

# **BL\_GERICHTE 720 20 118/289 vom 29. August 2001**

BL Gerichte, 2001-08-29, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl\\_gerichte\\_720\\_20\\_118\\_289](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_20_118_289)

FR: BL\_GERICHTE 720 20 118/289 du 29 août 2001

IT: BL\_GERICHTE 720 20 118/289 del 29 agosto 2001

## **Regeste**

IV-Rente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die frist- und formgerecht erhobene Beschwerde vom 13. März 2020 ist demnach einzutreten.

### **E. 2**

Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.

#### **E. 2.1**

Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid sind (lit. c).

#### **E. 2.2**

Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach dem im Rahmen der 5.

IV-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft gesetzten Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

### **E. 2.3**

Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (BGE 128 V 30 E. 1).

### **E. 2.4**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.1 Nach Art. 17 ATSG sind laufende IV-Renten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Zu denken ist dabei in erster Linie an eine wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes der versicherten Person. Darüber hinaus ist die Rente aber auch revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 E. 3.5 mit Hinweisen). Eine abweichende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen alleine führt nicht zu einer materiellen Revision. Bloss auf einer anderen Wertung beruhende, revisionsrechtlich unerhebliche Differenzen sind von revisionsbegründenden tatsächlichen Veränderungen deshalb abzugrenzen. Eine ärztliche Schlussfolgerung, die von der früheren abweicht, obwohl sich der beurteilte Gesundheitszustand effektiv nicht verändert hat, ist meist auf eine unterschiedliche Ausübung des medizinischen Ermessens (vgl. dazu BGE 137 V 253 E. 3.4.2.3) zurückzuführen (vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 29. August 2011, 9C\_418/2010, E. 4.1 mit weiteren Hinweisen). Zeitliche Vergleichsbasis für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht (BGE 133 V 114 E. 5.4; vgl. auch BGE 130 V 75 ff. E. 3.2.3). Dabei braucht es sich nicht um eine formelle Verfügung (Art. 49 ATSG) zu handeln. Ändert sich nach durchgeführter Rentenrevision als Ergebnis einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs nichts und

eröffnet die IV-Stelle deswegen das Revisionsergebnis gestützt auf Art. 74 ter lit. f IVV auf dem Weg der blossen Mitteilung (Art. 51 ATSG), ist im darauffolgenden Revisionsverfahren zeitlich zu vergleichender Ausgangssachverhalt derjenige, welcher der Mitteilung zugrunde lag (Urteil des Bundesgerichts vom 25. Juli 2013, 8C\_441/2012, E. 3.1.2 mit Hinweisen). 3.2 Der letzte Revisionsentscheid datiert vom 4. Juli 2012. Als Grundlage für diesen Entscheid wurde eine Magnetresonanztomographie (MRT) der Halswirbelsäule (HWS) sowie ein Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Innere Medizin, herangezogen. Dabei handelt es sich jedoch nicht um einen rechtsgenügenden Referenzsachverhalt im hiervor erwähnten Sinne. Eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit einer vertieften Abklärung des medizinischen Sachverhalts erfolgte durch ein im Januar 2010 eingeleitetes Revisionsverfahren, welches mit Mitteilung der IV-Stelle vom 21. Juli 2010 abgeschlossen wurde. Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung der Frage, ob bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2020 eine erhebliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, bildet demnach die Situation, wie sie im Zeitpunkt der Mitteilung der IV-Stelle vom 21. Juli 2010 bestanden hatte. 4.1 Zur Feststellung der medizinischen Verhältnisse ist die rechtsanwendende Behörde auf Unterlagen angewiesen, die ihr von Ärztinnen und Ärzten zur Verfügung zu stellen sind (BGE 122 V 158 f. E. 1b mit zahlreichen Hinweisen). Das Gericht hat diese Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG) - wie alle anderen Beweismittel - frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines ärztlichen Berichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 232 E. 5.1, 125 V 352 E. 3a, 122 V 160 E. 1c). Einem Gutachten externer Spezialärzte, welche von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt wurden und den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechen, darf das Gericht vollen Beweiswert zuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 469 E. 4.4). 4.2 Die Verwaltung als verfügende Instanz und im Beschwerdefall das Gericht dürfen eine Tatsache nur dann als bewiesen annehmen, wenn sie von ihrem Bestehen überzeugt sind. Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nichts Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen. Die blosser Möglichkeit eines bestimmten Sachverhaltes genügt den Beweisanforderungen nicht. Das Gericht hat vielmehr jener Sachverhaltsdarstellung zu folgen, die es von allen möglichen Geschehensabläufen als die wahrscheinlichste würdigt

