaf-Apparat" und sie leide an Ohrenproblemen. Sie reichte einen Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 1. Dezember 2009 ein (IV-act. 67-10). Dr. H.\_\_\_\_ hatte darin die Diagnose eines Panvertebralsyndroms festgehalten und ausgeführt, die Versicherte leide seit Jahren an Rückenbeschwerden. Ein MRI der HWS habe einen im



Vergleich zu vor fünf Jahren verschlechterten Befund gezeigt. Dr. E.\_\_\_\_ berichtete am 22. September 2015 (IV-act. 68), die Versicherte leide an einem zerviko-zephalen Schmerzsyndrom/anamnestisch multiplen Diskushernien im Bereich der HWS, einer Depression, einer gesteigerten Tagesschläfrigkeit, einem gemischten Schlaf-Apnoe-Syndrom, einer arteriellen Hypertonie und einem Juckreiz. Die Arbeitsunfähigkeit liege unverändert bei 100%. Er legte folgende Berichte bei: Vom Y.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2014, von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Dermatologie und Venerologie FMH, vom 27. Oktober 2013, von Dr. H.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2011 und von Prof. Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH Neurologie, vom 7. April 2011 (IV-act. 68-10 ff.). Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten FMH, teilte gleichentags mit (IV-act. 69), er habe die Versicherte im Herbst 2014 einmalig wegen einer Gehörgangsentzündung untersucht. Er legte einen Bericht vom 24. September 2014 bei. Darin hatte er die Diagnosen einer Otitis externa rechts und einer anamnestisch vorbestehenden Schwerhörigkeit links angegeben. Med. pract. F.\_\_\_\_ berichtete am 3. Oktober 2015 (IV-act. 70), die Versicherte leide unverändert an einer hebephrenen Schizophrenie (ICD-10 F20.1) und an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert unter einer Medikation mit Venlafaxin (ICD-10 F32.4). Die Versicherte sei seit Januar 2009 vollständig arbeitsunfähig. Dr. H.\_\_\_\_ teilte am 2. November 2015 mit (IV-act. 73), sie behandle die Versicherte seit dem Jahr 2004. Sie gab folgende Diagnosen an: Panvertebralsyndrom (zervikoradikulär rechtsbetont C6, paramedian linksseitige Diskushernie C5/C6 mit einer Impression des Myelons und konsekutiver Spinalkanalstenose, zusätzlich auch neuroforaminale Stenose C6 mit einer Einengung der Wurzel rechts, Spinalkanalstenose C6/C7 aufgrund einer mediolateralen rechtsseitigen Diskushernie mit einer Ausdehnung nach foraminal und konsekutiver Einengung der Wurzel C7, Verdacht auf eine kleine Wurzeltaschenzyste C8 links extraforaminal), Depression, Schlafapnoesyndrom, arterielle Hypertonie und St. n. CTS Operation links 2011. Dr. H.\_\_\_\_ führte aus, die Beweglichkeit der HWS sei in alle Richtungen zu einem Drittel eingeschränkt. Die Beweglichkeit der BWS sei aufgrund von Schmerzen, vor allem bei einer Innenrotation, eingeschränkt. Die Versicherte gebe bei einer maximalen Flexion und Extension lumbale Schmerzen an. Dr. H.\_\_\_\_ attestierte eine seit Jahren bestehende vollständige Arbeitsunfähigkeit. Der RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ notierte am 25. Januar 2016 (IV-act. 75), eine psychiatrische Begutachtung sei angezeigt.



**A.e.** Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 23. März 2016 mit, dass eine psychiatrische Untersuchung notwendig sei und dass med. pract. X.\_\_\_\_ damit beauftragt werde (IV-act. 77). Am 11. Juli 2016 fand die Untersuchung statt. Im Gutachten vom 20. Juli 2016 (IV-act. 82-36 f.) gab med. pract. X.\_\_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte sie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit histrionischen und teilweise emotional instabilen (impulsiven) Anteilen (ICD-10 Z73.1) und eine rezidivierende depressive Störung, seit mehreren Jahren und auch gegenwärtig voll remittiert (ICD-10 F33.4). Sie attestierte der Versicherten eine vollständige Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in adaptierten Tätigkeiten, also in allen angelernten Tätigkeiten. In Bezug auf die objektiven Befunde führte med. pract. X.\_\_\_\_ aus (IV-act. 82-25 ff.), die Untersuchung habe dreieinhalb Stunden gedauert. Die Versicherte habe sich im Wartezimmer ein wenig unsicher und ängstlich gezeigt. Ab Beginn der Untersuchung sei keine Unsicherheit oder Ängstlichkeit mehr beobachtet worden. Die Versicherte sei kontaktfreudig, initiativ und sehr mitteilksam erschienen. Im Kontakt habe sie aufgeschlossen und etwas distanzgemindert gewirkt. Eine lebhaft Mimik und Gestik habe beobachtet werden können. Die Stimme sei normal laut und gut moduliert gewesen. Gleich nach der Begrüssung habe die lebendig und lebhaft wirkende Versicherte mitgeteilt, "sehr müde" zu sein und "auf der Stelle einschlafen zu können". Dies sei während der nachfolgenden dreieinhalb Stunden nicht eingetreten. Die Versicherte sei sehr mitteilksam gewesen. Auch in den Pausen habe sie sich lebhaft mit der Dolmetscherin unterhalten. Ihre langen Ausführungen, welche zwecks Übersetzung hätten unterbrochen werden müssen, habe sie jeweils ohne Schwierigkeiten exakt an der Stelle fortsetzen können, an der sie unterbrochen worden sei. Die Angaben zum Krankheitsbeginn seien detailliert gewesen, zum weiteren Krankheitsverlauf aber vage geblieben. Auch die Angaben zu den aktuellen Beschwerden seien vage gewesen. In Bezug auf die von der Versicherten angegebenen andauernden Schmerzen hätten in Mimik, Gestik und Verhalten keine Anzeichen beobachtet werden können. Lediglich in den Pausen scheine sich die Versicherte an ihre Schmerzen erinnert zu haben; sie habe gemeint, sich bewegen zu müssen. Dies habe sie aber jeweils nur ganz kurz getan und sich ansonsten im Sitzen lebhaft mit der Dolmetscherin unterhalten. Insgesamt habe eine deutliche Diskrepanz zwischen den von der Versicherten aktuell angegebenen Beschwerden und dem bei ihr



