



**Fall-Nr.:** IV 2021/201  
**Stelle:** Versicherungsgericht  
**Rubrik:** IV - Invalidenversicherung  
**Publikationsdatum:** 17.05.2023  
**Entscheiddatum:** 09.02.2023

### **Entscheid Versicherungsgericht, 09.02.2023**

**Rentenrevision. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens. Keine wesentliche Änderung des Gesundheitszustands. Aufgrund der Angewöhnung an die Beschwerden liegt dennoch ein Revisionsgrund vor. Kein Tabellenlohnabzug. Teilweise Gutheissung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 9. Februar 2023, IV 2021/201).**

#### **Entscheid vom 9. Februar 2023**

Besetzung

Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz) und Karin Huber-Studerus, Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Julia Dillier

Geschäftsnr.

IV 2021/201

Parteien

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

**Beschwerdeführerin,**

vertreten durch Rechtsanwältin Dr. iur. Monika Brenner, Paradiesstrasse 4, 9030 Abtwil SG,

gegen



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

**Beschwerdegegnerin,**

Gegenstand

**Rentenrevision (Einstellung)**

**Sachverhalt**

**A.**

**A.a.** A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich im Januar 2010 bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Sie wurde am 18. Juni 2012 von Dr. med. B.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin speziell Rheumaerkrankungen, internistisch/rheumatologisch und am 26. Juni 2012 von med. pract. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, psychiatrisch untersucht. Im Gutachten vom 4. Oktober 2012 wurden ein Adenokarzinom des Colon descendens (ED 10/2009), eine akute Lumboischialgie (ab Mitte Dezember 2011), ein panvertebrales Schmerzsyndrom bei muskulärer Dysbalance, extremem Schonungsverhalten, sowie eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Versicherte in einer adaptierten Tätigkeit zu 50 % arbeitsfähig (IV-act. 69).

**A.b.** Am 2. Mai 2013 sprach die IV-Stelle der Versicherten bei einem IV-Grad von 59 % ab dem 1. Juni 2013 eine halbe Rente zu (IV-act. 82). Mit Verfügung vom 14. Juni 2013 wurde der Versicherten ab 1. Oktober 2010 bis 31. Mai 2013 eine halbe Rente zugesprochen (IV-act. 90). Die dagegen beim hiesigen Versicherungsgericht erhobene Beschwerde wurde gutgeheissen, die Verfügungen vom 2. Mai 2013 und vom 14. Juni 2013 aufgehoben und der Versicherten vom 1. Juli 2010 bis 28. Februar 2011 eine ganze Rente und ab 1. März 2011 eine Dreiviertelsrente zugesprochen (Urteil des Versicherungsgerichts St. Gallen vom 7. Juli 2015, IV 2013/246 [IV-act. 101]; Verfügungen vom 11. August 2015 [IV-act. 107] und 21. Oktober 2015 [IV-act. 108 und 109]).



### B.

**B.a.** Im Januar 2019 ersuchte die Versicherte um eine Erhöhung der Dreiviertelsrente auf eine ganze Rente, da sich ihr Gesundheitszustand massiv verschlechtert habe (IV-act. 116). Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, berichtete am 4. Juni 2019 von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands. Es bestünden chronische, therapieresistente Schmerzen, welche die Versicherte auch am Ausführen ihrer Haushaltsaufgaben praktisch vollständig einschränken würden. Seit November 2016 könne von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden (IV-act. 117). Im unter anderem beigelegten Austrittsbericht vom 16. November 2016 hatten die Ärzte vom Palliativzentrum E.\_\_\_\_ eine rezidivierende depressive Störung, aktuell mittelgradig bis schwere Episode (ICD-10: F33.1), eine Anpassungsstörung mit Angst- und Panikstörung (ICD-10: F43.2), eine chronische Schmerzstörung mit psychischen, körperlichen Faktoren (ICD-10: F45.41) sowie ein chronisches rezidivierendes Erbrechen seit 05/2011 diagnostiziert (IV-act. 119).

**B.b.** Im Verlaufsbericht der Klinik F.\_\_\_\_ vom 13. Mai 2019 wurden eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome und eine andauernde Persönlichkeitsveränderung im Rahmen einer psychosomatischen Krankheit festgestellt und eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (IV-act. 123).

**B.c.** Nachdem die Versicherte am 7. Juni 2019 notfallmässig im KSSG behandelt worden war (IV-act. 131-10 ff.) und bei der IV-Stelle weitere Arztberichte eingegangen waren (IV-act. 131 und 133), erachtete der RAD eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung für angezeigt (vgl. IV-act. 124 und 137). Am 8. und 22. Januar 2020 wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle polydisziplinär (allgemeininternistisch, neurologisch, orthopädisch und psychiatrisch) begutachtet. Die Sachverständigen der G.\_\_\_\_ GmbH erhoben einen Status nach Adenokarzinom des Colon als Diagnose, dem sie eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beimassen. Als Leiden ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit diagnostizierten sie eine leichte depressive Episode, eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie ein chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom unter lumbosakraler Betonung (IV-act. 143-9). Die Sachverständigen postulierten in der Konsensbeurteilung in der angestammten Tätigkeit als visuelle Prüferin bei der H.\_\_\_\_ AG eine um 25 %



## St.Galler Gerichte

verminderten Arbeits- und Leistungsfähigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum. Dieselbe Arbeitsfähigkeit legten sie auch für eine angepasste (körperlich leichte und wechselbelastende) Tätigkeit fest (IV-act. 143-10 f.). Bezüglich der Veränderung des Gesundheitszustands kamen sie zum Schluss, dass es aufgrund der beschriebenen Symptomatik schwierig sei, eine genaue Veränderung festzulegen, da diese vorwiegend durch die subjektiven Beschwerden beeinflusst sei. Da im Unterschied zum bidisziplinären Gutachten im Jahre 2012 vorliegend nur noch eine leichte depressive Episode diagnostiziert werde, könne von einem Rückgang der depressiven Symptomatik ausgegangen werden. Gemäss den gemachten Feststellungen habe sich die Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit seit der Rentenzusprache verbessert (IV-act. 143-10 ff.). Der RAD kam am 24. April 2020 zum Schluss, dass auf das Gutachten abgestellt werden könne. Im Vergleich zur Referenzsituation bestehe eine Verbesserung des Gesundheitszustandes (IV-act. 145).