(BGE 138 V 218 E. 6 mit diversen Hinweisen). Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur, wenn die Voraussetzungen dafür mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt sind. 5.1 Der Rentenzusprache aus dem Jahr 2010 liegt das interdisziplinäre Gutachten des Zentrums für medizinische Begutachtung Basel (ZMB) vom 27. Mai 2010 mit Ausrichtung Innere Medizin, Rheumatologie und Psychiatrie zugrunde. In der internistischen Beurteilung wurden keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt. Aus rheumatologischer Sicht wurde festgestellt, es bestehe eine ausgeprägte, diffuse Schmerzsymptomatik sämtlicher Körperregionen bei klinisch im Bereich des axialen Skeletts ausgeprägter Fehlhaltung der Wirbelsäule mit muskulärer Dekonditionierung und muskulärer Dysbalance ohne Hinweise auf radiculäre oder pseudoradiculäre Schmerzausstrahlung in die unteren oder oberen Extremitäten. Im Gegensatz zur ausgeprägten subjektiven Schmerzsymptomatik würden im Bereich der Halswirbelsäule (HWS) und der Lendenwirbelsäule (LWS) radiologisch lediglich altersentsprechende degenerative Veränderungen bestehen. Es bestünden keine Hinweise auf relevante Instabilitäten der HWS und keine Hinweise auf eine atlanto-axiale Instabilität. Die 2009 diagnostizierte chronische Polyarthritiden sei unter Basistherapie vollständig remittiert. Auch an Händen und Füßen würden die Röntgenbilder keine wesentlichen, über die Altersnorm hinausgehenden degenerativen Veränderungen oder Hinweise auf entzündliche Erosionen und Usuren zeigen. Zusammenfassend bestehe eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und den subjektiven Angaben der Explorandin, welche sich aus rheumatologischer Sicht nicht völlig erklären liessen. Es sei eine ausgeprägte Ausweitungstendenz anzunehmen. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine körperlich leichte Tätigkeit ohne Tragen von Lasten über 10 kg mit der Möglichkeit, abwechselnd zu stehen und zu sitzen, keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht wurden als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige bis schwere Episode mit ausgeprägter Somatisierungstendenz bei somatischer Komorbidität sowie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45) respektive eine somatoforme Überlagerung gestellt. Die Explorandin wirke leidend und die depressive Stimmungslage werde sehr schnell offensichtlich. Sie imponiere erschöpft, sei deutlich antriebsvermindert, zeige eine verminderte affektive Schwingungsfähigkeit und wirke insgesamt schwer depressiv. Das formale Denken erscheine verlangsamt. Auf der Hamilton-Skala erreiche sie vorsichtig gewertete 24 Punkte, was einer mittelschweren Depression entspreche. Im mit Hilfe der Dolmetscherin ausgefüllten Beck-Depressionsinventar erreiche sie vorsichtig gewertete 27 Punkte und damit einen Wert, der einer schweren Depression entspreche. Das depressive Leiden zeige sich im Sinne einer ausgeprägten Erschöpfung, in Störungen des Selbstwertgefühls, in Schlafstörungen und einem Morgentief. Das Leiden scheine mindestens teilweise bei einer neurotischen Tendenz auch charakterlich fixiert, sodass der Explorandin die Überwindung ihres psychischen Leidens aus eigener Kraft nicht möglich sei. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin nicht arbeitsfähig und die Prognose bezüglich der Möglichkeit der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei insgesamt schlecht. 5.2 Der strittigen Rentenrevision liegen diverse ärztliche Unterlagen zu Grunde. Im Folgenden sollen indessen lediglich diejenigen Gutachten und Berichte wiedergegeben werden, welche sich für den Entscheid als zentral erweisen. 5.2.1 Im Rahmen des aktuellen Rentenrevisionsverfahrens beauftragte die IV-Stelle Dres. B.\_\_\_\_ sowie C.\_\_\_\_ mit einem rheumatologisch-psychiatrischen Gutachten, welches am 3. September 2018 erstattet wurde. Demnach haben im rheumatologischen Fachteil mit Auswirkung auf die