festgestellten, weitestgehend unauffälligen klinischen Eindrucks bestanden. Es seien Verdeutlichungstendenzen der psychischen Beschwerden bei einem eigenwilligen subjektiven Krankheitskonzept und einem hohen sekundären Krankheitsgewinn festzustellen gewesen. In der Gesamtbeurteilung hielt med. pract. X.\_\_\_\_ im Wesentlichen fest (IV-act. 82-28 ff.), die aktuellen bzw. seit Jahren unveränderten Angaben der Versicherten zu ihrer Inaktivität im Haushalt liessen sich aus gutachterlich-psychiatrischer Sicht nicht nachvollziehen, zumal in Bezug auf andere Bereiche des Lebens (Kindererziehung, eigenständiges Autofahren, soziale Kontakte, regelmässige Ferien in der W.\_\_\_\_) keine wesentlichen krankheitsbedingten Einschränkungen angegeben worden seien. In der Untersuchung hätten die von der Versicherten angegebenen depressiven Symptome nicht verifiziert werden können. Symptome mit Krankheitswert hätten nicht festgestellt werden können. Die Versicherte habe lediglich mit histrionischen und gegebenenfalls gewissen emotional instabilen (impulsiven) Persönlichkeitszügen imponiert. Hervorzuheben seien folgende Persönlichkeitsmerkmale: Eine gewisse Dramatisierung bezüglich der eigenen Person, ein übertriebener Ausdruck von Gefühlen, eine eher oberflächliche und labile Affektivität und eine erhöhte Kränkbarkeit und Überempfindlichkeit bei Kritik. Zwischen den angegebenen Beschwerden und den in der Untersuchung beobachteten Verhaltensweisen hätten deutliche Diskrepanzen festgestellt werden können. Es habe sich daher der Eindruck von Verdeutlichungstendenzen der Beschwerden ergeben, wobei Aggravationstendenzen nicht auszuschliessen gewesen seien. In Bezug auf die von med. pract. F.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie hielt med. pract. X.\_\_\_\_ fest, die von med. pract. F.\_\_\_\_ beschriebenen Symptome erfüllten die Kriterien gemäss der ICD-10 nicht. Falls med. pract. F.\_\_\_\_ tatsächlich gemeint haben sollte, dass eine hebephrene Schizophrenie vorliege, seien die von ihr durchgeführte medikamentöse Behandlung und das niederfrequente Behandlungssetting nicht adäquat. Im Rahmen einer Würdigung der Vorakten, der aktuellen Angaben der Versicherten und der Erkenntnisse der psychiatrischen Untersuchung kam med. pract. X.\_\_\_\_ zum Schluss, dass bei der Versicherten von einer rezidivierenden depressiven Störung, derzeit in Remission, auszugehen sei, die auf dem Boden von akzentuierten Persönlichkeitszügen mit histrionischen und gewissen emotional instabilen (impulsiven) Anteilen entstanden sei. Die Versicherte verfüge über gute Ressourcen in der Form von guten kognitiven Fähigkeiten einschliesslich einer guten Konzentration,



Aufmerksamkeit und Lernfähigkeit, guten sozialen Kompetenzen mit einer guten Kontaktfähigkeit, einer guten Selbstfürsorge sowie einer guten Ausdauer und Durchsetzungsfähigkeit bei der Verfolgung eigener Ziele. Zum Schluss äusserte sich med. pract. X.\_\_\_\_ zu den Standardindikatoren, indem sie weitgehend auf die vorhergehenden Ausführungen verwies. Ausserdem hielt sie fest, falls bei der Versicherten tatsächlich – wie von med. pract. F.\_\_\_\_ angenommen – schwerste psychische Störungen vorliegen sollten, wäre eine verkehrsmedizinische Fahreignungsabklärung zu empfehlen. Med. pract. X.\_\_\_\_ ging sowohl für die früher ausgeübten Erwerbstätigkeiten als auch für eine adaptierte Tätigkeit "mit Sicherheit seit der aktuellen Untersuchung im Juli 2016" von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit der Versicherten aus. Sie führte dazu weiter aus, "unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs" sei die Versicherte "vermutlich schon lange (03/2008?), überwiegend wahrscheinlich spätestens seit 04/2012" uneingeschränkt arbeitsfähig. Der RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ notierte am 14. Oktober 2016 (IV-act. 84), das Gutachten sei umfassend; der Gesundheitszustand habe sich verbessert.

**A.f.** Mit einem Vorbescheid vom 19. Oktober 2016 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 89), sie sehe vor, die Invalidenrente aufzuheben. Zur Begründung gab sie an, die medizinischen Begutachtung habe ergeben, dass mindestens seit dem Jahr 2012 kein Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Die Versicherte sei in sämtlichen Hilfsarbeiterinnen-Tätigkeiten vollständig arbeitsfähig. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache erheblich verbessert. Damit liege ein Revisionsgrund nach Art. 17 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) vor. Die Versicherte erhob am 17. November 2016 einen Einwand (IV-act. 96). Sie machte im Wesentlichen geltend, sie leide nicht nur an psychischen, sondern auch an somatischen Beschwerden. Das monodisziplinäre Gutachten sei daher nicht ausreichend. Wenn Anzeichen für eine rentenrelevante Veränderung der Verhältnisse bestünden, müsse eine polydisziplinäre medizinische Begutachtung mit den Disziplinen Innere Medizin, Neurologie, Rheumatologie und (zwecks Gesamtbeurteilung erneut) Psychiatrie erfolgen. Med. pract. X.\_\_\_\_ habe in Bezug auf ihre Schlussfolgerungen selbst gewisse Zweifel eingeräumt, indem sie festgehalten habe, falls bei der Versicherten tatsächlich schwerste psychische Störungen vorliegen sollten, sei eine verkehrsmedizinische



Untersuchung zur Prüfung der Fahreignung zu empfehlen. Dr. H.\_\_\_\_ teilte am 23. November 2016 mit (IV-act. 101), ihr Schreiben vom 2. November 2016 (recte: 2015) schein nicht wahrgenommen worden zu sein. Die Versicherte habe auch ohne wesentliche körperliche Belastung zu Hause ständige, zeitweise sehr starke Schmerzen im Bereich der mittleren BWS mit Ausstrahlungen, meistens cervicobrachial rechts. Sie leide auch an einer schweren Wirbelsäulenveränderung mit mehretägigen neuroforaminalen Engen, einer leichtgradigen spinalen Enge C5/6 und einer höhergradigen spinalen Enge C6/7. Aufgrund der Beschwerden und der strukturellen Veränderungen sei höchstens eine zwei- bis dreistündige, äusserst leichte Arbeit mit der Möglichkeit von Pausen und ohne eine nach vorne gebeugte Kopfhaltung möglich. Die von Dr. H.\_\_\_\_ angegebenen Diagnosen entsprachen im Wesentlichen jenen im Bericht vom 2. November 2015. Am 30. Dezember 2016 reichte die Versicherte, nach der Gewährung der Akteneinsicht, eine ergänzende Begründung ein (IV-act. 103). Sie hielt an der im Einwand vom 17. November 2016 vorgetragene Begründung fest und verwies in Bezug auf die somatischen Beschwerden auf verschiedene, in den Akten enthaltene Arztberichte.

**A.g.** Die IV-Stelle holte bei Dr. H.\_\_\_\_ einen weiteren Bericht ein. Dr. H.\_\_\_\_ teilte am 4. Mai 2017 mit (IV-act. 108), die Diagnosen seien im Vergleich zum Bericht vom 23. November 2016 unverändert. Die Versicherte sei vollständig arbeitsunfähig. Med. pract. F.\_\_\_\_ gab am 15. Mai 2017 im Vergleich zum Bericht vom 3. Oktober 2015 ebenfalls unveränderte Diagnosen und eine unveränderte Arbeitsfähigkeitsschätzung an (IV-act. 109). Dr. E.\_\_\_\_ hielt am 25. Mai 2017 fest (IV-act. 111), gegenüber dem Bericht vom 22. September 2015 hätten sich keine wesentlichen Veränderungen ergeben. Der RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ notierte am 16. Juni 2017 (IV-act. 115), er empfehle ein MEDAS Gutachten (Rheumatologie, Pneumologie und Psychiatrie), um "irgendwelchen Abklärungsproblemen aus dem Weg zu gehen".

