

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/40 vom 6. September 1991

Sg Versicherungsgericht, 1991-09-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2014_40

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/40 du 6 septembre 1991

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2014/40 del 6 settembre 1991

Regeste

Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a. Prüfung und Bejahung des Vorliegens eines Leidens gemäss den Schlussbestimmungen. Würdigung eines polydisziplinären Gutachtens als beweiskräftig. Bestätigung der Rentenaufhebung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 16. August 2016, IV 2014/40).

Erwägungen

E. 1

1.1 Gegenstand der angefochtenen Verfügung bildet der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bzw. dessen Aufhebung gestützt auf lit. a der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20; nachfolgend Schlussbestimmungen). Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Rentenaufhebung einzig auf lit. a der Schlussbestimmungen, wonach Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung neu überprüft werden. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 Abs. 1 und 2 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1; Erwerbsunfähigkeit) nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn der Tatbestand von Art. 17 Abs. 1 ATSG (Revision) nicht verwirklicht ist.

1.2 Ausgangspunkt für die Bemessung der Invalidität bildet die Frage, ob und in welchem Ausmass es einer versicherten Person zumutbar ist, trotz ihres Gesundheitsschadens ein Erwerbseinkommen zu erzielen. In Art. 7 Abs. 2 ATSG, der mit der 5. IVG-Revision am 1. Januar 2008 in Kraft getreten ist, wird festgelegt, dass eine Erwerbsunfähigkeit nur vorliegt, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist. Damit wurde gesetzlich verankert, dass die Zumutbarkeit nicht nach dem subjektiven Empfinden der versicherten Person, sondern nach objektiven Gesichtspunkten zu beurteilen ist. Art. 7 Abs. 2 ATSG schreibt somit auf Gesetzesstufe das Erfordernis der Objektivierbarkeit fest.

1.3 Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 281 seine die Bestimmung von Art. 7 Abs. 2 ATSG beschlagende Rechtsprechung zu den Voraussetzungen, unter denen anhaltende somatoforme Schmerzstörungen und vergleichbare psychosomatische Leiden eine rentenbegründende Invalidität zu begründen vermögen (sog. Überwindbarkeitspraxis), aufgegeben. Diese Praxisänderung findet auch auf laufende Verfahren Anwendung (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 8C_421/2015 E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 266 E. 6), auch auf jene, die sich auf die Schlussbestimmungen stützen (vgl. die Urteile des Bundesgerichts 9C_354/2015 vom 29. Februar 2016 E. 5 und 9C_558/2015 vom 4. April 2016 E. 6.1).

E. 2

2.1 Zunächst ist zu prüfen, ob die mit Verfügung vom 27. Juni 2002 im Rahmen der Neuanmeldung erfolgte Zusprache einer ganzen Rente (IV-act. 118) aufgrund eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinn der Schlussbestimmungen erfolgte.

2.2 Vom Anwendungsbereich von lit. a der Schlussbestimmungen sind laufende Rentenansprüche auszunehmen, wenn und soweit sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen. Lassen sich unklare Beschwerden von erklärbaren Beschwerden trennen, können die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision auf erstere Anwendung finden (BGE 140 V 197).

