

# FR\_GERICHTE 608 2014 105 vom 8. Februar 2016

FR Kantonsgericht, 2016-02-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr\\_gerichte\\_608\\_2014\\_105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/fr_gerichte_608_2014_105)

FR: FR\_GERICHTE 608 2014 105 du 8 février 2016

IT: FR\_GERICHTE 608 2014 105 del 8 febbraio 2016

## Regeste

Entscheidung des II. Sozialversicherungsgerichtshofes des Kantonsgerichts |  
Invalidenversicherung

## Erwägungen

### E. 1

Die Beschwerde vom 13. Juni 2014 gegen die Verfügung vom 12. Mai 2014 ist durch eine ordentlich bevollmächtigte Rechtsvertreterin frist- und formgerecht bei der sachlich und örtlich zuständigen Beschwerdeinstanz eingereicht worden. Die Beschwerdeführerin hat ein schutzwürdiges Interesse daran, dass das Kantonsgericht, II.

Sozialversicherungsgerichtshof, prüft, ob sie weiterhin Anspruch auf die bisherige halbe Invalidenrente hat. Nachdem auch der Kostenvorschuss fristgerecht einbezahlt wurde, ist auf die Beschwerde einzutreten.

### E. 2

a) Im Sinne von Art. 8 des Bundesgesetzes vom 6. Oktober 2000 über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1), welches hier aufgrund von Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes vom 19. Juni 1959 über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) zur Anwendung kommt, ist Invalidität die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze

Kantonsgericht KG Seite 4 von 22 oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Gemäss Art. 4 Abs. 1 IVG kann Invalidität die Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; der am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Abs. 2 hat allerdings den bisher geltenden Begriff der Erwerbsunfähigkeit nicht modifiziert, BGE 135 V 215 E. 7.3). Versicherte haben gemäss Art. 28 IVG Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie mindestens zu 70 Prozent, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 Prozent, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 Prozent, oder auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 Prozent invalid sind. b)

Beeinträchtigungen der psychischen Gesundheit können in gleicher Weise wie körperliche Gesundheitsschäden eine Invalidität im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG in Verbindung mit Art. 8 ATSG bewirken. Nicht als Folgen eines psychischen Gesundheitsschadens und damit invalidenversicherungsrechtlich nicht als relevant gelten Einschränkungen der

Erwerbsfähigkeit, welche die versicherte Person bei Aufbietung allen guten Willens, die verbleibende Leistungsfähigkeit zu ver- werten, abwenden könnte; das Mass des Förderbaren wird dabei weitgehend objektiv bestimmt (Art. 7 Abs. 2 zweiter Satz ATSG; BGE 141 V 281 E. 3.7.1 mit Hinweisen). Gemäss bisheriger Rechtsprechung begründeten eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare psychosomatische Leiden als solche noch keine Invalidität. Es bestand die Vermutung, die Störung oder ihre Folgen seien mit einer zumutbaren Willensanstrengung überwindbar. Dennoch wurde bei solchen Leiden ausnahmsweise eine Invalidität angenommen, was anhand der sogenannten Förster-Kriterien geprüft wurde. Im Vordergrund stand die Feststellung einer psychischen Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer. Massgebend sein konnten auch folgende weitere Faktoren: chronische körperliche Begleiterkrankungen; ein mehrjähriger, chronifizierter Krankheitsverlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik ohne länger dauernde Rückbildung; ein sozialer Rückzug in allen Belangen des Lebens; ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr beeinflussbarer innerseelische Verlauf einer an sich missglückten, psychisch aber entlastenden Konfliktbewältigung (primärer Krankheitsgewinn; „Flucht in die Krankheit“); das Scheitern einer konsequent durchgeführten ambulanten oder stationären Behandlung (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) trotz kooperativer Haltung der versicherten Person (BGE 130 V 352). Diese Rechtsprechung wurde mit BGE 132 V 65 auf die Fibromyalgie und mit Urteil BGer I 70/07 vom 14. April 2008, bestätigt durch Urteil BGer 9C\_662/2009 vom 17. August 2010, auf das Chronic Fatigue Syndrom ausgeweitet. Im vorgenannten BGE 141 V 281 wurde diese Rechtsprechung teilweise geändert und dabei na- mentlich die Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme- Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreich- bare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äus-

Kantonsgericht KG Seite 5 von 22 seren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird. Die an die Ärzte gestellten Anforderungen wurden dahingehend konkretisiert, dass aus den medizinischen Unterlagen genauer als bisher ersichtlich sein muss, welche funktionellen Ausfälle in Beruf und All- tag aus den versicherten Gesundheitsschäden resultieren. Diagnosestellung und Invaliditätsbemessung haben somit stärker als bis anhin die entsprechenden Auswirkungen der diagnoserelevanten Befunde zu berücksichtigen. Medizinisch muss schlüssig begründet sein, inwiefern sich aus den funktionellen Ausfällen bei objektivierter Zumutbarkeitsbeurteilung anhand der Standardindikatoren eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergibt. Wo dies nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit dargetan werden kann, trägt weiterhin die materiell beweisbelastete versicherte Person die Folgen. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und vergleichbare Leiden können somit eine Invalidität begründen, sofern funktionelle Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit zumindest überwiegender Wahrscheinlichkeit in einem anspruchserheblichen Ausmass nachgewiesen sind. Die auf Begrifflichkeiten des medizinischen Klassifikationssystems abstellende Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder eines vergleichbaren psychosomatischen Leidens kann indes von vornherein nur zu einer invalidenversicherungsrechtlich erheblichen Gesundheitsbeeinträchtigung führen, wenn sie unter dem Gesichtspunkt der – bis anhin in