**A.h.** Die IV-Stelle teilte der Versicherten am 21. Juni 2017 mit (IV-act. 112), dass eine polydisziplinäre Untersuchung notwendig sei. Die Versicherte wurde vom 21. bis 24. August 2017 von der MEDAS Zentralschweiz polydisziplinär (Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie, Rheumatologie und Psychiatrie) untersucht. Im Gutachten vom 9. November 2017 gaben die Gutachter folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit an (IV-act. 121-16 f.): Chronische Schmerzstörung mit somatischen



und psychischen Faktoren, aktenanamnestisch depressive Episoden, im Moment höchstens leicht, aktenanamnestisch Hebephrenie, chronifiziertes zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit klinisch einer zervikoradikulären Reizsymptomatik rechts und einem ausgeprägten myofaszialen Reizzustand im gesamten Nacken-Schulterbereich beidseits rechtsbetont (mit/bei zervikaler Streckhaltung mit Segmentkyphose C5 bis C7, erheblichen Segmentdegenerationen C5 bis C7 mit fortgeschrittener Osteochondrose, Unkose und Spondylarthrose, rechtsforaminaler Diskushernie C5/6 und medio-rechtslateraler Diskushernie C6/7, osteodiskalen Einengungen von Spinalkanal und Neuroforamina C5/6 und C6/7). Als Diagnosen ohne Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nannten die Gutachter: Chronifiziertes thorakolumbovertebragenes Schmerzsyndrom myofaszialer Ausprägung, Gonalgie rechts überlastungsbedingt bei Adipositas und unter Belastung angedeuteten Genua valga und Knick-Senk-Spreizfüssen, anamnestisch Calcaneodynie beidseits linksbetont, schlaffragmentierende gemischte Schlafapnoe mittelschweren Grades (ED 2007, bestätigt polygraphisch 10/12, unter CPAP-Therapie seit 2012 mit guter Einstellung), kardiovaskuläre Risikofaktoren (Hypertonie, Adipositas, Verdacht auf diabetische Stoffwechsellage). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter fest, in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin bestehe aus psychopathologischen Gründen eine 30%ige Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht könne mangels eines Arbeitsplatzprofils nicht verlässlich Stellung genommen werden; körperlich mittelschwere bis schwere Tätigkeiten seien der Versicherten nicht zumutbar, während körperlich leichte Arbeiten zu 70% zugemutet werden könnten. Andere Tätigkeiten seien aus psychiatrischer Sicht nur zu 30% zumutbar. Aus pneumologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit mit Ausnahme von Autofahren und Bedienen von gefährlichen Maschinen nicht eingeschränkt. Die internistische Gutachterin äusserte sich insbesondere zu den objektiven Befunden (vgl. IV-act. 121-14). Der pneumologische Gutachter führte aus (pneumologisches Teilgutachten vom 24. August 2017, IV-act. 121-22 ff.), die von der Versicherten angegebene Anstrengungsdyspnoe beim Bergaufgehen sei durch Übergewicht und Trainingsmangel erklärbar. Ferner bestehe ein obstruktives, im Verlauf gemischtes Schlafapnoe-Syndrom, welches seit dem Jahr 2012 mittels CPAP behandelt werde. Die Polygraphie habe eine gute Therapie-Einstellung gezeigt. Die von der Versicherten berichtete situative Müdigkeit und Schläfrigkeit bei einem grenzwertigen ESS von



11/24 (Norm <11) sei durch die psychische Erkrankung und die sedierende Medikation und nicht durch eine ungenügende CPAP-Therapie zu erklären. Der rheumatologische Gutachter hielt fest (rheumatologisches Teilgutachten vom 9. September 2017, IV-act. 121-30 ff.), die Versicherte sei bei der Begrüssung mühsam unter einer averbalen Schmerzäusserung aufgestanden. Während der Erhebung der Anamnese sei sie ruhig und ohne erkennbare Schonhaltung auf dem Stuhl gesessen. Mimik und Gestik seien unauffällig gewesen. Während der klinischen Untersuchung habe die Versicherte ein ausgeprägtes Schmerzverhalten mit Stöhnen, Grimassieren und Abwehr gezeigt. Zur Entledigung der Socken und der Hose habe sie der Hilfe ihres Sohnes bedurft. Die Versicherte habe seit über fünfzehn Jahren anhaltende, therapierefraktäre, in den rechten Arm ausstrahlende Nackenschmerzen mit einer Ausweitung auf die ganze Wirbelsäule sowie den Gegenarm und mit einer partiellen Ausstrahlung in beide Beine beklagt. Zusätzlich habe sie rechtsseitige Knie- und linksseitige Fersenschmerzen beklagt. Die aktuelle Untersuchung habe einen ausgeprägten myofaszialen Reizzustand in der gesamten Nacken-/Schulterpartie rechtsbetont, panvertebral rechtsbetont und lumbopelvitrochantär beidseits rechtsbetont erkennen lassen. In der Funktionsprüfung habe sich eine erhebliche, schmerzhaft eingeschränkte Halswirbelsäulenbeweglichkeit als deutlicher Hinweis für eine zervikoradikuläre Reizsymptomatik rechts, jedoch ohne Befunde hinsichtlich einer sensomotorischen Ausfallsymptomatik gezeigt. Hinsichtlich der angegebenen Kniebeschwerden rechts habe sich klinisch ein seitengleicher, unauffälliger Befund bei im Stehen präsentierten Genua valga und Knick-Senk-Füssen und einer statisch sich äusserst ungünstig auswirkenden Adipositas Grad III gezeigt. In Bezug auf die geklagten Fersenschmerzen hätten sich klinisch unauffällige Befunde und insbesondere keine Druckdolenzen gezeigt. Es sei davon auszugehen, dass es auf dem Boden einer erheblichen Segmentsdegeneration im unteren Bereich der Halswirbelsäule über die Jahre zu einer zunehmenden Chronifizierung und Schmerzausweitung gekommen sei. Das von der Versicherten gezeigte Beschwerdebild könne auf der Befundebene mittlerweile nicht mehr vollständig erklärt werden. Der Versicherten seien jegliche körperlich leichte Tätigkeiten zu sieben Stunden täglich zumutbar mit einer Leistungseinschränkung von 20% aufgrund des schmerzbedingten Bedarfs an vermehrten Pausen und des verlangsamten Arbeitstempos. Die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit betrage maximal 70%. Der psychiatrische Gutachter gab an (psychiatrisches