2.3 Die Rentenzusprache vom 27. Juni 2002 stützte sich auf das Gutachten der Medas Zentralschweiz vom 30. November 2001.

2.3.1 Darin wurden vor allem die psychopathologischen Befunde als limitierend bezeichnet. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C. ___ erhob ein psychoorganisches Residualsyndrom nach Schleudertrauma der HWS und verwies auf den Diagnose-Code ICD 10 F07.2 (IV-act. 108-25). Diese Diagnose setzt grundsätzlich voraus, dass ein Schädelhirntrauma stattgefunden hat (vgl. etwa die Definition unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2016/block-f00-f09.htm>; besucht am 2. August 2016). Ein in dieser Hinsicht erhebliches Schädelhirntrauma ist aktenmässig jedoch nicht ausgewiesen. Vor diesem Hintergrund ist nachvollziehbar, dass der psychiatrische Gutachter der SMAB AG, Dr. med. D. ___, mit dem Hinweis, dass eine substantielle Hirnschädigung fehle, längerfristige persistierende Einbussen verneinte und die von Dr. C. ___ gestellte Diagnose als nicht plausibel bezeichnete (IV-act. 160-65; Hinweise auf eine hirnorganisches Schädigung wurden bereits im Gutachten der Medas St. Gallen vom 20. Oktober 1992 explizit verneint; IV-act. 55-13). Betrachtet man die früher gestellten psychiatrischen Diagnosen (u.a. sekundäre depressiv-neurotische Entwicklung mit hysteriformen und hypochondrischen Zügen [Dr. med. E. ___, St. Gallen, Bericht vom 7. Juli 1990, IV-act. 13-1], psychische Fehlentwicklung neurotisch-depressiven Charakters im Rahmen eines postcommotionellen Syndroms und eines chronischen zervikozephalen Schmerzsyndroms [Klinik Valens, Bericht vom 13. Oktober 1989, IV-act. 8-1]) und die rheumatologischen Diagnosen der Medas Zentralschweiz (Gutachten von Dr. med. F. ___ vom 26. September 2001: chronifiziertes zervikozephalies Schmerzsyndrom und chronisches leichtgradiges lumbospondylogenes Syndrom, organ-neurologisch feststellbare Abnormitäten wurden verneint, IV-act. 108-27, 108-31), so ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerden der Beschwerdeführerin mehrheitlich einem sog. pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage im Sinn der Schlussbestimmungen zugeordnet wurden (vgl. im Übrigen die Rechtsprechung gemäss BGE 136 V 279 zur Anwendbarkeit der Überwindbarkeitspraxis beim Schleudertrauma bzw. das Urteil 8C_286/2015 vom 26. Oktober 2015 E. 5.1 zur Einordnung des Schleudertraumas unter die Beschwerdebilder gemäss Schlussbestimmung).

2.3.2 Die von Dr. C. ___ erwähnten rezidivierenden depressiven Verstimmungszustände mit dem Hinweis auf den Diagnose-Code F33.1 (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode) bzw. die ebenfalls erwähnte "latente Depressivität" (IV-act. 108-25) fallen zwar nicht unter die von den Schlussbestimmungen erfassten Beschwerdebilder. Insgesamt hatten diese jedoch keine eigenständige Relevanz für die von Dr. C. ___ attestierte Arbeitsunfähigkeit. Dies wird daraus ersichtlich, dass der Gutachter - mit einer gewissen Widersprüchlichkeit - "trotz angeblicher Stimmungsschwankungen und

Schlafstörungen" explizit Anhaltspunkte für eine depressive Erkrankung (und für eine Persönlichkeitsstörung) verneinte (IV-act. 108-24 unten). Er ging davon aus, dass die Beschwerdeführerin auf einem tiefen Aktivitätsniveau ihr psychisches Gleichgewicht in den letzten Jahren stabil gehalten habe. Im Weiteren machte er weitgehend unauffällige Angaben zum Psychostatus der Beschwerdeführerin. Er hielt fest, er habe keine Anhaltspunkte für Auffassungs- oder Wahrnehmungsstörungen und keine Zwangssymptomatik bemerkt. Affektiv sei die Beschwerdeführerin gut modulierbar gewesen bei indifferenter Grundstimmung. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Die grobkursorische Prüfung von Konzentrations- und Merkfähigkeit sei unauffällig, Gedankenkreisen sei nicht explorierbar gewesen. 2.4 Insgesamt ist festzuhalten, dass die Rentenzusprache im Juni 2002 zentral auf Diagnosen beruhte, die unter die Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a fallen.