**B.d.** Auf der Grundlage einer 75%igen Restarbeitsfähigkeit in angestammter sowie adaptierter Tätigkeit ermittelte die IV-Stelle einen Invaliditätsgrad von 25 % und zeigte der Versicherten mit Vorbescheid vom 27. April 2020 die auf Ende des folgenden Monats vorgesehene Einstellung der Invalidenrente an (IV-act. 147 f.), wogegen diese am 17. August 2020 durch ihre in der Zwischenzeit mandatierten Rechtsvertreterin, Rechtsanwältin Dr. Brenner, Einwand erheben liess (IV-act. 156). Der Einwand wurde der Gutachterstelle zur Stellungnahme zugestellt (vgl. IV-act. 158). Nach Erhalt der von der Gutachterstelle eingereichten Stellungnahme (IV-act. 160) nahm die Versicherte wiederum Stellung (IV-act. 164) und reichte einen Arztbericht der Klinik F.\_\_\_\_ ein (IV-act. 169). Nachdem der RAD am 12. Juli 2021 zum Schluss gelangt war, dass der Bericht der Klinik F.\_\_\_\_ sowohl fachlich als auch inhaltlich nicht nachvollziehbar sei (IV-act. 170), verfügte die IV-Stelle am 13. September 2021 die revisionsweise Einstellung der Rente auf Ende Oktober 2021. Einer allfälligen Beschwerde gegen diese Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung (IV-act. 174; Verfügung direkt an die Versicherte vom 27. August 2021 [IV-act. 172]).

## C.

**C.a.** Gegen die Verfügung vom 13. September 2021 richtet sich die vorliegende Beschwerde vom 14. Oktober 2021. Die Versicherte (nachfolgend:



Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwältin Dr. Brenner, beantragt darin unter Kosten- und Entschädigungsfolgen deren Aufhebung und in Abänderung der Verfügung vom 11. August 2015 ab 1. Februar 2019 die Zusprache einer vollen Invalidenrente. Eventualiter sei die Verfügung ersatzlos aufzuheben. Subeventualiter sei die Verfügung aufzuheben, der Versicherten eine halbe Rente zuzusprechen und ihr Eingliederungsmassnahmen zu gewähren. Zur Begründung bringt die Beschwerdeführerin im Wesentlichen vor, das Ergebnis des polydisziplinären Gutachtens widerspreche sowohl der hausärztlichen als auch der psychiatrischen Beurteilung. Die Gutachter hätten sodann ausser Acht gelassen, dass sie an starken Kopfschmerzen mit intermittierendem Schwanke- und Drehschwindel und an chronischem Erbrechen leide. Bereits dies schliesse eine Arbeitsfähigkeit aus. Damit sei die volle Arbeitsunfähigkeit klar belegt. Sollte das Gericht wider Erwarten nicht von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgehen, sei festzuhalten, dass sich der Gesundheitszustand nicht verändert habe. Selbst würde der IV-Stelle beigespflichtet werden, dass eine 75%ige Arbeitsfähigkeit vorliege, sei die Berechnung des Invalideneinkommens und damit der Invaliditätsgrad fehlerhaft. Einerseits sei das Invalideneinkommen nicht anhand der Lohnstrukturerhebungen des Bundesamts für Statistik (LSE) berechnet worden, andererseits müsse ein Tabellenlohnabzug berücksichtigt werden (act. G1).

**C.b.** Mit Beschwerdeantwort vom 6. Januar 2022 beantragt die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) die teilweise Gutheissung der Beschwerde und die Zusprache einer Viertelsrente ab 1. November 2021. Gemäss dem im Jahre 2020 erstellten Gutachten bestehe in psychiatrischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustands. So habe sich die mittelgradige Depression zu einer leichten Depression zurückgebildet, weshalb psychiatrisch keine Arbeitsunfähigkeit mehr attestiert werde. Damit habe sich der Gesundheitszustand rentenrelevant verändert. Die Beschwerdeführerin habe nicht belegt, inwieweit das Gutachten konkret mangelhaft sei. Auch der Hausarzt und die behandelnde Psychiaterin hätten nicht aufgezeigt, inwiefern der gestellte Befund, die Schlussfolgerung, die Konsistenz, etc. der Gutachter mangelhaft sein solle. Die RAD-Fachpsychiaterin habe entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin nachvollziehbar aufgeführt, weshalb eine schwere depressive Symptomatik gemäss der behandelnden Psychiaterin nicht nachvollziehbar



sei. In Bezug auf das Invalideneinkommen sei – unter anderem gestützt auf die der Beschwerde beigelegten Stellungnahme der Abteilung berufliche Integration vom 16. Dezember 2021 (act. G6.1) – zutreffend, dass auf die LSE-Statistiklöhne und nicht auf den als Schichtarbeiterin erzielten Lohn (Grundlohn + Schichtzulage) hätte abgestellt werden müssen. Auf diesem LSE-Invalidenlohn sei der IV-Grad zu berechnen. Bei einem errechneten IV-Grad von 40 % habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente. Ein Tabellenlohnabzug sei indes nicht gerechtfertigt, da die vermehrten Pausen bereits bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung von 75 % seitens der Gutachter berücksichtigt worden sei. Nicht angezeigt seien sodann vorgängige Eingliederungsmassnahmen. Die Beschwerdeführerin sei weder 55-jährig noch habe im Zeitpunkt der Einstellung eine 15-jährige IV-Rentenbezugsdauer vorgelegen. Im Übrigen sehe sie sich momentan als vollumfänglich arbeitsunfähig (act. G6).

**C.c.** In der Replik vom 20. Juni 2022 hält die Beschwerdeführerin unverändert an den Beschwerdeanträgen fest (act. G16).

**C.d.** Am 29. September 2022 lässt die Beschwerdeführerin einen Kurzaustrittsbericht der Klinik I.\_\_\_\_ vom 21. September 2022 sowie eine Kostennote einreichen (act. G19).

### Erwägungen

#### 1.

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Aufhebung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin per 1. November 2021.

#### 2.

Am 1. Januar 2022 sind mit der Revision zur Weiterentwicklung der Invalidenversicherung verschiedene Änderungen des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) und der dazugehörigen Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) sowie des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) in Kraft getreten. In zeitlicher Hinsicht sind grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 144 V 210 E. 4.3.1). Da vorliegend die angefochtene Verfügung davor ergangen ist, finden die neuen Bestimmungen auf das hier zu beurteilende Revisionsverfahren keine



Anwendung (siehe auch Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], gültig ab 1. Januar 2022, Rz 9100 f.). Nachfolgend werden sie daher in der alten Fassung zitiert.