Teilgutachten vom 5. September 2017, IV-act. 121-46 ff.), die Versicherte habe sich ohne ersichtliche Schwierigkeiten vom Warteraum in das Besprechungszimmer begeben. Zwei- oder dreimal habe sie spontan über Rückenschmerzen geklagt und gewünscht, die Sitzposition zu ändern. Sie habe über weite Strecken lebendig über ihre Vergangenheit berichtet. Im Umgang mit ihrem Leiden habe sie eine grosse Mühe dargelegt. Ihre Schmerzschilderungen hätten eine Tendenz zur Ausweitung gezeigt. Bei entsprechendem Nachfragen habe sich das ganze Skelett als schmerzhaft erwiesen. Die von med. pract. F.\_\_\_\_ diagnostizierte Hebephrenie habe er nicht verifizieren können. Der gute Realitätsbezug, die adäquaten Emotionen und die angenehme Gesprächsatmosphäre seien mit dieser Diagnose unvereinbar gewesen. Das Auftreten der Schmerzen vor knapp zwei Jahrzehnten habe dazu geführt, dass eine seelische Überlagerung eingesetzt habe, die zu einer Berentung geführt habe. Er habe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert. Im Vordergrund des klinischen Bilds hätten wie gefordert ausgeprägte Schmerzen praktisch am ganzen Skelett gestanden, die mehr als sechs Monate bestanden hätten und die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess hätten, der alleine die Immobilisierung nicht plausibilisieren könne. Die depressiven Phasen seien Nebendiagnosen; nach den Akten habe es tatsächlich Zeiten der ausgeprägten Herabgestimmtheit, der Reduktion des Vitalgefühls, der Einschränkung der affektiven Schwingungsfähigkeit gegeben, die heute nicht mehr in einem erheblichen Umfang nachweisbar seien. Das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ widerlege in Übereinstimmung mit seiner Einschätzung eine Hebephrenie und gehe im Übrigen nicht auf die Problematik einer chronischen Schmerzstörung ein. Ebenso fehle eine Auseinandersetzung mit den Folgen einer langjährigen Berentung und dem damit verbundenen Fehlen einer Lohnarbeit. Aus diesen Gründen könne er sich diesem Gutachten nicht anschliessen. Im Weiteren äusserte sich der psychiatrische Gutachter zu den Standardindikatoren (vgl. IV-act. 121-52). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit hielt der psychiatrische Gutachter fest, als Person mit Schweizer Wurzeln und akut, neu aufgetretenen Defiziten im aktuell festgestellten Umfang wäre die Versicherte als mindestens 50% arbeitsfähig einzustufen. Der Migrationshintergrund und die fast schon Jahrzehnte lange Chronifizierung mit der ausgeprägten Regression würden aber in der Summe mit der psychiatrischen Diagnose im engeren Sinne dazu führen, dass der Versicherten eine 70%ige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren sei. Aus



"Zweckmässigkeitsgründen" werde der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf den Beginn der Berentung gelegt.

**A.i.** Der RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ nahm am 19. März 2018 zum Gutachten der MEDAS Zentralschweiz Stellung. Er notierte im Wesentlichen (IV-act. 123), die aus rheumatologischer Sicht angegebenen qualitativen Einschränkungen seien angesichts der mittels bildgebenden Verfahren festgestellten degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule nachvollziehbar. Nur grenzwertig nachvollziehbar sei das Rendement von 30%; es fehle an jeglichen Leistungstests zu dessen Objektivierung. Die vom psychiatrischen Gutachter gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sei problematisch. Gemäss ICD-10 F45.41 bedürfe es für die Diagnose initial eines ursächlich physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung. Erst sekundär spielten psychische Faktoren eine Rolle. Aus den Akten (Status 2002) könne keine körperliche Ursache für die Schmerzen objektiviert werden. Somit sei es unsachlich, diese Diagnose zum Zeitpunkt 2002 zu stellen. Eine umfassende Prüfung der Standardindikatoren fehle. Der psychiatrische Gutachter habe darauf hingewiesen, dass soziokulturelle Gründe/der Migrationshintergrund eine wesentliche Rolle spielten; Anstrengungen, IV-relevante von nicht IV-relevanten Themen zu unterscheiden, seien aber nicht zu erkennen. Das psychiatrische Gutachten überzeuge nicht. Auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz könne mit Ausnahme des psychiatrischen Teils abgestellt werden. In psychiatrischer Hinsicht empfehle er, auf das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ abzustellen.

**A.j.** Am 26. März 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 127), die Abklärungen hätten ergeben, dass sie zu 70% arbeitsfähig sei. Der Anspruch auf die bisherige Invalidenrente sei nicht mehr gegeben. Bevor die Rente aufgehoben werde, seien berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Nachdem die Versicherte Akteneinsicht erhalten hatte, hielt sie in einem Schreiben vom 30. Mai 2018 an die IV-Stelle fest (IV-act. 134), gemäss dem Gutachten der MEDAS Zentralschweiz sei sie in der angestammten und in adaptierten Tätigkeiten zu 70% arbeitsunfähig. Gestützt darauf sei der Rentenanspruch zu bestätigen. Der Austausch eines missliebigen Gutachtenteils durch ein anderes, dem gewünschten Ergebnis besser dienliches Gutachten sei ausgeschlossen. Nach dem MEDAS-Gutachten bestehe kein



rentenrelevantes Eingliederungspotential. Auf diese Massnahme sei deshalb zu verzichten und der Anspruch auf weiterhin eine ganze Rente sei zu bestätigen. Der Umstand, dass nunmehr widersprüchliche Gutachten im Recht lägen, könne höchstens dazu führen, dass die medizinische Situation besser zu klären sei.

Wiedereingliederungsmassnahmen seien durchzuführen, sollten weitere Abklärungen wider das MEDAS-Gutachten tatsächlich ein rentenrelevantes Eingliederungspotential aufzeigen. Am 18. Juni 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit (IV-act. 138), Eingliederungsmassnahmen könnten nicht geprüft und durchgeführt werden. Das Gesuch werde an die Rentenabteilung übergeben. Dr. med. L.\_\_\_\_ vom RAD notierte am 9. Juli 2018 (IV-act. 139), neue medizinische Tatsachen seien nicht angeführt worden. Aus interdisziplinärer Sicht sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70% auszugehen. Er verwies auf die Stellungnahme des RAD vom 19. März 2018.

**A.k.** Am 10. Juli 2018 verfügte die IV-Stelle, dass die Rente auf das Ende des nach der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufgehoben werde (IV-act. 140). Zur Begründung gab sie an, nach dem Einwand zum Vorbescheid vom 19. Oktober 2016 habe sie ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben. Der RAD habe am 19. März 2018 zu diesem Gutachten umfassend Stellung genommen. In psychiatrischer Hinsicht sei nicht auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz, sondern auf jenes von med. pract. X.\_\_\_\_ abzustellen. Die Versicherte sei demnach in adaptierten Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig. Im Einwand vom 30. Mai 2018 habe die Versicherte dies bestritten. Dieser Einwand sei dem RAD vorgelegt worden. Gemäss der Stellungnahme des RAD vom 9. Juli 2018 sei es zutreffend, dass die IV-Stelle auf das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ abgestellt habe. Mit der vollständigen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht und des erheblich und anhaltend verbesserten Gesundheitszustands sei der Revisionstatbestand von Art. 17 ATSG erfüllt, weshalb die Rentenleistungen einzustellen seien. Der Invaliditätsgrad betrage 30%; sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen sei auf ein durchschnittliches Einkommen als Hilfsarbeiterin gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamts für Statistik abzustellen.



### B.

**B.a.** Die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) erhob am 10. September 2018 eine Beschwerde gegen die Verfügung vom 10. Juli 2018 (act. G 1). Sie beantragte die Aufhebung der Verfügung vom 10. Juli 2018 und die Weiterausrichtung einer ganzen Rente. Zudem beantragte sie die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege und Rechtsverbeiständung. Zur Begründung machte sie im Wesentlichen geltend, es sei auf das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz abzustellen. Ein polydisziplinäres Gutachten solle eine Zusammenschau der Fachdisziplinen gewährleisten und nicht bloss ein Puzzle aus mehreren monodisziplinären Gutachten sein. Die interdisziplinäre Konsensfindung der Gutachter solle genau dies sicherstellen. Das Austauschen eines missliebigen Gutachtenteils durch einen anderen, dem gewünschten Ergebnis besser dienlichen, sei ausgeschlossen. Med. pract. X.\_\_\_\_ habe mit dem Hinweis, falls bei der Beschwerdeführerin – wie von med. pract. F.\_\_\_\_ angenommen – tatsächlich schwerste psychische Störung vorliegen sollten, sei eine verkehrsmedizinische Fahreignungsprüfung zu empfehlen, nicht nur Zweifel an ihrer eigenen Einschätzung eingeräumt, sondern solche auch bei der Beschwerdegegnerin geweckt. Diese habe nämlich dem Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt eine entsprechende Meldung gemacht. Dieses habe den Fahrausweis entzogen – offenbar zu Recht, wenn man auf das MEDAS-Gutachten abstelle. Tatsächlich sei auf das MEDAS-Gutachten abzustellen. Wenn die Widersprüchlichkeit der im Recht liegenden beiden Gutachten überhaupt noch relevant sei, könne dies höchstens dazu führen, dass die medizinische Situation besser abzuklären sei.