E. 3

Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, sie habe insgesamt während mehr als 15 Jahren eine Invalidenrente bezogen, sodass diese nicht gestützt auf die Schlussbestimmungen eingestellt werden könne (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen). Nach dem Rentenbezug zwischen Oktober 1989 und Dezember 1992 wurde die Rente ab 1. Januar 2000 bis Januar 2014 wiederum gewährt. Rechnet man diese beiden Bezugszeiträume zusammen, wird die 15-Jahres-Grenze der Schlussbestimmungen überschritten. Indessen ist der Beschwerdegegnerin darin zuzustimmen, dass für ein derartiges Zusammenrechnen keine Grundlage bzw. keine Rechtfertigung besteht. Die erste Renteneinstellung wurde vom hiesigen Gericht wie auch vom EVG bestätigt, wobei Verwaltung und Gerichte die Einschätzungen in den Gutachten des IMB vom 21. April 1992 und der Medas St. Gallen vom 20. Oktober 1992 als überzeugend würdigten und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin verneinten. Vor diesem Hintergrund kann entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin keine Rede davon sein, dass sie in den sieben Jahren von 1993 bis 1999 erwiesenermassen nicht erwerbsfähig gewesen sei. Dass faktisch im Zeitpunkt der zweiten Renteneinstellung zu Beginn des Jahres 2014 eine 15 Jahre deutlich übersteigende Absenz vom Arbeitsmarkt bestand, lag daran, dass die Beschwerdeführerin die ihr ab 1993 attestierte Arbeitsfähigkeit nicht verwertete. Dass ihr dies objektiv nicht zumutbar gewesen wäre, wird durch die erneute Rentenzusprache ab dem Jahr 2000 bzw. durch das dieser zugrunde liegende Gutachten der Medas Zentralschweiz nicht hinlänglich bewiesen. Darauf kommt es jedoch ohnehin nicht an, hat das Bundesgericht doch unlängst festgehalten, dass bei der Frage der 15-jährigen Rentenbezugsdauer gemäss den Schlussbestimmungen Phasen von Arbeitsunfähigkeit (selbst mit Bezug von IV-Taggeldern) und allfälliger Invalidität ohne effektiven Rentenbezug nicht relevant seien (Urteil 8C_286/2015 vom 26. Oktober 2015 E. 5). Bei diesem Sachverhalt mit mehrjähriger attestierter Arbeitsfähigkeit zwischen den beiden Rentenbezugsperioden greifen vertrauensschutz- bzw. besitzstandsrechtliche Überlegungen, die der 15-Jahres-Frist zugrunde liegen (vgl. dazu BGE 139 V 442), jedenfalls nicht. Folglich spricht die Rentenbezugsdauer nicht gegen die Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen. Dies hat unbestrittenermassen auch für das zweite Kriterium, das Alter der Beschwerdeführerin (Jahrgang 1966), zu gelten.

E. 4

4.1 Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht gestützt auf das Gutachten der SMAB AG davon ausging, dass bei der Beschwerdeführerin keine rentenbegründende

Invalidität besteht. 4.2 Die Begutachtung erfolgte unter Beizug von Fachärzten der Orthopädie/Traumatologie, Neurologie, Inneren Medizin und Psychiatrie sowie einer Neuropsychologin. Die Gutachter gelangten übereinstimmend zur versicherungsmedizinischen Schlussfolgerung, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin weder aus somatischer noch aus psychiatrischer Sicht beeinträchtigt sei (IV-act. 160-35).