Arbeitsfähigkeit die Diagnosen einer seropositiven, nicht erosiven rheumatoiden Arthritis, einer Spondylarthritis und eines myotendinotischen panvertebralen Schmerzsyndroms erhoben werden können. Der rheumatologische Gutachter Dr. B.\_\_\_\_ verweist auf die grosse Diskrepanz zwischen den subjektiv beklagten Beschwerden am Bewegungsapparat, für die sich keine entsprechenden organischen Korrelate finden würden. So liessen sich für die diffusen Beschwerden im Rückenbereich, im Bereich der Brustwirbelsäule bis zum Nacken in die latero-cervicale Region keine relevanten degenerativen oder entzündlichen Veränderungen der HWS, der Brustwirbelsäule (BWS) und der LWS finden. Die Beweglichkeit sei anlässlich der Untersuchung ohne Funktionseinschränkung normal erhalten gewesen. Auch bezüglich der geklagten Hüftbeschwerden hätten sich radiomorphologisch keine Entzündungen oder degenerative Veränderungen gezeigt. Die Beweglichkeit der Hüftgelenke zeige sich altersentsprechend unauffällig und es gebe keine Hinweise auf femoroacetabuläre Funktionsstörungen. Die seropositive, nicht erosive rheumatoide Arthritis bleibe unter Basistherapie in Remission. Der seit 2011 festgestellte entzündliche axiale Befall habe sich seither weder in andere Segmente der Wirbelsäule ausgedehnt noch im Bereich der Sakroiliakgelenke zugenommen; es persistiere nur ein minimales sehr flaves Oedem im Os Sakral und im Os Ilium rechts. Zudem fänden sich altersentsprechend beginnende leichtgradige degenerative Veränderungen der Kniegelenke und Spreizfüsse beidseits bei normal erhaltener Funktion. Seit 1999 sei anhand der grossen Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren Veränderungen am Bewegungsapparat eine Schmerzverarbeitungsstörung festgestellt worden, auf der auch eine diffuse myotendinotische Verspannung der paravertebralen Muskulatur vom cervicalen bis glutealen Bereich im Rahmen einer muskulären Dekonditionierung beruhe. Diese Störung beeinflusse seit dem Ausbruch der rheumatoiden Arthritis zumindest den Verlauf der subjektiven Beschwerden. Als Folgen der Schmerzverarbeitungsstörung nach langjähriger Selbstlimitierung habe sich das Bilde einer muskulären Dysbalance und muskulären Dekonditionierung im Bereich des axialen Skelettes mit Bildung myotendinotischer Verspannungen der paravertebralen Muskulatur und einer insuffizienten paravertebralen und abdominalen Muskulatur etabliert. Der Gutachter verweist in diesem Zusammenhang auf die psychiatrische Komorbidität und darauf, dass sich seit der Begutachtung 2010 keine neuen erheblichen Aspekte im Bewegungsapparat ergeben hätten. Aus medizinischer Sicht bestehe deshalb keine relevante Arbeitsunfähigkeit für eine leichte körperliche Tätigkeit ohne Tragen von Lasten über 10 kg, mit der Möglichkeit abwechselnd zu stehen und zu sitzen, weder in der angestammten noch in einer Verweistätigkeit. Dies gelte auch unter Berücksichtigung des im November 2017 entdeckten Nierenzellkarzinoms. Der Ausgang dieser Erkrankung erscheine günstig, da keine lymphonodale bzw. Fernmetastasierung festgestellt werden könne. Es handle sich um eine zentrale Neoplasie der linken Niere, die operativ in toto abgetragen worden sei. Es sei somit keine onkologische Nachsorge zu erwarten.