**B.b.** Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) beantragte am 27. September 2018 die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen an, die Beschwerdeführerin habe sich geweigert, eine verkehrsmedizinische Untersuchung zu absolvieren, weshalb ihr der Fahrausweis entzogen worden sei. Sie leite aus diesem Fahrausweisentzug zu Unrecht eine Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen ab. Unbestritten sei, dass das MEDAS-Gutachten im somatischen Teil (internistisches, rheumatologisches und pneumologisches Teilgutachten) mit der attestierten Arbeitsfähigkeit von 70% in adaptierten Tätigkeiten schlüssig sei. Demgegenüber überzeuge das psychiatrische Teilgutachten nicht. Der psychiatrische Gutachter habe die bei der Beschwerdeführerin



## St.Galler Gerichte

vorhandenen psychosozialen und soziokulturellen Belastungsfaktoren bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung offensichtlich nicht ausgeklammert. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung von med. pract. X.\_\_\_\_ sei "schlüssiger". Diese habe bei der Beschwerdeführerin einen unproblematischen psychiatrischen Befund ohne nachvollziehbaren Leidensdruck erhoben. Med. pract. X.\_\_\_\_ habe zudem festgestellt, dass die Beschwerdeführerin nur vage und dramatisierende Angaben über ihre geltend gemachten Leiden gemacht habe. Es sei der Eindruck von Verdeutlichungstendenzen entstanden, wobei eine Aggravation nicht auszuschliessen gewesen sei. Dies relativiere den geltend gemachten Leidensdruck zusätzlich. Gesamthaft zeichne das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ ein schlüssiges Bild, das gegen eine invalidisierende psychische Erkrankung spreche. Sie hätten demnach zu Recht auf das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ statt auf das psychiatrische Teilgutachten der MEDAS Zentralschweiz abgestellt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin seien weitere medizinische Abklärungen nicht angezeigt.

**B.c.** Die Verfahrensleitung des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen bewilligte am 6. November 2018 die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von den Gerichtskosten und Bewilligung der unentgeltlichen Rechtsverbeiständung) für das Beschwerdeverfahren unter Anrechnung eines an die Rechtsvertreterin geleisteten Kostenvorschusses von Fr. 2'500.-- (act. G 8).

**B.d.** Die Beschwerdeführerin hielt in der Replik vom 6. Dezember 2018 an den Ausführungen in der Beschwerde fest (act. 10). In Bezug auf die Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege ersuchte sie, von der Anrechnung des Kostenvorschusses Abstand zu nehmen. Dieser sei Ende 2016 für die Bemühungen im Einwandverfahren geleistet worden und längst aufgebraucht. Die Aufwendungen im Zusammenhang mit dem nun hängigen Gerichtsverfahren seien damit nicht gedeckt.

**B.e.** Die Verfahrensleitung des Versicherungsgerichts teilte der Beschwerdeführerin am 11. Dezember 2018 mit (act. G 11), die Anrechnung des Kostenvorschusses werde nicht erfolgen.



### Erwägungen

#### 1.

Die Beschwerdeführerin hat seit dem 1. Januar 2002 eine ganze Invalidenrente bezogen. Mit der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2018 hat die Beschwerdegegnerin die Rente per 31. August 2018 aufgehoben. Zu prüfen ist, ob diese Rentenaufhebung zu Recht erfolgt ist.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Rente mittels einer Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG aufgehoben. Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers 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; vgl. auch Art. 87 Abs. 2, Art. 88a und Art. 88<sup>bis</sup> der Verordnung über die Invalidenversicherung, IVV, SR 831.201). Anlass zur Revision einer Invalidenrente gibt jede Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Als Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Abschluss des aktuellen Verwaltungsverfahrens eine anspruchserhebliche Änderung des Invaliditätsgrades eingetreten ist, dient die letzte rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020, 8C\_196/2020, E. 3.2.1, und vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 3.1). Bei der Mitteilung vom 9. Januar 2013, die Beschwerdeführerin habe weiterhin einen Anspruch auf die bisherige Rente, hat es sich, anders als bei den vorangegangenen Mitteilungen mit einem gleichlautenden Dispositiv, nicht um einen Entscheid gehandelt, kein Rentenrevisionsverfahren zu eröffnen. Dieser Mitteilung ist nämlich ein Rentenrevisionsverfahren vorausgegangen, in dem die Beschwerdegegnerin die sog. Qualifikation der Beschwerdeführerin (vollerwerbstätig, teilerwerbstätig und im Übrigen im Aufgabenbereich Haushalt tätig oder nichterwerbstätig) umfassend abgeklärt und auch den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wenn auch nur oberflächlich, geprüft hat. Gestützt auf das Ergebnis dieser Abklärungen hat die Beschwerdegegnerin einen (reinen) Einkommensvergleich vorgenommen, der einen Invaliditätsgrad von 100% ergeben hat. Dementsprechend hat die Beschwerdegegnerin in der Mitteilung vom 9. Januar 2013 entschieden, der Beschwerdeführerin über den früher angesetzten Revisionstermin hinaus eine ganze Rente zuzusprechen. Die letzte rechtskräftige



Entscheidung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht hat, ist also die Mitteilung vom 9. Januar 2013.

### 3.

Die Beschwerdeführerin ist bei der Rentenzusprache im Jahr 2003 als zu 50% erwerbstätig und zu 50% im Haushalt tätig eingestuft worden. Ihre drei Kinder sind damals sechs, neun und elf Jahre alt gewesen. Im Rahmen des mit der Mitteilung vom 9. Januar 2013 abgeschlossenen Revisionsverfahrens war die Beschwerdeführerin neu als Vollerwerbstätige eingestuft worden. Diese Qualifikation liegt auch der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2018 zu Grunde. Die Kinder der Beschwerdeführerin sind zu diesem Zeitpunkt nämlich 21, 24 und 26 Jahre alt und damit erwachsen gewesen. Diesbezüglich liegt also keine relevante Veränderung des massgebenden Sachverhalts nach der Mitteilung vom 9. Januar 2013 vor.