E. 4.3

4.3.1 Der begutachtende Psychiater Dr. D.____ bezeichnete die Beschwerdeführerin als wach, bewusstseinsklar und in allen Qualitäten orientiert. Aufmerksamkeit und Konzentration erlebte er als intakt und beobachtete eine ausreichende Umstellungsfähigkeit auf neue Sachverhalte. Die höheren kognitiven Leistungen wie problemlösendes Denken und Handeln wirkten ausreichend differenziert. Der formale Gedankengang wurde als geordnet und kohärent bezeichnet, gelegentlich etwas viskös, aber Ideenflucht oder Denkzerfahrenheit wurden ebenso verneint wie eine depressive Denkhemmung. Im inhaltlichen Denken beschrieb der Psychiater eine vermehrte Beschäftigung mit negativen Kognitionen und Dysphorie, verneinte jedoch eine gedankliche Gefangenheit im Schmerzerleben, in depressiven Gefühlen oder Ängsten. Weiter negierte er psychotische Denkinhalte, Wahn, Halluzinationen, illusionäre Veränderungen und Hinweise auf schuldwahnhafte Geschehen. Die Willenskräfte wurden als durchaus strukturiert und zielgerichtet beschrieben, Ambivalenz oder Ambitenez verneint. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei unzweifelhaft willensgesteuert. Die Antriebslage sei ausreichend. Psychomotorisch habe die Beschwerdeführerin etwas starr gewirkt, anfangs habe sie eine starre, wenig ausdrucksreiche Mimik gezeigt. Im Verlauf der Exploration hätten sich Mimik und Gestik verändert und die Psychomotorik sei auch etwas lebhafter geworden. Eine typische Schmerzschonhaltung zeige sich in Psychomotorik und Körpersprache nicht. In der emotional-affektiven Schwingungsfähigkeit wirke die Versicherte eingeeengt, im Affekt sei sie dabei über weite Strecken dysphorisch, hintergründig latent gereizt-aggressiv mit immer wieder durchscheinender Vorwurfshaltung. Durchgehende Depressivität zeige sich hingegen nicht. Hemmende depressive Phänomene liessen sich nicht ausmachen. Pathologische Angsteffekte hätten den psychopathologischen Befund zu keinem Zeitpunkt geprägt. Zwar bezeichnete der Gutachter die Beschwerdeführerin im Affekt als etwas starr, verneinte aber Affektlabilität, Affektinkontinenz oder Parathymie, ferner auch Anhedonie und Suizidalität (IV-act. 160-63 f.). 4.3.2 Die Ausführungen zum Psychostatus sind eingehend und erscheinen als umfassend. Die daraus gezogenen Schlussfolgerungen für die Diagnosestellung und die Einschätzung der Auswirkungen sind gut nachvollziehbar. Insbesondere ist vor dem Hintergrund der Ausführungen zum Psychostatus durchaus plausibel, dass der Psychiater lediglich eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit affektiv-dysphorischem Syndrom bei histrionischer Persönlichkeitsakzentuierung diagnostizierte und dieser keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zubilligte. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist nicht von einer unvollständigen Beantwortung der Frage 3 zu somatoformen Störungen auszugehen (vgl. act. G 1 S. 8). Der psychiatrische Gutachter bejahte das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, verneinte jedoch deren sozialmedizinische Relevanz (vgl. dazu IV-act. 160-66). Es könne nämlich weder eine gravierende psychiatrische noch eine schwerwiegende somatische Komorbidität beschrieben werden. Andere Faktoren wie ausgewiesener sozialer Rückzug in allen Lebensbereichen und therapeutisch unbeeinflussbares Krankheitsgeschehen mit primärem Krankheitsgewinn wurden verneint (detailliert dazu IV-act. 160-66; vgl. auch

160-68 f.). Von relevanten Lücken in der psychiatrischen SMAB-Begutachtung kann folglich nicht ausgegangen werden. Auch geht der Vorwurf fehl, dass wesentliche Aspekte einer Persönlichkeitsänderung von den Gutachtern in nicht nachvollziehbarer Weise beiseitegelassen worden seien (act. G 1 S. 10). Dr. D.____ erkannte bei der Beschwerdeführerin eine histrionische Persönlichkeitsakzentuierung. Diese fällt unter den Diagnose-Code Z73, Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung, und hat als Z-codierte Diagnose keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Begründend hielt der Psychiater fest, diese Persönlichkeitsstruktur werde im Verhalten immer wieder deutlich, die Beschwerdeführerin sei gezielt in der Lage, ihre Beschwerden in zum Teil histrionischer Ausgestaltung darzustellen. Die Merkmale einer Persönlichkeitsänderung lägen allerdings nicht vor. Sie sei durchaus in der Lage, sich mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber einzustellen, soweit die primär ablehnende Grundhaltung überwunden sei (IV-act. 160-64). Dass der Gutachter neben diesen Feststellungen nicht Bezug nahm auf aktenkundige, nicht in medizinischem Kontext stehende Hinweise zum Verhalten der Beschwerdeführerin vor dem Unfall von 1988 (vgl. act. G 1 S. 10), vermag der Schlüssigkeit seiner Einschätzung keinen Abbruch zu tun. Am Rand ist anzumerken, dass sich Dr. D.____ mit der Wiedergabe der Auskunft der Beschwerdeführerin, sie stehe seit vielen Jahren nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung (IV-act. 160-59), nicht aktenwidrig geäußert hat, stellen doch die in der Replik erwähnten Gespräche mit dem Hausarzt Dr. B.____ keine entsprechende Behandlung dar (vgl. seinen Bericht vom 12. Mai 2014, act. G 11.1). Ferner sind seine Hinweise auf von ihm abgegebene Medikamente (vgl. auch sein Schreiben vom 19. Juni 2014, act. G 11.2) für sich nicht aussagekräftig. Deren Einnahme ist weder durch Serumspiegelmessungen belegt noch ist ersichtlich, inwiefern der Beweis der Einnahme die psychiatrische Beurteilung zu ändern vermöchte.