der Praxis zu wenig beachtet – Ausschlussgründe nach BGE 131 V 49 standhält. Beruht die Leistungseinschränkung auf Aggravation oder einer ähnlichen Konstellation, liegt regelmässig keine versicherte Gesundheitsschädigung vor. Dies trifft namentlich zu, wenn eine erhebliche Diskrepanz zwischen den geschilderten Schmerzen und dem gezeigten Verhalten oder der Anamnese besteht, wenn intensive Schmerzen angegeben werden, deren Charakterisierung je- doch vage bleibt, wenn keine medizinische Behandlung und Therapie in Anspruch genommen wird, wenn demonstrativ vorgetragene Klagen auf den Sachverständigen unglaubwürdig wirken oder wenn schwere Einschränkungen im Alltag behauptet werden, das psychosoziale Umfeld je- doch weitgehend intakt ist. Ob die ärztlichen Feststellungen auf einen Ausschlussgrund folgern lassen, ist als Rechtsfrage frei überprüfbar (Urteil BGer 9C\_899/2014 vom 29. Juni 2015 E. 2.2, 3 und 4.1 mit zahlreichen Hinweisen). c) Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung und im Beschwerdefall der Richter auf Unterlagen angewiesen, die der Arzt und gegebenenfalls andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen (Befunderhebung, Diagnosestellung) und Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person in ihren körperlichen bzw. geistigen Funktionen durch das Leiden eingeschränkt, das heisst arbeitsunfähig ist (BGE 132 V 93 E. 4; 115 V 133 E. 2; 107 V 17 E. 2b; 105 V 156 E. 1). Der Grad der Arbeitsfähigkeit wird laut der Rechtsprechung nach dem Mass bestimmt, in welchem die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen an ihrem angestammten Arbeitsplatz zumutbarerweise nicht mehr nutzbringend tätig sein kann. Nicht massgebend ist hingegen die bloss medizinisch-theoretische Schätzung der Arbeitsunfähigkeit (BGE 111 V 235 E. 1b mit Hinweisen). Bei langdauernder Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf hat die versicherte Person andere ihr offen stehende Erwerbsmöglichkeiten auszuschöpfen (BGE 115 V 403 E. 2; 114 V 281 E. 1d). Auch die Zumutbarkeit einer Invalidentätigkeit ist vor allem aus medizinischer Sicht zu beurteilen, wobei dieser Sachverhalt aufgrund des objektiven Befundes durch die Ärzte bestimmt wird (BGE 107 V 17 E. 2b; OMLIN, Die Invalidität in der obligatorischen Unfallversicherung, 1995, S. 201). Insbesondere ist dabei nicht auf das subjektive Empfinden der

Kantonsgericht KG Seite 6 von 22 versicherten Person abzustellen, hätte es doch diese ansonsten in der Hand, ihren Invaliditätsgrad selbst zu bestimmen. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und all- fälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG). Für diesen Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des – möglichen – Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Erlass des Einspracheentscheides zu berücksichtigen sind (vgl. BGE 129 V 222). d) Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird gemäss Art. 17 ATSG die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben. Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Der zeitliche Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer ma- teriellen

Prüfung des Rentenanspruches mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustandes) beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung (BGE 133 V 108; 130 V 71 E. 3.2.3). Der Zeitpunkt der Renten Anpassung bzw. Rentenaufhebung muss entsprechend der Bestimmung von Art. 88a Abs. 1 der Verordnung vom 17. Januar 1961 über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) vorgenommen werden (BGE 125 V 413 E. 2d; Urteil des ehemaligen Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 21/05 vom 12. Oktober 2005 E. 3.3). Gemäss dieser Bestimmung ist die anspruchsbeeinflussende Änderung für die Herabsetzung oder Aufhebung der Leistung von dem Zeitpunkt an zu berücksichtigen, in dem angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird. Sie ist in jedem Fall zu berücksichtigen, nachdem sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate andauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. In BGE 135 V 201 untersuchte das Bundesgericht, ob BGE 130 V 352 eine Herabsetzung oder Aufhebung laufender Renten rechtfertige, welche zu einem früheren Zeitpunkt versicherten Personen zugesprochen wurden, die an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung leiden. Da die Rechtspraxis vor wie auch nach dem BGE 130 V 352 sowohl zur Bejahung als auch zur Verneinung eines Rentenanspruches führen konnte, würden frühere Rentenzusprechungen daher nicht ohne weiteres als rechtswidrig, sachfremd oder schlechterdings nicht vertretbar erscheinen. Da zudem bezüglich der somatoformen Schmerzstörungen zahlreiche Fälle aufwändig überprüft werden müssten, seien die engen Voraussetzungen für die Anwendung einer geänderten Praxis auf laufende, rechtskräftig festgelegte Leistungen durch die Gerichte nicht erfüllt. Deshalb bilde die Rechtsprechung gemäss BGE 130 V 352 keinen hinreichenden Anlass, um unter dem Titel der Anpassung an eine geänderte Gerichtspraxis auf Renten zurückzukommen, welche zu einem früheren Zeitpunkt mittels formell rechtskräftiger Verfügung zugesprochen wurden (BGE 135 V 201 E. 7 mit Hinweisen). Ebenfalls die am 1. Januar 2008 in Kraft getretene Änderung von Art. 7 Abs. 2 ATSG rechtfertigt nicht eine Anpassung laufender Renten, da es sich dabei einzig um die