### 4.

**4.1.** Die ursprüngliche Zusprache einer ganzen Invalidenrente ist gestützt auf die Berichte der Fachstelle Z.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2002 und vom 24. April 2002 erfolgt, worin die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischen Symptomen und einem zwischenzeitlich psychotischen Erleben (ICD-10 F32.11) angegeben worden war. Der Beschwerdeführerin war eine vollständige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden (IV-act. 8, 9). Im Rahmen des Revisionsverfahrens, das mit der Mitteilung vom 9. Januar 2013 abgeschlossen worden war, war die Beschwerdegegnerin gestützt auf die Auskunft der behandelnden Psychiaterin, der Gesundheitszustand sei unverändert, die Arbeitsunfähigkeit betrage deshalb nach wie vor 100%, davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin immer noch zu 100% invalid sei, so dass weiterhin ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Um abzuklären, ob sich die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einem für den Rentenanspruch relevanten Ausmass verbessert habe, hat die Beschwerdegegnerin zunächst med. pract. X.\_\_\_\_ mit einer monodisziplinären psychiatrischen Begutachtung beauftragt (Gutachten vom 20. Juli 2016). Nach dem von der Beschwerdeführerin am 17. November 2016 und 30. Dezember 2016 im Vorbescheidverfahren geäusserten Einwand, dass sie auch an somatischen Beschwerden leide, sodass für eine umfassende Abklärung des medizinischen Sachverhalts eine polydisziplinäre Begutachtung erforderlich sei, und nach dem Einholen von weiteren Arztberichten hat die Beschwerdegegnerin bei der MEDAS Zentralschweiz die Erstellung eines polydisziplinären Gutachtens *unter Einschluss einer erneuten psychiatrischen Begutachtung* in Auftrag gegeben (MEDAS-Gutachten vom 9. November 2017). Der



RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ hatte mit der Begründung, "um irgendwelchen Abklärungsproblemen aus dem Weg zu gehen", zu diesem Vorgehen geraten (IV-act. 115). In psychiatrischer Hinsicht liegen also zwei Gutachten vor.

**4.2.** Das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ und das polydisziplinäre MEDAS-Gutachten sind auf ihren Beweiswert zu prüfen. Ein Gutachten hat vollen Beweiswert, wenn es für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge sowie der medizinischen Situation einleuchtet und die Schlussfolgerungen der Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a). Notwendig ist hier zudem, dass der psychiatrische Gutachter die vom Bundesgericht in Bezug auf anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden aufgestellten und später auf alle psychischen Erkrankungen, insbesondere auf leichte bis mittelschwere depressive Störungen, anwendbar erklärten Standardindikatoren berücksichtigt hat (vgl. BGE 141 V 281; 143 V 409 und 143 V 418). Bei einem zwecks Rentenrevision erstellten Gutachten hängt der Beweiswert zudem wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Thema, nämlich auf eine allfällige erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts, bezieht. Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweisend wäre, mangelt es daher in der Regel am erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat (Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020, 8C\_196/2020, E. 6.1).

**4.3.** Med. pract. X.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin während dreieinhalb Stunden untersucht und ihre subjektiven Klagen aufgenommen. Sie hat als objektive Befunde die durch eigene Beobachtungen festgestellten Befunde und die Untersuchungsbefunde angegeben. Hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang, dass med. pract. X.\_\_\_\_ erhebliche Diskrepanzen zwischen den angegebenen Beschwerden und den beobachteten Verhaltensweisen festgestellt hat; sie hat festgehalten, es habe sich der Eindruck von Verdeutlichungstendenzen ergeben, wobei Aggravationstendenzen nicht auszuschliessen gewesen seien. Im Weiteren hat sie sich ausführlich mit den Vorakten auseinandergesetzt und ihre davon abweichenden Beurteilungen begründet. Gestützt darauf hat sie die Diagnosen akzentuierter Persönlichkeitszüge mit histrionischen und teilweise emotional instabilen (impulsiven) Anteilen (ICD-10 Z73.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung, seit mehreren



Jahren und auch gegenwärtig voll remittiert (ICD-10 F33.4), gestellt. Die Diagnosestellung ist nachvollziehbar und ausreichend begründet; Widersprüche sind nicht ersichtlich. Med. pract. X.\_\_\_\_ hat sich auch zu den sog. Standardindikatoren, insbesondere zu den Ressourcen und zur Konsistenz, geäußert. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung (vollständig arbeitsfähig) ist angesichts der gestellten Diagnosen schlüssig und nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin hat gegen das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ eingewendet, diese habe mit dem Hinweis, falls, wie von med. pract. F.\_\_\_\_ angegeben wurde, tatsächlich schwerste psychische Störungen vorliegen sollten, sei eine verkehrsmedizinische Fahreignungsprüfung zu empfehlen, nicht nur Zweifel an ihrer eigenen Einschätzung eingeräumt, sondern solche auch bei der Beschwerdegegnerin geweckt. Diese habe nämlich dem Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt eine entsprechende Meldung gemacht. Dazu ist festzuhalten, dass med. pract. X.\_\_\_\_ damit nicht ihre eigene Beurteilung in Zweifel gezogen hat, sondern die Beschwerdegegnerin hat darauf hinweisen wollen, dass diese eine Meldung an das Strassenverkehrs- und Schifffahrtsamt erstatten solle, falls sie eine Meldung für angezeigt halte. Der Fahrausweisentzug ist schliesslich erfolgt, weil sich die Beschwerdeführerin der erforderlichen verkehrsmedizinischen Untersuchung nicht unterzogen hat (vgl. IV-act. 106). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten kann daraus nichts abgeleitet werden. Der Einwand der Beschwerdeführerin ist damit nicht stichhaltig. Im Rahmen einer "vorläufigen" Beweiswürdigung ist festzuhalten, dass das Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ beweiskräftig ist.

**4.4.** Im Folgenden ist das Gutachten der MEDAS Zentralschweiz auf seine Beweiskraft zu prüfen. Alle Sachverständigen der MEDAS Zentralschweiz haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht, ihre subjektiven Klagen aufgenommen und die objektiven klinischen Befunde wiedergegeben. Die internistische Gutachterin der MEDAS Zentralschweiz hat nachvollziehbar aufgezeigt, dass sie keine Diagnose mit einer Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hat erheben können (IV-act. 121-14 f.). Der pneumologische Gutachter hat lediglich eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert und festgehalten, aufgrund der von der Beschwerdeführerin berichteten situativen Müdigkeit und Schläfrigkeit bei einem grenzwertigen ESS von 11/24 (Norm <11) sei das Autofahren und das Bedienen von gefährlichen Maschinen nicht möglich (IV-act. 121-23). Auch diese Ausführungen sind schlüssig und nachvollziehbar. Der rheumatologische Gutachter hat seine Beurteilung auf die Befunde der klinischen Untersuchung, die Ergebnisse von bildgebenden Untersuchungen und die Vorakten gestützt. Während der Erhebung der Anamnese hat er durch eigene Beobachtung festgestellt, dass die Beschwerdeführerin ruhig und ohne