5.2.2 Aus psychiatrischer Sicht stellte Dr. C.\_\_\_\_ ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Die in den Akten mehrfach gestellte Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung könne nicht länger bestätigt werden. Die Explorandin befinde sich nicht in psychiatrischer Behandlung und werde auch nicht antidepressiv behandelt. Ausser gelegentlichen, leichten depressiven Verstimmungen hätten keine Zeichen einer depressiven Störung festgestellt werden können. Die leichten depressiven Verstimmungen seien im Rahmen der Schmerzstörung

einzuordnen. Die rezidivierende depressive Störung sei remittiert. Des Weiteren fühle sich die Explorandin seit Jahren aufgrund der geklagten somatischen Beschwerden nicht arbeitsfähig. Das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht arbeiten zu können, würden durch die somatischen Befunde nicht hinreichend objektiviert, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Sie sei im Alltag nicht durch schwere, quälende Schmerzen beeinträchtigt, gestalte den Alltag trotz der geklagten Beschwerden relativ aktiv. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden; es handle sich vielmehr um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin damit in jeder beruflichen Tätigkeit zu 100% arbeitsfähig.

6.1 Die IV-Stelle stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 13. Februar 2020 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vollumfänglich auf das bidisziplinäre (rheumatologisch und psychiatrisch) Gutachten der Dres. B. \_\_\_\_ und C. \_\_\_\_ vom 3. September 2018 sowie die Stellungnahmen ihres RAD. Gestützt darauf ging sie davon aus, dass eine Verbesserung in den gesundheitlichen Verhältnissen eingetreten sei. Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist trotz der Kritik der Beschwerdeführerin am Gutachten (vgl. dazu die nachstehenden Erwägungen) im Ergebnis nicht zu beanstanden. Wie in Erwägung 4.1 hiervor dargelegt, prüft das Gericht frei, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Hinsichtlich des Beweiswerts eines Arztberichts ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge einleuchtet und seine Schlussfolgerungen begründet sind. Vorliegend sind keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse im bidisziplinären Gutachten der Dres. B. \_\_\_\_ und C. \_\_\_\_ vom 3. September 2018 in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Es ist vielmehr festzuhalten, dass das Gutachten die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage erfüllt. So weist es weder formale noch relevante inhaltliche Mängel auf und beruht auf allseitigen Untersuchungen. Die Versicherte wurde hinreichend rheumatologisch und psychiatrisch exploriert. Die entsprechenden, vorstehend (vgl. E. 5.2.1 und 5.2.2 hiervor) wiedergegebenen Darlegungen im Gutachten von Dres. B. \_\_\_\_ und C. \_\_\_\_ vom 3. September 2018 vermögen im Ergebnis zu überzeugen, sodass darauf verwiesen werden kann.

6.2 Betreffend das psychiatrische Gutachten von Dr. C. \_\_\_\_ vom 3. September 2018 macht die Beschwerdeführerin geltend, dass die Umstände, aufgrund welcher der Gutachter eine somatoforme Schmerzstörung ausschliesse, nicht nachvollziehbar seien, obschon diese bis anhin stets von unterschiedlichen Ärzten diagnostiziert worden sei. Es liege diesbezüglich keine Auseinandersetzung mit früheren ärztlichen Einschätzungen vor. Zudem sei nicht ersichtlich, dass Dr. C. \_\_\_\_ eine genügend detaillierte Prüfung der Standardindikatoren in Bezug auf das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung vorgenommen habe. Damit geht die Beschwerdeführerin jedoch fehl. Mit der Praxisänderung des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) in Bezug auf die Beurteilung des Anspruchs auf eine Invalidenrente wegen somatoformer Schmerzstörungen und vergleichbarer psychosomatischer Leiden wurde die früher geltende Vermutung aufgegeben, wonach solche Leiden in der Regel mit zumutbarer Willensanstrengung überwindbar sind. Massgebend sind neu in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Diese hat das Bundesgericht wie folgt systematisiert: Der erste Indikatoren-Komplex steht unter dem Titel