Kantonsgericht KG Seite 7 von 22 Übernahme einer ständigen Rechtsprechung in Bezug auf den Begriff der Invalidität in den Gesetzestext handle (BGE 135 V 215 E. 7.3). e) Der Sozialversicherungsrichter prüft objektiv alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, und entscheidet danach, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist also entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtend ist und ob die Schlussfolgerungen 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 125 V 351 E. 3a). In Bezug auf Berichte von Hausärzten darf und soll der Richter der Erfahrungstatsache Rechnung tragen, dass Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit

Hinweisen).

**E. 3**

Hypermobilitäts-Syndrom - Instabilität der Iliosakralgelenke - Chronifizierte Spannungs-Migräne-Kopfschmerzen

**E. 4**

Operation eines rupturierten Duodenalulkus (November 2002)

**E. 5**

Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

**E. 6**

Anamnestisch Vitamin D-Mangel

**E. 7**

Radiologisch beginnende Fingerpolyarthrose Aus somatischer Sicht nicht beurteilt

**E. 8**

Somatisierungsstörung und rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode Aufgrund der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik, der diffusen Druckdolenz, der von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden, der in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft geschilderten Bewegungen, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht werde, sowie der Zunahme der Schmerzintensität, an welcher gemäss der Beschwerdeführerin weder eine Therapiemassnahme noch die Einnahme verschiedener schmerz- und entzündungshemmend wirkender Medikamente etwas habe ändern können, werde insgesamt von vordergründig nicht somatisch abstützbaren Beschwerden

Kantonsgericht KG Seite 14 von 22 ausgegangen (Vorakten S. 382; auch S. 384 f. und 381). Zwar könne das im Rahmen der Erstbegutachtung vom 15. September 2004 diskutierte Hypermobilitätssyndrom im Sinne einer generellen Hypermobilität weiterhin bestätigt werden, die klinische Relevanz dieses hypermobilen Gelenkscharakters habe aber seit der Erstbegutachtung abgenommen. So könnten unterdessen kein Hinweis mehr auf eine Instabilität der Iliosakralgelenke, keine relevante Skoliosierung der Wirbelsäule und keine Myogelosen in den paravertebralen Weichteilen der Wirbelsäule respektive des Schultergürtels mehr objektiviert werden (Vorakten S. 380). Die Abnahme der Beweglichkeit sei aufgrund des fortschreitenden Alters zu erwarten gewesen. Der Beighton-Score hingegen persistiere, weil er auch eine früher bestehende Überbeweglichkeit berücksichtige (Vorakten S. 381). An den oberen Extremitäten könne, abgesehen vom hypermobilen Gelenkscharakter, jeweils ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, kein relevanter klinisch-pathologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektiviert werden. Die leichtgradigen DIP-Arthrosen der Zeige- und Mittelfinger seien noch derart diskret ausgeprägt, dass sie klinisch nicht sicher bestätigt werden könnten. Da im Vergleich zur Erstbegutachtung kein subacromiales Sehneneinklemmungsphänomen mehr objektiviert werden könne, könne eine Verbesserung des Gesundheitszustandes bestätigt werden (Vorakten S. 381). An den unteren Extremitäten sei indessen keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten. Allgemeininternistisch könne kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden (Vorakten S. 379). Insgesamt seien die von der Beschwerdeführerin

geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität weiterhin – wie bereits in der Erstbegutachtung vom 15. September 2004 erwähnt – höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich krankheitsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion zu diskutieren (Vorakten S. 379). Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Beschwerdeführerin früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zunächst in demjenigen Ausmass eingeschränkt gewesen, wie in der Erstbegutachtung vom 15. September 2004 definiert worden sei. Nachdem sich seit dieser rheumatologischen Erstbegutachtung der Gesundheitszustand verbessert habe, könne seit dem Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, vom 19. Dezember 2006 und spätestens seit dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung für die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 5 bis 10 Prozent begründet werden. Dieses zumutbare Arbeitspensum könne sowohl am Stück als auch mit vermindertem Tempo über den Tag verteilt abgeleistet werden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastendem Arbeitsprofil sowie für eine angepasste Verweistätigkeit könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Die Beschwerden könnten – mit der Umsetzung der empfohlenen und zumutbaren medizinischen Massnahmen (vgl. Vorakten S. 375) – möglicherweise günstig beeinflusst werden, so dass für die früher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten im optimalen Fall keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit persistiere (Vorakten S. 376). Die angepasste Verweistätigkeit für die Beschwerdeführerin liege in einem temperierten Raum, beschränke sich auf leicht- bis maximal mittelgradig körperbelastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zu, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln. Das