erkennbare Schonhaltung auf dem Stuhl gesessen ist und dass ihre Mimik und ihre Gestik unauffällig gewesen sind. Während der klinischen Untersuchung hat die Beschwerdeführerin dann aber ein ausgeprägtes Schmerzverhalten mit Stöhnen, Grimassieren und Abwehr gezeigt. Auch das Aufstehen bei der Begrüssung ist mühsam unter einer averbalen Schmerzäusserung erfolgt. Der Sohn der Beschwerdeführerin hat ihr beim Ausziehen der Schuhe und Hosen geholfen. Hinweise dafür, dass die Beschwerdeführerin einer Hilfe beim Ausziehen von Schuhen und Hosen bedurft hätte, ist den weiteren Akten jedoch nicht zu entnehmen. Damit ist fraglich, ob die Beschwerdeführerin tatsächlich einer Hilfe bedurft oder ob sie vielmehr ein Verdeutlichungsverhalten oder gar ein aggravatorisches Verhalten gezeigt hat. Med. pract. X.\_\_\_\_ und auch der psychiatrische MEDAS-Sachverständige haben kein Verhalten beobachtet, das auf starke Schmerzen hingewiesen hätte. Der psychiatrische MEDAS-Sachverständige hat nämlich angegeben, die Beschwerdeführerin habe sich ohne ersichtliche Schwierigkeiten vom Warteraum in das Besprechungszimmer begeben. Sie habe nur zwei- oder dreimal spontan über Rückenschmerzen geklagt und gewünscht, die Sitzposition zu ändern. Med. pract. X.\_\_\_\_ hat während der dreieinhalb Stunden dauernden Untersuchung in Mimik, Gestik und Verhalten der Beschwerdeführerin keine Anzeichen für die angegebenen dauernden Schmerzen beobachten können. Lediglich in den Pausen hat sich die Beschwerdeführerin an ihre Schmerzen erinnert und sich kurz bewegt. Der rheumatologische Sachverständige der MEDAS hat ebenfalls angegeben, das von der Beschwerdeführerin gezeigte Beschwerdebild habe auf der Befundebene nicht vollständig erklärt werden können. Diese Feststellung deckt sich also mit den Beobachtungen von med. pract. X.\_\_\_\_. Die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Gutachters (körperlich leichte Tätigkeiten zu sieben Stunden pro Tag mit einer Leistungseinschränkung von 20% aufgrund des schmerzbedingten Bedarfs an vermehrten Pausen und des verlangsamten Arbeitstempos, also maximal 70%) ist sehr präzise ausgefallen. Es ist davon auszugehen, dass er die objektiv nicht erklärbaren Schmerzschilderungen der Beschwerdeführerin, seien diese somatoformer Natur oder in einem Verdeutlichungsverhalten begründet, bei seiner Arbeitsfähigkeitsschätzung ausgeklammert hat. Nach dem oben Ausgeführten überzeugt die Arbeitsfähigkeitsschätzung des rheumatologischen Sachverständigen. In psychiatrischer Hinsicht vermag das MEDAS-Gutachten hingegen nicht zu überzeugen, obwohl der psychiatrische Sachverständige gleich wie med. pract. X.\_\_\_\_ die Diagnose einer hebephrenen Schizophrenie ausgeschlossen hat. Dies ist wie folgt zu begründen: Der RAD-Arzt Dr. K.\_\_\_\_ hat in Bezug auf die vom psychiatrischen Sachverständigen der MEDAS angegebene Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) zu Recht geltend gemacht, dass es gemäss



den ICD-10-Kriterien für diese Diagnose initial eines ursächlich physiologischen Prozesses oder einer körperlichen Störung bedürfe. Bei der Beschwerdeführerin ist im Jahr 2002 eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen und zwischenzeitlich psychotischem Erleben diagnostiziert worden. Objektive Angaben, wonach eine somatische Ursache der Auslöser für die psychiatrische Erkrankung gewesen wäre, sind nicht aktenkundig. Die einzige Erklärung für diese Diagnosestellung, welche der psychiatrische Sachverständige der MEDAS auf das Jahr 2002 zurückbezogen hat, ist die, dass er sich nur auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt hat. Die Beschwerdeführerin hat nämlich angegeben, die Schmerzen bestünden seit mindestens 18 Jahren. Diese Diagnose überzeugt deshalb nicht. Im Weiteren hat der psychiatrische Sachverständige der MEDAS die Standardindikatoren nur rudimentär geprüft (vgl. IV-act. 121-52) und es ist davon auszugehen, dass er die Erwerbsfähigkeit nicht aus gesundheitlichen Gründen einschränkende (sog. IV-fremde) Faktoren wie etwa den Migrationshintergrund in die Arbeitsfähigkeitsschätzung einbezogen hat. Schliesslich hat er auch nicht begründet, weshalb die Arbeitsfähigkeit sehr stark, nämlich zu 70% eingeschränkt sein soll. Die Beschwerdegegnerin hat dem psychiatrischen Teil des MEDAS-Gutachtens damit zu Recht keinen Beweiswert zuerkannt. Das MEDAS-Gutachten überzeugt somit in internistischer, pneumologischer und rheumatologischer Hinsicht, nicht aber in psychiatrischer Hinsicht.

**4.5.** Die Beschwerdegegnerin hat der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2018 in somatischer Hinsicht die Arbeitsfähigkeitsschätzung im MEDAS-Gutachten (Arbeitsfähigkeit 70%) und in psychiatrischer Hinsicht die Arbeitsfähigkeitsschätzung im Gutachten von med. pract. X.\_\_\_\_ (vollständige Arbeitsfähigkeit) zugrunde gelegt. Dieses ungewöhnliche Vorgehen ist aus folgenden Gründen nicht zu beanstanden: Bei einer polydisziplinären Begutachtung ist eine Konsensbeurteilung aller beteiligter Gutachter erforderlich. Zwischen dem mit der Abklärung der somatischen Gesundheit befassten Sachverständigen der MEDAS Zentralschweiz und med. pract. X.\_\_\_\_ hat keine derartige Konsensbeurteilung stattgefunden. Angesichts der von med. pract. X.\_\_\_\_ gestellten Diagnose bzw. der von med. pract. X.\_\_\_\_ abgegebenen Arbeitsfähigkeitsschätzung ist aber mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass zwischen den somatischen Beeinträchtigungen und der psychischen Situation keine Wechselwirkung aufgetreten ist, die zu einem Arbeitsunfähigkeitsgrad geführt hätte, der über dem vom rheumatologischen MEDAS-Sachverständigen angegebenen gelegen hätte. Von einer nachträglichen Konsensbesprechung hat deshalb abgesehen werden können. Der RAD hat im Übrigen am 9. Juli 2018 explizit bestätigt, dass aus interdisziplinärer Sicht von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit



auszugehen sei. Nach dem Gesagten ist mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der psychiatrische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anhaltend verbessert hat und dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Erlasses der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2018 in adaptierten Tätigkeiten zu 70% arbeitsfähig gewesen ist.

**4.6.** Im Vergleich zur gesundheitlichen Situation bzw. zur Arbeitsunfähigkeit, von der die Beschwerdegegnerin zum Zeitpunkt des Abschlusses des früheren Rentenrevisionsverfahrens am 9. Januar 2013 ausgegangen ist (vollständige Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen), liegt also eine im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Veränderung vor. Nun hat med. pract. X.\_\_\_\_ aber in ihrem Gutachten ausgeführt, unter Berücksichtigung des Längsschnittverlaufs sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin vermutlich schon lange (03/2008?), überwiegend wahrscheinlich spätestens seit 04/2012 und mit Sicherheit seit der aktuellen Untersuchung im Juli 2016 eine Arbeitsunfähigkeit von 0% ausgewiesen habe (IV-act. 82-37). Med. pract. X.\_\_\_\_ hat dies damit begründet, dass eine früher bestehende depressive Störung spätestens seit 04/2012 remittiert sei (IV-act. 82-35). Sie hat sich dabei insbesondere auf einen Bericht der behandelnden Psychiaterin med. pract. F.\_\_\_\_ vom 16. April 2012 gestützt (IV-act. 37-2), laut dem die rezidivierende Störung unter einer Medikation mit Venlafaxin gegenwärtig remittiert war. Weiter hat sie ausgeführt, die emotionale Unausgeglichenheit habe gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin vor allem im Rahmen der depressiven Episoden bestanden. Mit der Remission der depressiven Episoden habe die Beschwerdeführerin (gemäss den Vorakten) keine andauernden Störungen der Selbststeuerung und keine impulsiven Tendenzen mehr beschrieben (IV-act. 82-35). Gleichzeitig hat med. pract. X.\_\_\_\_ aber auch ausgeführt (IV-act. 82-34), angesichts der grossen diagnostischen Ungenauigkeiten in den psychiatrischen Vorberichten, der Widersprüche zwischen den diagnostischen Einschätzungen und der Behandlung und auch der falschen Annahmen hinsichtlich der Krankheitsanamnese könne nicht auf die IV-Berichte von med. pract. F.\_\_\_\_ abgestellt werden, wobei med. pract. X.\_\_\_\_ u.a. den Bericht von 04/2012 nennt. Zwar ist es durchaus möglich, dass eine begutachtende medizinische Fachperson die gesundheitliche Situation und damit die Arbeitsfähigkeit einer versicherten Person in der Zeit vor der Begutachtung mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit nachweisen kann. Das setzt aber zumindest voraus, dass die medizinischen Vorberichte einen ausreichenden Beweiswert haben. Das trifft auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin med. pract. F.\_\_\_\_ nach der Auffassung von med. pract. X.\_\_\_\_ nicht zu. Dem hat med. pract. X.\_\_\_\_ Rechnung getragen, indem sie ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung für die Zeit zwischen April 2012 und ihrer