### 3.

**3.1.** Die Beschwerdegegnerin stützt die Aufhebung des Rentenanspruchs primär auf die Revision im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG. Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder 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). Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts ist der Rentenanspruch in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») zu prüfen, sobald ein einzelner Revisionsgrund vorliegt, wobei keine Bindung an frühere Beurteilungen besteht. Dabei kann gemäss Bundesgericht selbst eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes Anlass für eine Aufhebung der Rente sein (Urteil des Bundesgerichts vom 26. Februar 2021, 9C\_361/2020, E. 3.2). Unter Umständen kann auch ein früher nicht gezeigtes Verhalten eine im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG relevante Tatsachenänderung darstellen, wenn sich dieses auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Rentenanspruchs auswirken kann. Dies trifft etwa zu bei Versicherten mit einem Beschwerdebild, auf das die Rechtsprechung gemäss [BGE 141 V 281](#) anwendbar ist (zur Anwendbarkeit dieser Rechtsprechung auch auf sämtliche psychischen Erkrankungen siehe [BGE 143 V 418](#)), wenn ein Ausschlussgrund vorliegt, d.h. die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation beruht, die eindeutig über die bloss (unbewusste) Tendenz zur Schmerzausweitung und -verdeutlichung hinausgeht (Urteil des Bundesgerichts vom 11. November 2021, 9C\_302/2021, E. 4.2). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen ([BGE 130 V 343](#) E. 3.5). Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustands revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung ([BGE 134 V 131](#) E. 3); dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung ([BGE 141 V 9](#) E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juni 2021, 9C\_434/2020, E. 1.2 und 2). Hingegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (vgl. [BGE 141 V 9](#) E. 2.3; Urteil des Bundesgerichts vom 8. Juli 2020,



8C\_196/2020, E. 3.2.2). Ob eine Änderung im Sinn von Art. 17 Abs. 1 ATSG eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruhte, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4).

**3.2.** Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b und BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen).

#### 4.

**4.1.** Es ist somit zunächst zu prüfen, ob sich der für die Renteneinstellung relevante medizinische Sachverhalt gegenüber jenem, der dem vorerwähnten Versicherungsgerichtsurteil zugrunde lag, in relevantem Ausmass verändert hat (zur vom Gericht bejahten Beweistauglichkeit des G.\_\_\_\_ GmbH-Gutachtens vom 9. März 2020 vgl. nachstehende E. 5).

**4.2.** Das hiesige Versicherungsgericht hielt das bidisziplinäre Gutachten vom 4. Oktober 2012 für nachvollziehbar und stützte den Entscheid vom 7. Juli 2015 darauf ab (IV 2013/246 E. 3, IV-act. 102-6 f.).

**4.2.1.** In psychiatrischer Hinsicht lag damals eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, reaktiv bedingt, vor. Die Sachverständige hielt in ihrem Teilgutachten vom 18. September 2012 gestützt auf ihre am 26. Juni 2012 durchgeführte Untersuchung fest, die von der Beschwerdeführerin beschriebene Müdigkeit und Kraftlosigkeit habe sich nach der Tumorerkrankung verselbständigt und sei bei starker Defizit- und Beschwerdeorientierung Teil der Selbstlimitierung. Sie leide unter Interessenverlust und Insuffizienzgefühlen bei der Hausarbeit und bezüglich des Unvermögens zu arbeiten und sei gedanklich nur mit dem vermeintlich nahenden Tod beschäftigt. Die angegebenen Konzentrations- und Zeitgitterstörungen seien als generelles Desinteresse zu interpretieren, zumal einzelne Daten wie die Geburtsdaten der Kinder korrekt hätten angegeben werden können. Die vom behandelnden Psychiater angegebene Denkverlangsamung hänge mit der geringen Bereitschaft zusammen, sich anzustrengen, bei äusserst unmotiviertem und desinteressiertem Verhalten. Anlässlich der Begutachtung habe die Beschwerdeführerin eine situationsbezogene Affektlabilität gezeigt. Zudem leide sie unter Durchschlafstörungen und negativen Zukunftsaussichten. Die Ressourcen seien zwar aktuell aufgrund des



mittelgradigen depressiven Zustandsbildes scheinbar eingeschränkt, jedoch könne die Beschwerdeführerin mehr leisten, als sie sich aktuell subjektiv zutraue. Zur Behandlung der depressiven Episoden solle eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in die Wege geleitet werden, da eine depressive Episode grundsätzlich behandelbar und besserungsfähig sei. Aus rein psychiatrischer Sicht könne eine Tätigkeit ohne Anspruch an Konzentration und Flexibilität im Umfang von vier Stunden täglich als zumutbar erachtet werden (IV-act. 68-11 ff.).

**4.2.2.** Im neu erstellten psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Januar 2020 diagnostizierte Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, lediglich noch eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.00) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Er mass den psychiatrischen Diagnosen keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bei. Bei der Beschwerdeführerin bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmung mit verminderter Freude und Interessenverlust, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, leichte Konzentrationsstörungen und verminderten Appetit. Ebenfalls bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, gekennzeichnet durch diffuse, ausgeweitete Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit der Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könnten und die sich nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückführen liessen. Die Beschwerdeführerin habe sich im Untersuchungsgespräch gut verbalisieren können, auch wenn sie widersprüchliche Angaben gemacht habe, insbesondere sei sie affektiv zugänglich und nicht verschlossen oder abgestumpft der Umgebung gegenüber gewesen. Der Beschwerdeführerin sei es aus rein psychiatrischer Sicht möglich, acht Stunden pro Tag in angestammter Tätigkeit (100 %-Pensum) zu arbeiten (IV-act. 143-30 ff.).