Kantonsgericht KG Seite 15 von 22 Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die repetitiv zu bewegenden Gewichte sollten nicht schwerer als 12,5 bis 15 kg sein (Vorakten S. 376 f.). Die Prognose sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, gut. Ungünstig sei hingegen die Wahrscheinlichkeit, dass die Beschwerdeführerin nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz wieder beruflich tätig werde. Dafür seien hingegen hauptsächlich krankheitsfremde Faktoren ursächlich (Vorakten S. 374). Die Zusatzfragen beantwortete der Gutachter wie folgt: Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem Erstgutachten vom 15. September 2004 verbessert. Es würden zwar auch neue Diagnosen vorliegen (radiologisch beginnende Fingerpolyarthrose, Nikotinkonsum, anamnestisch Vitamin D-Mangel, anamnestisch Eisenmangel, aktuell nicht bestätigt, und anamnestisch Vitamin B12-Mangel). Diese neuen Diagnosen hätten aber jeweils keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Verbesserung des Gesundheitszustandes könne der Gutachter aktuell eine geringgradigere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit im Vergleich zu derjenigen, die er anlässlich seiner Erstbegutachtung vom 15. September 2004 diskutiert habe, begründen. Bereits derzeit seien der Beschwerdeführerin diejenigen beruflichen Tätigkeiten weitgehend vollumfänglich zumutbar, die sie früher ausgeübt habe. Sie habe sich jedoch wieder an den Arbeitsprozess zu gewöhnen. Das von ihm definierte zumutbare Arbeitspensum könne ihr ab sofort zugemutet werden. Ideal, aber nicht zwingend, sei eine Einarbeitungsphase von 2 bis 3 Wochen (Vorakten S. 374). dd) Der RAD-Arzt Dr. med. M.\_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, schloss sich in seiner Stellungnahme vom 16. Juli 2013

dieser rheumatologischen Beurteilung an und empfahl, zusätzlich ein psychiatrisches Vergleichsgutachten einzuholen (Vorakten S. 397 ff.). Dieses wurde am 13. November 2013 von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattet (Vorakten S. 422 ff.). Er stellt die folgenden Diagnosen (Vorakten S. 417): Diagnosen mit anhaltender Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.4) 2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig knapp leichtgradige Episode (ICD- 10: F33.0) Diagnosen ohne anhaltende Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Keine Bei der Beschwerdeführerin habe sich subjektiv die Schmerzproblematik deutlich verstärkt. Es würden Ganzkörperschmerzen bestehen, die Beschwerdeführerin werde dadurch in ihrer Schlafqualität eingeschränkt, was zu einer erhöhten Müdigkeit führe. Zurzeit würden insbesondere ihre Finger schmerzen. Ihre Lebensführung werde durch die Schmerzproblematik noch deutlicher eingeschränkt als zum Zeitpunkt der beiden Vorgutachten. Es könne von einer psychosomatischen Überlagerung der Schmerzen ausgegangen werden: Die Beschwerdeführerin sei auf die Schmerzen fixiert, sie äussere hypochondrische Befürchtungen und zeige eine Schmerzausdehnung. Lebensprobleme würden oft zu einer Verstärkung der Schmerzen führen. Diese würden den Hauptfokus ihres Interesses bilden. Es könne also eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden (Vorakten S. 417).

Kantonsgericht KG Seite 16 von 22 Die Steigerung der psychosomatischen Überlagerung bzw. die dadurch verursachte psychogene Problematik würden dazu führen, dass ein eher geringer Teil an Verstimmungen durch die rezidivierende depressive Störung erklärt werden könne, als dies noch im Jahr 2004 der Fall gewesen sei. Zusammenfassend könne eine knapp leichtgradige depressive Episode diagnostiziert werden. Es sei bekannt, dass rezidivierende depressive Störungen im Ausmass schwanken würden, es könne deshalb nicht ausgeschlossen werden, dass es gelegentlich zu etwas stärkeren Verstimmungen komme (Vorakten S. 416). Es gebe ungünstige krankheitsfremde Faktoren: Lange Phase von Arbeitsuntätigkeit, Fixation auf die Krankenrolle, fehlende Motivation zur Aufnahme einer Arbeit (Vorakten S. 416 f.). Eine diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung begründe für sich allein noch keine Invalidität. Bestimmte Umstände, welche die Schmerzbewältigung intensiv und konstant behindern würden, könnten den Wiedereinstieg in den Arbeitsprozess aber unzumutbar machen, weil die versicherte Person in der gegebenen Situation nicht die nötigen Ressourcen habe, mit den Schmerzen umzugehen. Ob eine solche Ausnahmesituation vorliege, welche dazu führe, eine langdauernde Beeinträchtigung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit zu bejahen, bestimme sich im Einzelfall anhand verschiedener Kriterien (Förster-Kriterien). Psychische Komorbidität: Es bestehe eine knapp leichtgradige psychische Komorbidität. Angesichts der Steigerung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung sei ein Teil der Verstimmungen in dieser Diagnose bereits enthalten. Chronische körperliche Begleiterkrankung: Der rheumatologische Gutachter habe im Mai 2013 rheumatologische Befunde festgestellt, welche die Beschwerdeführerin für die frühere ausgeübte Tätigkeiten zu 5 bis 10 Prozent einschränken würden. Es liege also gegenüber 2004 eine Verbesserung vor. Soziale Integration: Die soziale Integration sei erhalten geblieben. Prämorbid Persönlichkeitstruktur: Die prämorbid Persönlichkeitstruktur sei nicht auffällig gewesen: Schmerzverlauf: Die Schmerzproblematik sei progredient und chronifiziert. Damit würden zwar mehrere der verlangten Kriterien zutreffen, dies jedoch nicht in einem derartigen Ausmass, dass die Arbeitsfähigkeit zu mehr als 20 Prozent eingeschränkt sei. Zu dieser Beurteilung führe insbesondere die Tatsache, dass sich die psychische Komorbidität