«Gesundheitsschädigung». Darunter sind die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde, der Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz und die Komorbiditäten zu würdigen. Im zweiten, die «Persönlichkeit» betreffenden Indikatoren-Komplex wird nach der Persönlichkeitsentwicklung und -struktur gefragt und es sind die persönlichen Ressourcen der versicherten Person zu eruieren. Im dritten Indikatoren-Komplex schliesslich ist unter dem Titel «Sozialer Kontext» eine Eruierung der Ressourcen anhand des sozialen Umfelds vorzunehmen. Anhand der ermittelten Indikatoren ist schliesslich die «Konsistenz» zu prüfen. Darunter fallen verhaltensbezogene Kategorien wie die Indikatoren einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und eines behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks (BGE 141 V 281 E. 4). Vorliegend findet eine Prüfung der Standardindikatoren statt. So finden sich Aussagen zu den Indikatoren Persönlichkeitsdiagnostik, sozialer Kontext, gleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen sowie behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck. Der Gutachter stützt sich dabei auf die Schilderungen der Beschwerdeführerin in der Begutachtung. Das Aufstehen bereite ihr keine Mühe. Sie mache kleinere Einkäufe, bereite einfache Mahlzeiten zu und erledige leichtere Putzarbeiten. Praktisch täglich mache sie einen ca. einstündigen Spaziergang, wobei sie entweder mit ihren Kolleginnen oder ihrem Mann unterwegs sei. Eine Nachbarin sehe sie täglich; mit ihr habe sie eine sehr gute Beziehung. Wenn sie Zeit habe, schaue sie fern oder lese etwas. 2016 sei sie in der Türkei und 2018 auf Zypern in den Ferien gewesen. Dr. C.\_\_\_\_ stellte in der Begutachtung fest, dass die Explorandin zwar über Schmerzen klage, den Alltag dennoch aktiv gestalte. Sie schone sich etwas und leiste keine schweren Arbeiten. Im Alltag sei sie aber nicht durch schwere, quälende Schmerzen beeinträchtigt und ein Leidensdruck sei kaum feststellbar gewesen. Aus dem Umstand, dass das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Krankheitsüberzeugung, nicht arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht hinreichend haben objektiviert werden können, nahm der Gutachter eine psychische Überlagerung an. Aufgrund dieser Ausführungen legte Dr. C.\_\_\_\_ überzeugend dar, weshalb er eine somatoforme Schmerzstörung ausschloss und der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren den Vorzug gab (ICD-10 F45.41). 6.3 Weiter kritisiert die Beschwerdeführerin, Dr. C.\_\_\_\_ schliesse aus ihren körperlichen Aktivitäten, dass kein Rückzug in allen Lebenslagen bestehe. Dabei habe sie explizit erwähnt, sich immer zu körperlichen Aktivitäten zu zwingen aus Angst davor, im Rollstuhl zu enden. Diesem Einwand kann nicht gefolgt werden. Der Gutachter hat einen fehlenden Rückzug nicht aufgrund der täglichen Spaziergänge angenommen. Vielmehr begründete er einen fehlenden sozialen Rückzug durch ihre täglichen Kontakte zu ihren Nachbarinnen sowie mit Aktivitäten wie die gelegentlichen Besuche bei Verwandten oder ihre Ferien 2016 in der Türkei und 2018 auf Zypern. 6.4 Weiter bringt die Beschwerdeführerin vor, dass man sich in ihrem Kulturkreis für eine Depression schäme. Darum befinde sie sich diesbezüglich auch nicht in Behandlung. Auch hieraus kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Im Rahmen der interdisziplinären medizinischen Begutachtung 2010 hatte sie auf die Frage, warum keine psychiatrische Betreuung stattgefunden habe, vorgebracht, sie befürchte durch eine zusätzliche Einnahme von Medikamenten eine Verschlechterung ihres Zustands. Im Rahmen der zu prüfenden Standardindikatoren weist die Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen auf den tatsächlichen Leidensdruck hin, der einen für eine zu stellende Diagnose mitentscheidenden Faktor darstellt. Bereits in

den psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, von 2001 und 2008 wie auch im ZMB-Gutachten von 2010 wurde auf die unterlassene psychiatrische Behandlung und die Ablehnung der mehrfach empfohlenen medikamentösen Massnahmen hingewiesen. Auch wenn es der Beschwerdeführerin schwerfallen mag, zu ihren psychischen Leiden zu stehen, ist davon auszugehen, dass sie entsprechende Hilfsangebote angenommen hätte, wenn es ihr derart schlecht gehen würde, wie dies von ihr geltend gemacht wird. Ferner hätten die behandelnden Ärzte oder ihr vertrautes Umfeld sie mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zur Wahrnehmung solcher Angebote gedrängt.

6.5 Die Beschwerdeführerin wendet darüber hinaus ein, dass das rheumatologische Gutachten von Dr. B.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2018 den aktuellen Gesundheitszustand nicht widerspiegelt; dieser habe sich zwischenzeitlich verschlechtert. Hierzu verweist sie auf den Austrittsbericht des Spitals X.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2020, den Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Ophthalmologie und Radiologie, vom 11. Dezember 2019 und den provisorischen Austrittsbericht des Spitals X.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2019. Der Untersuchungstermin liege bereits knapp zwei Jahre zurück und das Gutachten sei veraltet. Diesen Einwänden kann ebenfalls nicht gefolgt werden. Ein Zeitraum von etwas mehr als zwei Jahren zwischen der Erstattung des als massgebend erachteten Gutachtens und dem Erlass der Verfügung bedeutet für sich allein noch keine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, wenn bei fehlenden Hinweisen auf eine Veränderung des Gesundheitszustandes weiterhin darauf abgestellt werden kann (Urteil des Bundesgerichts vom 21. August 2017, 9C\_114/2017, E. 7.3.3). Gemäss Dr. F.\_\_\_\_ habe sehr wahrscheinlich der Bluthochdruck zu einem Hyposphagma nasal geführt, was jedoch keine vom Gutachten abweichende Beurteilung zu begründen vermag. Wie Dr. med. G.\_\_\_\_, RAD, Facharzt für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin, in der Aktennotiz vom 25. März 2020 zu Recht einwendet, ist der hohe Blutdruck seit langem aktenkundig und das Hyposphagma nasal - eine Einblutung zwischen Lederhaut und Bindehaut des Auges ohne Beteiligung der angrenzenden Hornhaut - schmerzlos und führt nicht zu einer Einschränkung der Sehschärfe. Das Blut wird mit der Zeit wieder resorbiert. Auch die Blasenentleerungsstörung der Beschwerdeführerin ist schon länger aktenkundig. Anlässlich der Untersuchung im Spital X.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2020 ergaben sich klinisch-neurologisch keine Auffälligkeiten. Es konnten keine für eine spinale oder supraspinale Pathologie hinweisgebenden fokalneurologischen Defizite objektiviert werden. Anhaltspunkte für eine Radikulopathie haben nicht bestanden. Wie aus dem Austrittsbericht des Spitals X.\_\_\_\_ vom 31. Oktober 2019 hervorgeht, erfolgte bezüglich dem hellzelligen Nierenzellkarzinom links eine transabdominale retromuskuläre Lumbalhernienversorgung mit primärem Bruchlückenverschluss und Einlage eines 12 x 15 cm Symbotex-Netzes bei einer grossen lumbalen Narbenhernie links. Wie der rheumatologische Gutachter bereits festgestellt hat, ist auch nach diesem Eingriff keine onkologische Nachsorge zu erwarten. Entsprechend ändert dieser Eingriff nichts an der bereits im Gutachten vorgenommenen Einschätzung, wonach für die Beschwerdeführerin eine leichte körperliche Tätigkeit ohne mittelschwere Tragbelastung zumutbar ist. Sowohl das MRT der ganzen Wirbelsäule und des Iliosakralgelenks (ISG) vom 8. April 2019 als auch der Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin, vom 5. November 2019 zeigen keine Veränderungen im Vergleich zu den im Gutachten festgehaltenen Untersuchungsergebnissen.