**4.2.3.** In den massgebenden Teilgutachten beschrieben die Sachverständigen nach dem Gesagten vergleichbare Befunde (Interessenverlust, Ermüdbarkeit und Schlafstörungen [IV-act. 68-20 f. und 143-35]). Beide Sachverständigen hielten sodann übereinstimmend fest, dass die Beschwerdeführerin ein aggravierendes Verhalten gezeigt habe (IV-act. 68-18 f. und 143-33 ff.) und kamen zum Schluss, dass sie noch über (genügend) Ressourcen verfüge (IV-act. 68-21 und 143-37). Dr. J.\_\_\_\_ führte in seiner Beurteilung zudem explizit aus, dass eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht bestätigt werden könne, da es sich auch in retrospektiver Hinsicht um eine andere Beurteilung handle (IV-act. 143-36 f.: *"Es sei gut möglich, dass punktuell eine Arbeitsunfähigkeit bestand, da die depressive Episode möglicherweise*



*schwerer ausgeprägt war; gemittelt über den Verlauf kann aber auch rückwirkend eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden. Es handelt sich somit bei der Beurteilung aufgrund der heutigen Untersuchung auch um eine andere Beurteilung gegenüber der Beurteilung in den Akten.*"). Daran vermögen auch die Ausführungen der Gutachter in der Konsensbeurteilung (vgl. IV-act. 143-12) nichts zu ändern. Denn einzig aufgrund der Diagnoseänderung eine Veränderung des Gesundheitszustandes anzunehmen, greift zu kurz, zumal nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen und entsprechend die (psychiatrische) Diagnose für die Belange der Invalidenversicherung grundsätzlich nicht ausschlaggebend ist (Urteile des Bundesgerichts vom 23. April 2019, 9C\_184/2019, E. 4.2 und vom 27. September 2017, 8C\_820/2016, E. 5.4 m.w.H.; vgl. auch BGE 141 V 9 E. 5.2). Zwar ging med. pract. C.\_\_\_\_ im Referenzzeitpunkt davon aus, dass die depressiven Episoden bei gut eingestellter Medikation und einer stationären psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung überwindbar sei (IV-act. 68-23). Dem aktuellen psychiatrischen Fachgutachten ist jedoch zu entnehmen, dass der Medikamentenspiegel unverändert unter dem therapeutischen Bereich lag (IV-act. 143-36). Ebenfalls ist gestützt auf die Aktenlage erstellt, dass sich die Beschwerdeführerin nicht in stationäre Behandlung begeben hat. Der massgebende (psychiatrische) Sachverhalt hat sich somit insbesondere in tatsächlicher Hinsicht überwiegend wahrscheinlich nicht wesentlich verändert.

**4.3.** Die Beschwerdeführerin macht zwar eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend und stützt sich dabei insbesondere auf den Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dr. K.\_\_\_\_ diagnostizierte am 13. bzw. 21. Mai 2019 eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10: F33.2) und machte eine Verschlechterung des Gesundheitszustands geltend, ohne dabei einen Zeitpunkt anzugeben oder zu erläutern, aufgrund welcher Befunde er zu diesem Schluss kam (IV-act. 123). Entsprechend erweisen sich die Arztberichte der Klinik F.\_\_\_\_ für die vorliegende Frage als nicht beachtlich. Weitere psychiatrische Berichte, die eine Veränderung des Gesundheitszustands dokumentieren würden, liegen nicht im Recht.

#### **4.4.**

**4.4.1.** In allgemeininternistischer und orthopädischer Hinsicht gingen Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, im aktuellen Gutachten zwar zunächst



von einem im Wesentlichen unveränderten Gesundheitszustandes aus (IV-act. 143-29 und 143-49). Auf Nachfrage hin präzisierten sie indessen ihre Ausführungen dahingehend, dass die Therapie des Kolonkarzinoms bei der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ erst drei Jahre zurückgelegen sei. Inzwischen habe sich diesbezüglich die Situation nach über zehn Jahren deutlich beruhigt. Die Beschwerdeführerin habe diesbezüglich gar angegeben, nichts mehr von der Operation zu wissen. Zudem sei kurz vor der damaligen Begutachtung eine akute Lumboischialgie aufgetreten, welche heute nicht mehr zugeordnet werden könne (IV-act. 160).

**4.4.2.** In somatischer Hinsicht stellte Dr. B.\_\_\_\_, gestützt auf einen bildgebenden Befund vom 16. Februar 2012 fest, es bestehe bei lumbosakraler Übergangsvariante eine ausgeprägte Osteochondrose L4/5 mit breitbasig subligamentärer Hernierung der Bandscheibe und bilateral foraminale Einengung und vermuteter Nervenwurzelirritation foraminal, beidseits linksbetont nebst lokaler Spondylarthrose. Er gab diffuse Druckdolenzen an und führte aus, bei extremer Selbstlimitierung sei der Rückenbefund und der neurologische Befund nur beschränkt interpretierbar; limitierende Rückenbeschwerden und Beschwerden einer peripheren Neuropathie müssten jedoch angenommen werden (IV-act. 69-6 und 69-9). Anlässlich der MRI-Untersuchung vom 14. Januar 2020 zeigte sich unverändert eine degenerative Veränderung, schwerpunktmässig im Segment L4/5 mit breitbasiger Hernierung der Bandscheibe und bilateraler rezessaler Einengung (vgl. IV-act. 143-45). Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem neurologischen Teilgutachten aus, bei der klinischen Untersuchung habe sich kein Korrelat im Sinne einer radikulären Reiz- bzw. sensomotorischen Ausfallsymptomatik betreffend die in Frage kommenden Segmente L4 und L5 beidseits gefunden (IV-act. 143-45 f.). Im orthopädischen Teilgutachten wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe völlig diffuse Druckdolenzen (thorakolumbal an der Mittellinie und paravertebral beidseits, Rippenbögen, Flanken und gesamte Beckenregion unter rechtsseitiger Betonung ohne fassbares Panctum maximum) beklagt (IV-act. 143-43). Die funktionelle Untersuchung der thorakolumbalen Wirbelsäule werde unter Schmerzangaben keinesfalls toleriert, während sich im zervikalen Abschnitt eine weitergehende Beweglichkeit zeige, nachdem die anfangs nur langsam und klar vermindert durchgeführte Rotation unter Ablenkung einschränkungs- und offenbar auch schmerzlos bis in die Endposition gelinge. Der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ sei aufgrund der heutigen Untersuchung dezidiert zu folgen (IV-act. 143-46).

**4.4.3.** In somatischer Hinsicht ist eine Änderung des Gesundheitszustandes nicht erstellt, zumal sich bereits im Zeitpunkt der ursprünglichen Begutachtung erhebliche Inkonsistenzen in Bezug auf den Bewegungsapparat gezeigt hatten. Gesamthaft finden



sich keine Beurteilungen behandelnder Ärzte, welche in Abweichung vom neurologischen und orthopädischen Teilgutachten eine für die Arbeitsfähigkeit relevante Veränderung im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustands nachweisen würden. Mit dem vom Hausarzt eingereichten Bericht vom 4. Januar 2019 ist eine Veränderung im Sinne einer Verschlechterung des Gesundheitszustands aus internistischer, orthopädischer oder neurologischer Sicht jedenfalls nicht dargelegt (vgl. IV-act. 117), zumal aus dem eingereichten Bericht nicht hervorgeht, gestützt auf welchen Befund eine Verschlechterung überwiegend wahrscheinlich sein soll.