verbessert habe. Die Prognose sei nicht ungünstig (Vorakten S. 415 f.). Die erhöhte Müdigkeit, die ständig vorhandenen Schmerzen sowie die milden Verstimmungen würden dazu führen, dass die Beschwerdeführerin Mühe habe, die bisherige Tätigkeit vollumfänglich auszuüben. Diese sei ihr jedoch zumutbar, und zwar in einem Pensum von 80 Prozent. Die Leistungsfähigkeit sei nicht vermindert (Vorakten S. 413). Auch eine andere Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu 80 Prozent ohne Leistungsminderung zumutbar (Vorakten S. 412). Zwar würden die Ressourcen durch die Beschwerdeführerin als tief empfunden. Aus psychiatrischer Sicht könne diese Ansicht aber nicht nachvollzogen werden. Allerdings müsse sie zuerst ihre Dekonditionierung überwinden, was ihr zumutbar sei. Auch seien zu Beginn Tätigkeiten, welche mit hohem Stress verbunden seien, zu vermeiden (Vorakten S. 410). Unter Berücksichtigung der vom rheumatologischen Gutachter festgestellten Verbesserung der somatisch verursachten Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 5 bis 10 Prozent könne gesamthaft von einer etwa 25-prozentigen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden (Vorakten S. 410). ee) Am 25. November 2013 beurteilte der RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, die Situation wie folgt: Der gesamte Gesundheitszustand der

Kantonsgericht KG Seite 17 von 22 Beschwerdeführerin habe sich seit etwa einem Jahr oder spätestens seit der im Rahmen der Begutachtung erfolgten psychiatrischen Untersuchung, welche am 29. Oktober 2013 stattgefunden habe, verbessert. Gegenwärtig sei die Beschwerdeführerin zu 80 Prozent ohne verminderte Leistungsfähigkeit in ihrer ursprünglichen Tätigkeit und in jeder beruflichen Tätigkeit arbeitsfähig. Die chronische Antriebslosigkeit und subjektive Müdigkeit sowie der Pessimismus und die langjährige Dekonditionierung der Beschwerdeführerin gegenüber der beruflichen Welt würden ihre Fähigkeiten bremsen, sich beruflich eingliedern zu können. Somatisch sei in einer körperlich leicht- bis maximal mittelschweren angepassten Tätigkeit, ohne Heben oder Tragen von Lasten über 15 kg, mit der Möglichkeit, die Stellung nach Wunsch zu ändern, und im Respekt der Rückenergonomie mit keiner Einschränkung zu rechnen. Dies gelte auch für die Haushaltsarbeiten, die mit ein wenig mehr Zeit als üblich durchgeführt werden könnten. In psychiatrischer Hinsicht seien die allgemeinen und anhaltenden Schmerzen und Müdigkeitsgefühle sowie die Verstimmungen für eine allgemeine 20-prozentige Arbeitsunfähigkeit in jeder Tätigkeit verantwortlich. Die Dekonditionierung sei jedoch überwindbar (Vorakten S. 424 f.). c) Nachdem der Beschwerdeführerin der Vorentscheid vom 6. Januar 2014 zugestellt worden war, wurden die folgenden Arztberichte zu den Akten gelegt: Am 24. Februar 2014 äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, dahingehend, dass er in psychischer Hinsicht eine ungünstige Entwicklung beobachte mit einer Reihe von Symptomen, welche sich seit Jahren manifestieren und die Beschwerdeführerin zunehmend beeinträchtigen würden. Er denke dabei an kognitive Einschränkungen mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen wie auch Schwierigkeiten im mündlichen Ausdruck. Es bestehe eine Abnahme des Selbstwertgefühls sowie des Selbstvertrauens, Gefühle der Selbstverachtung, eine Isolationstendenz und eine generelle Reizbarkeit, welche bisweilen zu Konflikten mit der engsten Familie führe. In physischer Hinsicht sei die Situation komplexer geworden mit einer beginnenden Polyarthrose der Hände und dem Verdacht auf ein Impingementsyndrom der Hüften beidseits. Es sei klar, dass sich mit dieser Verschlechterung der somatischen Beschwerden auch der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtere. Aktuell bestehe eine mittelgradige bis schwere depressive Episode, welche es der Beschwerdeführerin nicht erlaube, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen (Vorakten S. 447 f.).