Untersuchung vom Juni 2016 nur als überwiegend wahrscheinlich bezeichnet hat, während sie ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung für die Zeit ab Juni 2016 als mit Sicherheit erstellt bezeichnet hat. Dabei hat sie zwar Begriffe verwendet, denen im juristischen Sprachgebrauch ganz bestimmte Inhalte zugeordnet sind, aber sie hat diese Begriffe nicht korrekt verwendet, d.h. sie ist von anderen Inhalten ausgegangen. Das zeigt sich darin, dass sie ihre Arbeitsfähigkeitsschätzung ab Juni 2016 als mit Sicherheit richtig bezeichnet hat. Erfahrungsgemäss erreichen Abklärungen medizinischer Sachverhalte und die sich darauf stützenden Arbeitsfähigkeitsschätzungen in Fällen wie dem hier zu beurteilenden nicht den Beweisgrad der Sicherheit, sondern höchstens den Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit. Was med. pract. X.\_\_\_\_ als "sicher" bezeichnet hat, ist also überwiegend wahrscheinlich. Das bedeutet, dass das, was med. pract. X.\_\_\_\_ als "überwiegend wahrscheinlich" bezeichnet hat, dieses Beweismass nicht erreicht. Nach der Einschätzung von med. pract. X.\_\_\_\_ ist die vollständige Remission der Depression und damit die vollständige Arbeitsfähigkeit vor Juni 2016 also nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern nur wahrscheinlich. Da eine erneute Untersuchung der Beschwerdeführerin naturgemäss keinen Aufschluss über deren Gesundheitszustand zwischen April 2012 und Mai 2016 liefern kann und da von einer Befragung der behandelnden Psychiaterin aufgrund der völlig abweichenden Einschätzung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin keine den notwendigen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erreichende Sachverhaltserkenntnis zu erwarten ist, ist davon auszugehen, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der Zeit vor Juni 2016 objektiv nicht ermittelt werden kann. Die materielle Beweislosigkeit führt dazu, dass erst für die Zeit ab der Begutachtung durch med. pract. J.\_\_\_\_ mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit eine Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht von 100% erstellt ist. Das zwingt dazu, von einer *nach* dem 9. Januar 2013 eingetretenen Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb zu Recht den Art. 17 Abs. 1 ATSG angewendet. Wäre die revisionsrechtlich relevante Sachverhaltsveränderung nachweislich *vor* dem 9. Januar 2013 eingetreten, hätte die laufende Invalidenrente nur revisionsweise aufgehoben werden können, wenn die am 9. Januar 2013 ergangene, verbindliche Mitteilung vorher wiedererwägungsweise (Art. 53 Abs. 2 ATSG) aufgehoben worden wäre, d.h. die Beschwerde hätte mangels einer revisionsrechtlich relevanten Veränderung des Invaliditätsgrades vollumfänglich gutgeheissen werden müssen.

### 5.

Somit bleibt noch der Einkommensvergleich vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin ist weiterhin als Vollerwerbstätige zu qualifizieren (vgl. E. 3). In Bezug auf die Validen- und



die Invalidenkarriere hat sich seit der ursprünglichen Rentenzusprache keine Veränderung ergeben. Da sowohl die Validen- als auch die Invalidenkarriere in einer Tätigkeit als Hilfsarbeiterin besteht, kann der Betrag der Vergleichseinkommen bei der Berechnung des Invaliditätsgrades mathematisch keine Rolle spielen; der Invaliditätsgrad ist anhand eines sogenannten Prozentvergleichs zu berechnen. Er entspricht also dem Arbeitsunfähigkeitsgrad, korrigiert um einen allfälligen zusätzlichen Abzug. Der Arbeitsfähigkeitsgrad beträgt 70%. Aus der Sicht eines sich betriebswirtschaftlich-ökonomisch vernünftig verhaltenden Arbeitgebers ist der Wert der Arbeitsleistung der Beschwerdeführerin vermindert, da die Beschwerdeführerin unfähig wäre, sich bei einem entsprechenden betrieblichen Bedarf an einem nicht adaptierten Arbeitsplatz einsetzen zu lassen oder vorübergehend mit einem höheren Beschäftigungsgrad tätig zu sein; die Beschwerdeführerin wäre also weit weniger flexibel einsetzbar als eine gesunde zu 70% tätige Hilfsarbeiterin. Längerfristig betrachtet bestünde zudem das Risiko von überdurchschnittlich hohen krankheitsbedingten Absenzen. Geht man von einem *ökonomischen* Invaliditätsbegriff aus bzw. will man einen Soziallohnanteil ausscheiden, ist wegen diesen Nachteilen, die aus betriebswirtschaftlich-ökonomischen Gründen zwingend zu einem Minderlohn führen müssten, bei der Ermittlung des Ausgangswerts des zumutbarerweise erzielbaren Invalideneinkommens ein zusätzlicher Abzug vorzunehmen. Bei einer grosszügigen Vorgehensweise beträgt dieser Abzug hier 10%. Bei einem Arbeitsunfähigkeitsgrad von 30% und einem zusätzlichen Abzug von 10% resultiert aus dem Einkommensvergleich ein Invaliditätsgrad von höchstens 37%. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die Beschwerdegegnerin hat die bisherige ganze Invalidenrente zu Recht revisionsweise per 31. August 2018 aufgehoben.

## 6.

**6.1.** 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<sup>bis</sup> IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Zufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien.

**6.2.** Der Staat bezahlt zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung 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 der Honorarordnung (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin hat keine Honorarnote eingereicht. In einem durchschnittlich aufwändigen Beschwerdeverfahren betreffend einen Rentenanspruch spricht das Versicherungsgericht eine pauschale Parteientschädigung von Fr. 3'500.-- zu. Da es sich hier um ein solches Verfahren handelt, erweist sich eine Parteientschädigung in diesem Betrag als angemessen. Diese Entschädigung ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit entschädigt der Staat die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin mit Fr. 2'800.-- (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer).

**6.3.** Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung der Gerichtskosten und zur Rückerstattung der Parteientschädigung 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 zufolge unentgeltlicher Rechtspflege von der Bezahlung der Gerichtskosten von Fr. 600.-- befreit.

**3.**

Der Staat entschädigt die Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin zufolge unentgeltlicher Rechtsverteidigung mit Fr. 2'800.--.