6.6 Zusammenfassend erweist sich das bidisziplinäre Gutachten der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vom 3. September 2018 als beweiskräftig, weshalb die IV-Stelle in ihrer Verfügung vom 13. Februar 2020 zu Recht darauf abgestellt hat. Bei der

Tatsache, dass sich aus den Akten nichts ergibt, was geeignet wäre, den Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens in Zweifel zu ziehen, kann in antizipierter Beweiswürdigung (BGE 141 I 64 E. 3.3, 122 V 162 E. 1d) auf weitere Abklärungen verzichtet werden. Aufgrund der Aktenlage ist eine wesentliche Besserung des Gesundheitszustandes ausgewiesen. Entsprechend der gutachterlichen Einschätzung besteht in einer körperlich leichten Tätigkeit eine umfassende Arbeitsfähigkeit. Damit sind die Voraussetzungen für eine Rentenrevision erfüllt. 7.1 Die Beschwerdeführerin beanstandet des Weiteren die Invaliditätsgradbemessung und stellt sich in diesem Zusammenhang auf den Standpunkt, dass bei älteren Arbeitnehmern nicht von einer Verwertbarkeit der Resterwerbsfähigkeit auszugehen sei, ausser die Beschwerdegegnerin würde im Einzelfall nachweisen, dass die Verwertung zu bewerkstelligen ist. Es sei Sache der Beschwerdegegnerin, konkret aufzuzeigen, welche leidensadaptierten Tätigkeiten infrage kommen könnten. 7.2 Der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG), welcher der Ermittlung des Invalideneinkommens zugrunde zu legen ist, ist gekennzeichnet durch ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften und weist einen Fächer verschiedenster Tätigkeiten ohne Berücksichtigung der konkreten Arbeitsmarktlage auf (BGE 134 V 71 E. 4.2.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 25. Februar 2020, 9C\_473/2019, E. 5.1.1). Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 4. Mai 2018, 9C\_294/2017, E. 5.4.2 und vom 12. Februar 2016, 8C\_670/2015, E. 4.2). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten und Verdienstaussichten sind rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (BGE 138 V 459 E. 3.1; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 6. Mai 2020, 8C\_30/2020, E. 5.3). Je restriktiver indessen das medizinische Anforderungsprofil umschrieben ist, desto eingehender ist in der Regel die Verwertbarkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt abzuklären und nachzuweisen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 14. Mai 2020, 8C\_95/2020, E. 5.2.2 und vom 5. November 2018, 9C\_304/2018, E. 5.1.1). Die bundesgerichtliche Rechtsprechung hat wiederholt darauf hingewiesen, dass körperlich leichte und wechselbelastende Tätigkeiten auf dem allein massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt durchaus vorhanden sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 9. Juli 2014, 8C\_391/2014, E. 4; Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG: heute Bundesgericht] vom 18. Oktober 2002, I 761/01, E. 2.5, in: SVR 2003 IV Nr. 11 S. 33). Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 15. Oktober 2020, 8C\_433/2020, E. 7.2 und vom 24. Juni 2020, 8C\_302/2020, E. 7.1). Die Verwaltung wie auch das Kantonsgericht sind daher nicht gehalten, die im Einzelnen zumutbaren Verweistätigkeiten näher aufzuzeigen (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2016, 9C\_469/2016, E. 6.3 und vom 23. Februar 2015, 8C\_32/2015, E. 4). 7.3 Die Möglichkeit, die verbliebene Arbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt nicht zuletzt auch davon ab, welcher Zeitraum der versicherten Person für eine berufliche Tätigkeit und vor allem für einen allfälligen Berufswechsel noch zur Verfügung steht. Die im gesamten Bereich des Sozialversicherungsrechts geltende Schadenminderungspflicht und die daraus abgeleitete Selbsteingliederungslast (BGE 113 V 22, E. 4a mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts

vom 20. Juni 2011, 9C\_916/2010, E. 2.2) gebieten grundsätzlich, die Frage nach der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit möglichst früh zu beantworten. Das Bundesgericht hat in seinem Leitentscheid BGE 138 V 457 ff. entschieden, dass dabei auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit abzustellen ist. Als ausgewiesen gilt die medizinische Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit, sobald die medizinischen Unterlagen diesbezüglich eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 462, E. 3.4; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 10. Mai 2013, 9C\_954/2012, E. 3.1). Dieser Zeitpunkt fällt vorliegend auf das Datum des Gutachtens der Dres. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ vom 3. September 2018. Damals war die Beschwerdeführerin 53 Jahre alt, womit die verbleibende Aktivitätsdauer bis zum Eintritt ins AHV-Alter noch rund elf Jahre betrug. Dieses Alter schliesst eine Verwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit nicht aus. 7.4 Die Beschwerdeführerin ist zu 100% arbeitsfähig. Sie ist in quantitativer Hinsicht somit nicht eingeschränkt. In qualitativer Hinsicht kann sie zwar nicht mehr körperlich schwere Arbeiten, hingegen immer noch dem Rückenleiden adaptierte körperlich leichte Tätigkeiten ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, tragen oder zu stossen, mit Möglichkeit im Sitzen, Stehen und Gehen arbeiten zu können, ausführen. Hilfsarbeiten werden auf dem hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 28 Abs. 2 IVG) grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 15. Oktober 2020, 8C\_433/2020, E. 8.2.3 und vom 25. Oktober 2018, 9C\_898/2017, E. 3.4). Aufgrund der fachärztlichen Umschreibung der Restarbeitsfähigkeit ist davon auszugehen, dass der Versicherten auch unter Beachtung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen nach wie vor ein relativ breiter Fächer verschiedenster Hilfsarbeitertätigkeiten offensteht. Es kann auch nicht nur von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten gesprochen werden. Die Einschränkung der in Frage kommenden Hilfsarbeiten führt nicht dazu, dass es sich lediglich um Tätigkeiten handelt, die nur in so eingeschränkter Form möglich sind, dass sie der allgemeine Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder dass sie nur unter nicht realistischen Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wären. So gibt es in Industrie und Gewerbe verschiedene einfache Hilfstätigkeiten, die leicht sind, vorwiegend sitzend ausgeübt werden können und Wechselbelastungen zulassen (z.B. Kontroll- oder Sortierarbeiten am Fliessband und leichte Verpackungsarbeiten). 7.5 Wie eingangs bereits ausgeführt (E. 2.3 hiervor), ist der Invaliditätsgrad bei erwerbstätigen Versicherten aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. Art. 16 ATSG). Die entsprechende Bemessung ist zwischen den Parteien unbestritten geblieben und bietet keinen Anlass zu weiteren Bemerkungen. Es kann in dieser Hinsicht auf die zutreffenden Erwägungen der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden, wonach ein Invaliditätsgrad von 2% resultiert. Der für einen Rentenanspruch massgebende Schwellenwert wird damit deutlich unterschritten. Die Beschwerde ist bei diesem Ergebnis abzuweisen. 8. Abschliessend bleibt über die Kosten zu befinden. Gemäss Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Dem Prozessausgang zufolge hat deshalb die Beschwerdeführerin als unterliegende Partei die Verfahrenskosten

von Fr. 800.-- zu tragen. Dieser Betrag ist mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- zu verrechnen. Demgemäss wird erkannt: ://: 1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.