Am 7. April 2014 äusserte sich Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein weiteres Mal. Er beschrieb, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach der psychiatrischen Begutachtung in einem destabilisierten psychischen Zustand in seiner Praxis angerufen habe; sie habe sich durch das Verhalten des begutachtenden Psychiaters gedemütigt gefühlt und sei in ihrer Würde verletzt gewesen. Er sei über das Verhalten des Gutachters der Beschwerdeführerin wie auch ihm als behandelndem Therapeuten gegenüber erstaunt. Der Gutachter überschreite sowohl seine Kompetenzen wie auch den berufsethischen Respekt. Seiner Meinung nach sei eine neue Expertise durchzuführen, diesmal aber bei einem unabhängigen und respektvollen Experten (Vorakten S. 464 f.). 4. Vorliegend ist festzustellen, dass sowohl das rheumatologische Gutachten vom 27. Mai 2013 als auch das psychiatrische Gutachten vom 13. November 2013 auf das den Gutachtern vollständig zur Verfügung gestellte Dossier mit sämtlichen bisherigen ärztlichen Zeugnissen sowie auf zwei Explorationen (rheumatologisch, psychiatrisch) abstützen. Beide Gutachten sind für die streitigen Belange umfassend, berücksichtigen die von der Beschwerdeführerin beklagten

Kantonsgericht KG Seite 18 von 22 Beschwerden, wurden in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben und sind in der Beurteilung der medizinischen Situation sowie der medizinischen Zusammenhänge einleuchtend. Weder der RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, noch die Beschwerdeführerin äussern eine begründete Kritik an den beiden Gutachten, weshalb ohne weiteres darauf abgestellt werden kann: Was die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände anbelangt, so ist ihr Folgendes entgegenzuhalten: a) Gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens grundsätzlich nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil BGer 8C\_639/2011 vom 5. Januar 2012 E. 4.3.1). Immerhin muss der für eine psychiatrische Untersuchung zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Psychopathologie angemessen sein. Dabei kann bei der Beurteilung einer somatoformen Schmerzstörung und deren Überwindbarkeit eine 20-minütige Untersuchung ausreichen, wenn keine konkreten Hinweise vorliegen, dass sich die kurze Untersuchungsdauer negativ auf die Qualität des Gutachtens ausgewirkt hat (Urteil BGer 8C\_942/2009 vom 29. März 2010 E. 5.2). Solche Umstände sind hier aber nicht ersichtlich. Wie bereits ausgeführt wurde, ist das psychiatrische Gutachten umfassend und absolut überzeugend, was auch von der Beschwerdeführerin nicht grundsätzlich bestritten wird. Kommt hinzu, dass die psychiatrische Exploration vom 29. Oktober 2013 ganze 60 Minuten dauerte (Gutachten, Vorakten S. 422) und der Experte das Dossier bereits aus zwei vorangehenden Begutachtungen kannte. Das Gericht hat unter diesen Umständen keinen Anlass zu bezweifeln, dass er in der Lage war, unter Kenntnisnahme der Akten in einer Stunde die wesentlichen psychischen Beschwerden der Beschwerdeführerin zu erkennen und daraus die korrekten Schlussfolgerungen zu ziehen. b) Auch zu den möglicherweise fehlenden „Selbständigkeits- und Neutralitätsgarantien“ bei Fachexperten, die regelmässig für die IV-Stelle Gutachten erstellen, hat sich das Bundesgericht bereits mehrfach geäussert und zwar in dem Sinne, dass diese keinen zulässigen formellen Einwand darstellen für die Ablehnung eines Gutachters (Urteil BGer 9C\_560/2013 vom 6. September 2013 E. 2 und 2.3). Vielmehr muss ein zulässiger Einwand formeller (fallbezogenes formelles Ablehnungsbegehren) oder materieller (fachbezogener) Natur im Raum stehen (Urteil BGer 9C\_207/2012 vom 3. Juli 2013 E. 1.2.4 in Verbindung mit E. 5.2.2.3). Dies ist vorliegend aber nicht der Fall. c) Weiter bringt die Beschwerdeführerin

vor, dass auf das psychiatrische Gutachten vom

### **E. 13**

November 2013 nicht abgestellt werden kann, weil der Experte ein absolut unprofessionelles Verhalten ihr gegenüber an den Tag gelegt und sie anlässlich der Begutachtung öffentlich ausgelacht habe. Dies wird vom Experten bestritten. Seiner Meinung nach sei die Besprechung mit der Beschwerdeführerin korrekt und professionell abgelaufen (Stellungnahme vom 11. März 2014; Vorakten S. 455). Im Nachhinein kann nicht mehr eruiert werden, was sich anlässlich der Untersuchung vom 29. Oktober 2013 zwischen der Beschwerdeführerin und dem Gutachter ereignet hat; insofern steht Aussage gegen Aussage. Dies ist vorliegend aber auch nicht entscheidend. Massgebend ist vielmehr, dass das psychiatrische Gutachten vom 13. November 2013 wie auch die Stellungnahme des begutachtenden Psychiaters vom 11. März 2014 nicht nur einleuchtend und