**4.4.4.** Die Ansicht der Sachverständigen, wonach sich der Gesundheitszustand in der Zwischenzeit stabilisiert habe, ist indessen nachvollziehbar, wie die genauere Prüfung ergeben wird. Anlässlich der orthopädischen Begutachtung vom 8. Januar 2020 führte die Beschwerdeführerin aus, sie übe zwei Mal täglich, indem sie sich strecke und drehe. Auch laufe sie täglich bis zu vierzig Minuten mit Pausen (IV-act. 143-41). In der für das frühere Gerichtsurteil massgebenden Begutachtung gab die Beschwerdeführerin demgegenüber noch an, ohne Begleitung nicht mehr ausser Haus gehen zu können (IV-act. 69-5). Zudem führte sie bei Dr. B.\_\_\_\_ aus, nur noch kurze Strecken mit dem Auto (als Mitfahrerin) zurücklegen zu können (IV-act. 69-5). Im Gegensatz dazu sagte sie anlässlich der orthopädischen Begutachtung am 8. Januar 2020 aus, Flugreisen in ihre Heimat seien möglich (vgl. IV-act. 143-42: "*Sie genieße in der Wohnung und im Freien Blumen und könne nicht angeben, wie oft sie zu ihren in Z.\_\_\_\_ lebenden Eltern fliege.*"). Es ist somit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nunmehr wesentlich besser mit den Beschwerden umgehen kann. Zwar ist festzuhalten, dass aufgrund des von den Gutachtern mehrfach festgehaltenen aggravierenden Verhaltens (vgl. IV-act. 143-27; IV-act. 143-42 ff.) sowie der tatsachenwidrigen Angaben in fast sämtlichen Bereichen (IV-act. 143-31 [Eltern seien alt]; IV-act. 68-11 [Vater sei vor längerer Zeit verstorben]; IV-act. 143-32 [Angabe zwei Töchter]; IV-act. 143-24 [drei Töchter]) die Möglichkeit einer Objektivierung der Funktionsfähigkeiten erheblich eingeschränkt ist. Der neurologische und der orthopädische Sachverständige kamen jedoch in Kenntnis sämtlicher (erschwerenden) Umstände in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 19. Oktober 2020 nachvollziehbar zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand nunmehr stabilisiert habe (vgl. IV-act. 160). Damit einhergehend ist auch die getroffene Arbeitsfähigkeitseinschätzung von 75 % gegenüber den früheren 50 % nachvollziehbar. Berichte, die diese medizinische Schlussfolgerung in Zweifel ziehen würden, liegen nicht im Recht.

**4.4.5.** Zudem ist in der konkreten Fallkonstellation hervorzuheben, dass Dr. B.\_\_\_\_ zwar diverse Inkonsistenzen beschrieben hat, mit Blick auf die kurz zuvor diagnostizierte



akute Lumboischialgie und insbesondere gestützt auf die Aussage der Beschwerdeführerin, sie könne das Haus nicht mehr alleine verlassen, zum Schluss gelangte, dass limitierende Rückenbeschwerden trotz extremer Selbstlimitierung angenommen werden müssten und eine periphere Neuropathie nicht ausgeschlossen werden könne (IV-act. 69-9 f.). Selbst würde somit angenommen, dass in tatsächlicher Hinsicht keine Angewöhnung an die Beschwerden stattgefunden hat, bestünde in Fällen wie dem Vorliegenden stets eine Beweislosigkeit, zumal aufgrund der diversen Unstimmigkeiten ein Vergleich jeweils verunmöglicht wird. Das würde dem Sinn und Zweck des Art. 17 Abs. 1 ATSG diametral zuwiderlaufen. Vorliegend ist daher der beim orthopädischen und neurologischen Teilgutachten vom 8. Januar 2020 mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesene Sachverhalt mit jener Sachverhaltsannahme zu vergleichen, die dem ursprünglichen rheumatologischen Teilgutachten zugrunde gelegt worden ist. Aufgrund dieses Vergleichs insbesondere gestützt auf die Aussagen der Beschwerdeführerin ist eine Angewöhnung bzw. ein besserer Umgang mit den Beschwerden mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt (vgl. vorstehende E. 4.4.4).

**4.5.** Nach dem Gesagten steht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit fest, dass aufgrund der zwischenzeitlichen Anpassung an die Beschwerden und der dadurch erhöhten Arbeitsfähigkeit trotz im Wesentlichen unverändertem Gesundheitszustand ein Revisionsgrund vorliegt (vgl. zum Ganzen Urteil des Bundesgerichts vom 10. Juni 2021, 9C\_434/2020).

## **5.**

**5.1.** Es bleibt daher der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (vgl. BGE 141 V 9 E. 6.1; vorstehende E. 3.1). Entsprechend ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu prüfen, ob dem von der IV-Stelle in Auftrag gegebene Gutachten Beweiswert zukommt.

**5.2.** 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 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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 der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2 und vom 15. Oktober 2020, 8C\_370/2020, E. 7.2).

### 5.3.

**5.3.1.** Gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. J.\_\_\_\_ wendet die Beschwerdeführerin zunächst ein, der Sachverständige widerspreche sich in seinem Teilgutachten selber, indem er ausführe, in absehbarer Zeit werde die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit nachgehen können, gleichzeitig jedoch von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit ausgehe (IV-act. 156-4 Rz. 7). Zudem widerspreche die Diagnose im psychiatrischen Teilgutachten jener der behandelnden Psychiaterin.

**5.3.2.** Im psychiatrischen Teilgutachten vom 8. Januar 2020 wurden eine leichte depressive Episode (ICD-10: F32.00) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) als Diagnosen erhoben. Der Sachverständige mass diesen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu. Er führte aus, der affektive Kontakt sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei depressiv mit verminderter Freude und einem gewissen Interessensverlust gewesen. Die Beschwerdeführerin habe Ängste angegeben, wieder an Krebs zu erkranken. Sie sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Es hätten Konzentrationsstörungen bestanden, indem sie auf die gestellten Fragen zum Teil auch länger mit der Antwort zugewartet habe, wenn sie nach Lebensdaten gefragt worden sei, aber auch bereits auf Fragen nach der Anzahl der Kinder und Geschwister. Es sei



indes aufgefallen, dass sie doch recht aufmerksam gewesen sei und als der Sachverständige die Identitätskarte angeschaut und sie nach dem Aufenthaltsstatus gefragt habe, sie sofort und richtig habe antworten können, dass sie die schweizerische Staatsbürgerschaft erworben habe. Hinweise auf Suizidalität hätten nicht bestanden. Sie falle insbesondere nicht aus dem sozialen Rahmen der Familie. Aufgrund der noch bestehenden Ressourcen sei es der Beschwerdeführerin möglich, acht Stunden bezogen auf ein 100 %-Pensum in der angestammten Tätigkeit zu arbeiten (IV-act. 143-34 ff.).