Kantonsgericht KG Seite 19 von 22 überzeugend, sondern auch neutral und objektiv formuliert sind, was vom RAD-Arzt Dr. med. M. \_\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, in seiner Stellungnahme vom 8. April 2014 bestätigt wurde (Vorakten S. 459), und in den vorliegenden Akten keinerlei Hinweise vorhanden sind, welche geeignet wären, die Objektivität des Experten in Frage zu stellen. Insbesondere ist aufgrund der gegebenen Umstände nicht ersichtlich, weshalb sich der Experte anlässlich der fraglichen Untersuchung der Beschwerdeführerin gegenüber hätte despektierlich verhalten sollen. Dies nicht zuletzt auch deshalb, weil die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit bereits zweimal durch den gleichen Experten begutachtet worden war, was zur Zusprechung einer halben Invalidenrente führte und überdies auch zu keinerlei Beanstandungen Anlass gab, und sie gegen eine weitere Begutachtung durch denselben Experten keine Einwände erhob. Kommt hinzu, dass, hätte sich Dr. med. F. \_\_\_\_\_ anlässlich der fraglichen Untersuchung tatsächlich so verhalten, wie von der Beschwerdeführerin geschildert, sich diese umgehend nach der Besprechung hätte mit der Vorinstanz in Verbindung setzen und von den Vorkommnissen berichten müssen. Dies hat die Beschwerdeführerin aber nicht getan. Vielmehr erhob sie die Vorwürfe gegen den Experten erstmals am 27. Februar 2014, nachdem sie Kenntnis vom ablehnenden Vorentscheid vom 6. Januar 2014 hatte. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. E. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, bestätigte am 7. April 2014, dass die Beschwerdeführerin unmittelbar nach der psychiatrischen Begutachtung in einem destabilisierten psychischen Zustand in seiner Praxis angerufen habe und sich durch das Verhalten des begutachtenden Psychiaters gedemütigt gefühlt habe und in ihrer Würde verletzt gewesen sei (Vorakten S. 464 f.). Falls dem tatsächlich so gewesen wäre, so müsste von diesem Gespräch eine Aktennotiz existieren; eine solche wurde aber nicht zu den Akten gereicht. Auch hat der behandelnde Psychiater im Nachgang zu diesem Telefongespräch weder seinerseits Kontakt mit der Vorinstanz aufgenommen, noch der Beschwerdeführerin zu einer Kontaktaufnahme geraten, obschon ihm hätte bewusst sein müssen, dass das noch zu erstellende psychiatrische Gutachten bei der Sachverhaltswürdigung eine wesentliche Rolle spielen wird. Auch erwähnt der behandelnde Psychiater in seinem ersten, nach der fraglichen Untersuchung verfassten Bericht vom 24. Februar 2014 keine Unregelmässigkeiten (Vorakten S. 447 f.). Erst nachdem der Experte am 11. März 2014 eine Stellungnahme eingereicht und den Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ vom 24. Februar 2014 in dem Sinne kommentiert hatte, dass sich der behandelnde Psychiater auf sein Fachgebiet beschränken solle, dass er nicht auf die fragliche medikamentöse Compliance der Beschwerdeführerin

eingehende und die offensichtliche Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht stelle (Vorakten S. 456 f.), äusserte Dr. med. E. \_\_\_\_\_ – knapp sechs Monate nach der fraglichen Untersuchung – erstmals eine entsprechende Kritik an der Vorgehensweise des Experten (Bericht vom 7. April 2014, Vorakten S. 464 f.). Angesichts der gegebenen Umstände scheint dieser Bericht von Dr. med. E. \_\_\_\_\_ aber nicht geeignet, die Objektivität des begutachtenden Psychiaters in Frage zu stellen. d) Damit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Argumente die Beweiskraft des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. F. \_\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 13. November 2013 nicht zu mindern vermögen. 5. Der psychiatrische Gutachter hat die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin anhand der sogenannten Förster-Kriterien beurteilt (Vorakten S. 415). In BGE 141 V 281 hat das Bundesgericht seine bisherige Rechtsprechung aber teilweise geändert und dabei namentlich die

Kantonsgericht KG Seite 20 von 22 Überwindbarkeitsvermutung aufgehoben. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells trat ein strukturiertes, normatives Prüfraster. Wie nachfolgend aufgezeigt wird, führt auch die neue Rechtsprechung zu den anhaltenden somatoformen Schmerzstörungen und vergleichbaren psychosomatischen Leiden gemäss BGE 141 V 281 zu keiner anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: Nachdem die ersten gesundheitlichen Probleme aufgetreten waren, welche eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Folge hatten, war die Beschwerdeführerin sehr motiviert, in ihre bisherige Tätigkeit zurückzukehren. Dies änderte sich aber, nachdem diverse Arbeitsversuche an ihrer bisherigen Arbeitsstelle wie auch ein Arbeitstraining im Rahmen der Hilfe bei der Arbeitsvermittlung scheiterten. Es folgte eine subjektiv empfundene Zunahme der bestehenden Schmerzen und Beeinträchtigungen, ohne dass klinisch eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes festgestellt werden konnte. Auch kamen neue Diagnosen hinzu (beginnende Polyarthrose der Finger und V.a. Impingementsyndrom der Hüften beidseits), diese sind jedoch noch derart diskret ausgeprägt, dass sie klinisch nicht sicher bestätigt werden können und keine (zusätzliche) Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermögen. Insgesamt haben sich – laut den Experten – seit der letzten Begutachtung im Jahr 2004 sowohl die somatischen, als auch die psychiatrischen Beschwerden verbessert und es sind vermehrt krankheitsfremde Faktoren (länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, Fixation auf Krankenrolle, fehlende Motivation zur Aufnahme einer Arbeit sowie ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens) in den Vordergrund getreten (Vorakten S. 379, 375 und 416 f.). Da der Blutspiegel von Saroten anlässlich der psychiatrischen Untersuchung nicht im therapeutischen Bereich lag (Vorakten S. 416 und 456 f.), bestehen Hinweise darauf, dass die psychiatrischen Behandlungsmöglichkeiten nicht vollständig ausgeschöpft werden. Es besteht zwar eine knapp leichtgradige psychische Komorbidität, angesichts der Steigerung der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ist aber ein Teil der Verstimmungen in dieser Diagnose bereits enthalten; die rheumatologischen Befunde wiederum schränken die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit in einem geringen Umfang von lediglich 5 bis 10 Prozent und in einer angepassten Tätigkeit überhaupt nicht mehr ein (Vorakten S. 376 und 415). Mit einem intakten sozialen, namentlich familiären Umfeld, welches die Beschwerdeführerin unterstützt, verfügt sie auch über persönliche Ressourcen. Es besteht zwar eine Rückzugstendenz, welche Aktivitäten die Beschwerdeführerin aber im Vergleich zu früher nicht mehr ausüben kann, wird nicht konkretisiert. Auch dürfte der Verlust der sozialen Kontakte ausserhalb der Familie im Wesentlichen auf den Stellenverlust und nicht auf ihre Gesundheitsschädigung

zurückzuführen sein, ist doch die Beschwerdeführerin nach wie vor in der Lage, Spaziergänge zu unternehmen, Ferien in ihrem Herkunftsland zu machen und den Haushalt zu erledigen (Vorakten S. 419). Kommt hinzu, dass die Beschwerdeführerin den von den Ärzten bereits mehrfach geäußerten Empfehlungen, ein körperliches Training aufzunehmen, um ihre Fitness und ihr Allgemeinbefinden zu verbessern, nicht nachkam. All diese Punkte sprechen gegen einen objektivierbaren Gesundheitsschaden und die vom psychiatrischen Gutachter festgehaltene Arbeitsfähigkeit von 80 Prozent überzeugt ebenfalls im Licht der neuen Rechtsprechung, weshalb sich die Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens nach den Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 erübrigt (vgl. in diesem Sinne Urteile BGer 9C\_173/2015 vom 29. Juni 2015 E. 4.2.3 ff.; 8C\_491/2015 vom 24. September 2015 E. 4.2.2; 8C\_562/2014 vom 29. September 2015 E. 8.3). 6. Hinsichtlich der Berechnung des Invaliditätsgrads bringt die Beschwerdeführerin keine konkrete Kritik vor. Da es an der Sichtweise der Vorinstanz, welche auf die „Schweizerische

Kantonsgericht KG Seite 21 von 22 Lohnstrukturhebung 2010“ (Tabelle TA 1 Total, Anforderungsniveau 4, Frauen) abstellte und einen Invaliditätsgrad von 29 Prozent ermittelte, nichts auszusetzen gibt, ergibt sich auch keine Änderung beim Invaliditätsgrad und die von der Vorinstanz vorgenommene Berechnung erweist sich soweit ersichtlich als korrekt. 7. Zusammenfassend hat die Vorinstanz zu Recht aufgrund einer Verbesserung des Gesundheitszustandes den weiteren Anspruch der Beschwerdeführerin auf die bisherige halbe Invalidenrente verneint. Die Beschwerde ist demzufolge abzuweisen und die Verfügung vom 12. Mai 2014 zu bestätigen. 8. Die Gerichtskosten zu Lasten der unterliegenden Beschwerdeführerin werden auf CHF 800.- festgesetzt und sind mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe zu verrechnen. Die mit ihren Anträgen unterliegende Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf Parteientschädigung. Der Hof erkennt: I. Die Beschwerde wird abgewiesen. II. Es werden Gerichtskosten in der Höhe von CHF 800.- zu Lasten von A. \_\_\_\_\_ erhoben und mit dem von ihr geleisteten Kostenvorschuss in der gleichen Höhe verrechnet. III. Es besteht kein Anspruch auf Parteientschädigung. IV. Zustellung. Gegen diesen Entscheid kann innerhalb einer Frist von 30 Tagen ab Erhalt beim Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern, Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden. Diese Frist kann weder verlängert noch unterbrochen werden. Die Beschwerdeschrift muss in drei Exemplaren abgefasst und unterschrieben werden. Dabei müssen die Gründe angegeben werden, weshalb die Änderung dieses Urteils verlangt wird. Damit das Bundesgericht die Beschwerde behandeln kann, sind die verfügbaren Beweismittel und der angefochtene Entscheid mit dem dazugehörigen Briefumschlag beizulegen. Das Verfahren vor dem Bundesgericht ist grundsätzlich kostenpflichtig. Freiburg, 8. Februar 2016/dki Präsident Gerichtsschreiberin-Berichterstatterin

Kantonsgericht KG Seite 22 von 22

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