**5.3.3.** Im Bericht vom 1. Juni 2021 führten die Behandler aus, die Beschwerdeführerin stehe seit dem 5. Mai 2011 in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Sie werde stets von einem Familienmitglied zu den abgemachten Terminen begleitet, da sie selber nicht in der Lage sei, ohne Begleitung nach F.\_\_\_\_ zu reisen. Es sei die gleiche Kleidung (schwarze Trainerhosen, schwarzes T-Shirt und Schuhe) bei der Beschwerdeführerin aufgefallen. Dabei wirke sie immer ordentlich gepflegt. Die Beschwerdeführerin sei seit Jahren zeitlich desorientiert, räumlich situativ orientiert. Der verbale Kontakt sei herstellbar, allerdings mit deutlich ersichtlich reduziertem affektivem Kontakt. Auf die gestellten Fragen gebe sie immer wieder knappe und inadäquate Antworten. Im formalen Denken sei sie stets verlangsamt, berichte immer wieder über Ängste und klage über Übelkeit, ein Ziehen und Druck im Brustbereich. Die kognitiven Fähigkeiten seien deutlich eingeschränkt. Sie wisse die Daten von wichtigen Lebensereignissen aus ihrem Leben nicht. Sie berichte stets, schlecht geschlafen zu haben und dass sie sich ihren eigenen Tod vorstelle. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin stets deprimiert, interessen- und willenlos und habe häufig Selbstmordgedanken. Aufgrund der schweren depressiven Symptomatik könne der Beschwerdeführerin keine Arbeitsfähigkeit attestiert werden (IV-act. 169).

**5.3.4.** Am 12. Juli 2021 nahm die RAD-Ärztin Dr. O.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, abschliessend zum medizinischen Sachverhalt Stellung und kam zum Schluss, dass der Bericht der Behandler sowohl fachlich als auch inhaltlich in keiner Weise nachvollziehbar sei. Die Behandler hätten eine schwere depressive Symptomatik angegeben, beschrieben jedoch zugleich eine immer ordentlich gepflegte Beschwerdeführerin. Erfahrungsgemäss wiesen die Betroffenen bei einer schweren depressiven Symptomatik aufgrund schwerer Antriebstörungen massive Probleme im hygienischen Bereich auf. Zudem solle seit Jahren eine zeitliche und räumliche Desorientierung, Konfabulation und Störungen des Langzeitgedächtnisses vorliegen. Diese Symptomatik decke sich nicht mit der Diagnose einer schweren depressiven Episode. Desorientierung und Konfabulation seien typische Merkmale einer



dementiellen Erkrankung. Selbst bei einer Demenz bleibe aber das Langzeitgedächtnis noch viele Jahre intakt (IV-act. 170).

**5.3.5.** Wie die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme zu Recht feststellte, nahm der psychiatrische Sachverständige ausführlich Stellung zu der zeitlichen Desorientierung. Überdies hielt er fest, die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, noch Flugreisen in ihre Heimat unternehmen zu können, gehe nicht mit den üblichen Symptomen einer schweren depressiven Episode einher (IV-act. 143-36). Das psychiatrische Fachgutachten erfüllt sodann die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien an ein beweiskräftiges verwaltungsexternes Gutachten. Es beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt sämtliche geklagten Beschwerden und ist verglichen mit der Einschätzung seiner behandelnden Psychiaterin insbesondere in Kenntnis der gesamten medizinischen Aktenlage abgegeben worden. Es äussert sich zudem detailliert zu den der Beschwerdeführerin noch verbleibenden Ressourcen und kommt namentlich auf der Basis einer umfassenden und evidenzbasierten Analyse auch psychosozialer Belastungsfaktoren zum Schluss, dass ihre Funktionsfähigkeiten nicht eingeschränkt sind. Diese Schlussfolgerung ist nachvollziehbar und nicht zu beanstanden.

**5.3.6.** Überdies sind die Einschätzungen behandelnder Ärzte und Ärztinnen aufgrund deren auftragsrechtlicher Vertrauensstellung im Allgemeinen nur zurückhaltend zu berücksichtigen (vgl. BGE 125 V 351 E. 3b/cc). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es ausserdem nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte und Ärztinnen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. E. 5.2; statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2 und vom 15. Oktober 2020, 8C\_370/2020, E. 7.2). Ferner kann eine psychiatrische Untersuchung von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson – sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion – daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig oder zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (BGE 145 V 361 E. 4.1.2).



**5.3.7.** Schliesslich ist festzuhalten, dass der nachträglich eingegangene medizinische Bericht der behandelnden Psychiaterin vom 1. Juni 2021 keine objektiven Aspekte aufzeigt, die in dem Administrativgutachten ausser Acht gelassen worden wären. Die abweichende Beurteilung der behandelnden Psychiaterin erfolgte sodann ohne Begründung und ohne jede erkennbare objektive Konsistenz- und Ressourcenprüfung, obwohl sich vorliegend aufgrund des aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin eine besonders sorgfältige Begründung aufgedrängt hätte. Daher vermag die Einschätzung der behandelnden Psychiaterin keine ernsthaften Zweifel an den Ergebnissen der psychiatrischen Begutachtung zu wecken.

**5.3.8.** Nicht berücksichtigt werden kann sodann der im Beschwerdeverfahren eingereichte Austrittsbericht vom 21. September 2022, zumal dieser nach dem Verfügungszeitpunkt datiert und keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand vor Erlass der streitgegenständlichen Verfügung zulässt (vgl. BGE 130 V 445 E. 1.2; Urteil des Bundesgerichts vom 6. Februar 2020, 8C\_305/2019, E. 4.2.3. e contrario).

**5.3.9.** Soweit die Beschwerdeführerin die Schlüssigkeit des psychiatrischen Teilgutachtens aufgrund angeblicher Widersprüche bemängelt, ist auf Folgendes hinzuweisen: Die Beschwerdeführerin nimmt im Einwandverfahren auf den folgenden Satz aus dem Gutachten Bezug: *"Auch unter einer optimalen Behandlung wird hier kaum erreicht werden können, dass die Explorandin in absehbarer Zeit einer Erwerbstätigkeit nachgehen wird."* (IV-act. 143-36). Mit dieser Formulierung hat der Sachverständige nicht die medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit erklärt, sondern einzig Bezug auf ihr subjektives Empfinden genommen. Dies verdeutlichte er mit dem darauffolgenden Satz: *"Die Prognose ist wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung und des chronischen Verlaufs ungünstig."* Inwiefern diese Ausführungen in einem Widerspruch zur medizinisch-theoretischen Arbeitsfähigkeit von 100 % (aus psychiatrischer Sicht) stehen soll, wird nicht nachvollziehbar dargelegt und ist im Übrigen auch nicht ersichtlich.

## 5.4.

**5.4.1.** Wie bereits das psychiatrische Fachgutachten erfüllen auch das allgemeininternistische, orthopädische und neurologische Teilgutachten zweifelsohne die rechtsprechungsgemäss erforderlichen Kriterien an ein beweiskräftiges verwaltungsexternes Gutachten. Die Sachverständigen haben die Beschwerdeführerin persönlich untersucht und nahmen ihre subjektiven Klagen auf. Sie haben den Gesundheitszustand umfassend und mit breitem Fokus abgeklärt sowie eine sorgfältige klinische Untersuchung des gesamten Bewegungsapparates vorgenommen.



Sie nahmen ausführlich Kenntnis von den Vorakten und besprachen diese, soweit sie für ihr jeweiliges Teilgutachten einschlägig waren. Sie führten sodann bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen und nachvollziehbaren Ergebnissen.

**5.4.2.** Dass weder im allgemeininternistischen noch im neurologischen Teilgutachten dem Schwindel eine organische Ursache zugrunde gelegt werden konnte, stimmt entgegen der Darstellung der Beschwerdeführerin mit den anlässlich des Notfallkonsils vom 3. Juni 2019 erhobenen Ergebnissen überein. Die behandelnden Ärzte des KSSG, Klinik für Neurologie, führten in ihrem Bericht aus, für eine zerebrale Ischämie oder Hämorrhagie sei die Symptomatik zu untypisch. Denkbar sei eine erneute Migräne mit Aurora (IV-act. 131-10 ff.). Der neurologische Gutachter führte in Bezug auf die Schwindelproblematik sodann aus, dass die Opiattherapie als Ursache des Schwindels in Betracht gezogen werden müsste (IV-act. 143-45). Auch aus psychiatrischer Sicht konnte die Schwindelproblematik keiner Diagnose zugeordnet werden. Mangels einer solchen Diagnose fehlt es somit an der notwendigen Voraussetzung zur Annahme eines (allenfalls) invalidisierenden Gesundheitsschadens, weshalb keine Arbeitsunfähigkeit begründet werden kann. Zu derselben Erkenntnis führt das geklagte chronische Erbrechen. Dr. med. P.\_\_\_\_, Gastroenterologie Q.\_\_\_\_, fand bereits anlässlich der am 29. August 2011 durchgeführten Ösophago-Gastro-Duodenoskopie kein Korrelat für das rezidivierende Erbrechen (IV-act. 37-4). Auch die behandelnden Ärzte des KSSG, Klinik für Onkologie/Hämatologie, gelangten bereits am 26. August 2011 zum Schluss, dass die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Symptome schwierig zu deuten seien (IV-act. 37-6). Damit verzeichneten die Gutachter zu Recht keinen eigenständigen, eine Arbeitsunfähigkeit begründenden Faktor.

**5.4.3.** Nicht zu beanstanden ist ferner, dass die Sachverständigen nicht explizit Bezug auf die Arztberichte von Dr. D.\_\_\_\_ genommen haben, obwohl seine Arbeitsunfähigkeitseinschätzung nicht bestätigt werden konnte. Denn dem Gutachten ist zu entnehmen (IV-act. 143-15), dass es in Kenntnis sämtlicher Arztberichte von Dr. D.\_\_\_\_ (Vorakten) erstellt wurde und diese entsprechend in die Beurteilung miteingeflossen sind. Die Berichte von Dr. D.\_\_\_\_ enthalten sodann keine Angaben darüber, aufgrund welcher Untersuchungen bei der Beschwerdeführerin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt wurde. Vielmehr gibt er an, aus hausärztlicher Sicht sei die Beschwerdeführerin seit ca. 2012 zu 100 % arbeitsunfähig. Da sie die notwendigen Hausarbeiten kaum mehr selbständig erledigen könne, liege nunmehr auch aus versicherungsrechtlicher Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vor (IV-act. 131-3). Diese Schlussfolgerung erstaunt, zumal nicht bekannt ist, auf welchen medizinischen Befund er sich stützt und die Beschwerdeführerin bereits im Zeitpunkt



der bidisziplinären Begutachtung vom 4. Oktober 2012 festhielt, die Haushaltsarbeiten kaum mehr eigenständig erledigen zu können (vgl. IV-act. 69-5). Die Berichte von Dr. D. \_\_\_ vermögen jedenfalls keine Zweifel an den Feststellungen der Gutachter zum Ausmass der gesundheitsbedingten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Dass die Gutachter angesichts der erhobenen Befunde und Diagnosen von einer 75 %-igen Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit ausgingen, ist daher nachvollziehbar und vermögen zu überzeugen.

**5.5.** Gestützt auf das vorliegende beweiskräftige Gutachten besteht somit bidisziplinär eine um 25 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit für körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten (vgl. IV-act. 143-10 f.).

## **6.**

**6.1.** Zu prüfen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen.

**6.2.** Gegen die Berechnung des Valideneinkommens bringt die Beschwerdeführerin zu Recht keine Einwände vor. Solche sind im Übrigen auch nicht ersichtlich. Wie im Urteil des Versicherungsgerichts vom 7. Juli 2015 ist gestützt auf die Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin deshalb von einem Valideneinkommen von Fr. 67'753.-- (aufindexiertes Einkommen) auszugehen (vgl. zur Berechnung IV-act. 147).

## **6.3.**

**6.3.1.** Zu klären bleibt die Höhe des Invalideneinkommens. Wie die Parteien übereinstimmend (act. G1 und G6) zu Recht festhalten, ist als Grundlage für das Invalideneinkommen auf die Tabelle TA1 2015, total alle Wirtschaftszweige, Kompetenzniveau 1, Frauen, der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen. Gemäss dieser Tabelle beträgt der Jahreslohn für ein Vollzeitpensum Fr. 54'055.-- (siehe Anhang 2 der von der Informationsstelle AHV/IV herausgegebenen IV-Textausgabe, Ausgabe 2022, S. 278). Bei einem Pensum von 75 % beträgt der Jahreslohn entsprechend Fr. 40'541.--.

**6.3.2.** Die Beschwerdeführerin bringt gegen die Berechnung des Invalideneinkommens ferner vor, dass ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen sei.

**6.3.3.** Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit



einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug, welcher nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb und b/bb). Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen – auch von invaliditätsfremden Faktoren – des konkreten Einzelfalles ab (namentlich leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad), die nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen sind.

**6.3.4.** Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist kein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt. In einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit ist sie praktisch nicht eingeschränkt (vgl. RAD-Stellungnahme vom 15. Oktober 2020, IV-act. 107). Da die Beschwerdeführerin aufgrund der Notwendigkeit, immer wieder Pausen einlegen zu müssen, ihre Arbeitsleistung nicht konstant zuverlässig und auch nicht hinreichend flexibel erbringen dürfte, könnte sich praxisgemäss höchstens ein Tabellenlohnabzug von zehn Prozent rechtfertigen. Da diesem Umstand im Gutachten bereits genügend Rechnung getragen wurde, indem ihr eine Arbeitsfähigkeit von 75 % unter Berücksichtigung eines erhöhten Pausenbedarfs attestiert wurde (IV-act. 137-46), ist folglich kein Tabellenlohnabzug mehr zu berücksichtigen.

**6.3.5.** Soweit die Beschwerdeführerin den Abzug aus ihrem fortgeschrittenen Alter herleitet, ist festzuhalten, dass der Beschwerdeführerin mit ihren 49 Jahren noch gut 15 Jahre bis zur ordentlichen Pensionierung verbleiben und entsprechend nicht von einem fortgeschrittenen Alter auszugehen ist. Überdies ist mit der Beschwerdegegnerin darauf hinzuweisen, dass sich ein solches insbesondere im Bereich des Kompetenzniveaus 1 nicht zwingend lohnsenkend auswirken muss (statt vieler BGE 146 V 16 E. 4.1). Die von der Beschwerdeführerin aufgeführten mangelnden Sprachkenntnisse sowie die ungenügende Ausbildung sind sodann rechtsprechungsgemäss nicht abzugsrelevant, da diesen Aspekten bereits bei der Wahl des Kompetenzniveaus Rechnung getragen wird (Urteil des Bundesgerichts vom 26. November 2019, 8C\_549/2019, E. 7.7). Im Übrigen hat der orthopädische Sachverständige festgehalten, dass die Untersuchung teilweise auf Deutsch habe durchgeführt werden können (vgl. IV-act. 143-42). Zudem ist festzuhalten, dass die Sprachbarriere der Beschwerdeführerin auch bereits früher nicht geschadet hat.



**6.4.** Ohne Tabellenlohnabzug ist für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Invalideneinkommen von Fr. 40'541.-- dem Valideneinkommen von Fr. 67'753.-- gegenüberzustellen (vgl. Art. 16 ATSG). Vorliegend ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 40.1 %. Bei einem IV-Grad von 40 % hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Viertelsrente (Art. 28 Abs. 2 IVG). Bei diesem Rentenanspruch bliebe es im Übrigen auch bei Berücksichtigung eines Tabellenlohnabzugs von 10 %.

## 7.

**7.1.** Auszugehen ist vom Grundsatz der Selbsteingliederungspflicht (vgl. [BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2](#)). Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind zwar – nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben – praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen vor Rentenaufhebung setzt jedoch den Eingliederungswillen bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus; fehlt es daran, entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (SVR 2019 IV Nr. 3 S. 6, Urteil des Bundesgerichts vom 22. März 2022, 8C\_736/2021, E. 6.2).

**7.2.** Mit der Beschwerdegegnerin ist festzuhalten, dass aufgrund der erheblichen Selbstlimitierung der Beschwerdeführerin nicht angenommen werden kann, dass sie sich in der Lage sieht, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Dies wird im Übrigen auch von der Beschwerdeführerin nicht geltend gemacht (vgl. IV-act. 143-36). Der Anspruch auf Wiedereingliederungsmassnahmen wurde somit zu Recht abgewiesen.

**7.3.** Nach dem Gesagten erweist sich die Renteneinstellung somit als nicht rechtmässig. Die Rente ist auf den nämlichen Zeitpunkt von einer Dreiviertelsrente auf eine Viertelsrente herabzusetzen.

## 8.

**8.1.** 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 vom vollständigen Obsiegen der



## St.Galler Gerichte

Beschwerdeführerin auszugehen, weil diese mit ihrem Hauptanliegen – der Korrektur der von ihr als rechtswidrig erachteten Verfügung und der Weiterausrichtung einer Rente, wenn auch in geringerer Höhe – vollumfänglich durchgedrungen ist (vgl. betreffend "Überklagung" das Urteil des Bundesgerichts vom 7. Januar 2016, 9C\_288/2015, E. 4.2). Die Gerichtskosten sind deshalb der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen; das Gericht wird der Beschwerdeführerin den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss zurückerstatten.

**8.2.** 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 der Honorarordnung (HonO; sGS 963.75) pauschal Fr. 1'500.-- bis Fr. 15'000.--. Am 29. September 2022 reichte Rechtsanwältin Dr. Brenner eine Kostennote für das Beschwerdeverfahren ein (act. G19.2). Darin macht sie ein Honorar von Fr. 3'360.25 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) geltend. Mit Blick auf vergleichbare Fälle erscheint das geltend gemachte Honorar angemessen. Da nach dem Gesagten vom vollständigen Obsiegen der Beschwerdeführerin auszugehen ist, hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'360.25 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) auszurichten.

### Entscheid

im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP

#### 1.

In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die angefochtene Verfügung vom 13. September 2021 aufgehoben und die Dreiviertelsrente ab dem 1. November 2021 auf eine Viertelsrente herabgesetzt. Zur Festsetzung und Ausrichtung der Leistung wird die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen.

#### 2.

Die Beschwerdegegnerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der Kostenvorschuss ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

#### 3.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von Fr. 3'360.25 (einschliesslich Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.