4.4 Im Rahmen der neuropsychologischen Testung wurden zwar leichte bis mittelschwere kognitive Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen erhoben. Diese Resultate wurden jedoch als nicht valide bezeichnet, da sowohl im klinischen Eindruck als auch in den Beschwerdevalidierungsverfahren von einer schwankenden Kooperationsfähigkeit mit teils unauffälliger, teils eingeschränkter Anstrengungsbereitschaft ausgegangen wurde (vgl. neuropsychologisches Teilgutachten von Dr. phil. G.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie, IV-act. 160-75). Die Beschwerdeführerin bemängelt, dass die Neuropsychologin nicht begründet habe, warum die Ergebnisse nicht valide seien (ähnlich auch die Kritik des behandelnden Neurologen Dr. med. H.____ im Schreiben vom 16. August 2013, wobei er das neuropsychologische Gutachten ansonsten nicht kritisierte, vgl. IV-act. 172-11 oben). Die Neuropsychologin legte im Einzelnen offen, welche Untersuchungsverfahren sie angewendet hatte (IV-act. 160-73 unten f.). Sie hielt ferner fest, dass sie drei Beschwerdevalidierungsverfahren eingesetzt habe (IV-act. 160-74 unten). Dass diese sowie deren exakte Ergebnisse nicht detailliert erklärt wurden, hemmt zwar zugegebenermassen die Nachvollziehbarkeit der Schlussfolgerung. Allerdings ist zu beachten, dass es ein sehr breites Spektrum an Beschwerdevalidierungstests gibt, die wissenschaftlich unterschiedlich gut abgestützt sind und deren Anwendung nie völlig schematisch ablaufen kann, sondern deren Ergebnisse umsichtig interpretiert werden müssen (vgl. dazu etwa den vom Bundesamt für Sozialversicherungen herausgegebenen Forschungsbericht Nr. 4/08 "Der Einsatz von Beschwerdevalidierungstests in der IV-Abklärung", insbes. S. 49 ff.). Einen detaillierten Nachvollzug von Beschwerdevalidierungstests können die Rechtsanwendenden von vornherein nicht

gewährleisten; diesbezüglich ist die Überprüfbarkeit von der Natur der Sache her beschränkt und es muss zu einem gewissen Mass auf den Sachverstand der beigezogenen Experten vertraut werden. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdevalidierung lediglich ergeben, dass die Ergebnisse der neuropsychologischen Abklärung nicht mit hinreichender Sicherheit verlässlich sind, sodass gestützt allein darauf keine relevanten Schlussfolgerungen auf die Arbeitsfähigkeit gezogen werden können. Diese Aussage kann im Rahmen der Beweiswürdigung auch ohne vollständige Nachvollziehbarkeit zur Kenntnis genommen werden, dies vor allem auch deshalb, weil dieses Ergebnis mit dem klinischen Eindruck der Neuropsychologin übereinstimmt.

4.5 Die Beschwerdeführerin betont unter Hinweis auf Röntgenbefunde der 90er-Jahre, in denen eine kyphotische Haltung (Knick im Bereich der HWS) sowie Segmentdegenerationen C3/4 beschrieben worden seien, dass somatische Beeinträchtigungen vorhanden seien (act. G 1 S. 8). Den Gutachtern der SMAB AG lag eine aktuelle zervikale Kernspintomographie vom 18. April 2013 vor, die eine normale Darstellung der einzelnen Halswirbelkörper und oberen Thorakalwirbelkörper bis zum Segment Th3/4 zeigte. Die intervertebrale Artikulation war normal, ebenso das intervertebrale Alignment. Der Spinalkanal und sämtliche Neuroforamina wiesen eine normale Weite auf. Die Darstellung des zervikalen und oberen thorakalen Rückenmarks und der paravertebralen Weichteilstrukturen war ebenfalls unauffällig (IV-act. 160-26). Zwar fällt auf, dass im Gegensatz dazu in früheren Bildern gewisse Befunde an der HWS und oberen BWS erhoben worden waren (etwa eine Kyphose bzw. eine Skoliose im Bereich der HWS, vgl. die Übersicht im Gutachten von Dr. F.____ vom 26. September 2001, IV-act. 108-30). Die SMAB-Gutachter hielten jedoch explizit fest, dass sie die von Dr. F.____ formulierten diversen pathologischen Befunde der HWS und LWS weder klinisch noch im MRI der HWS bestätigen und diese insgesamt nicht nachvollziehen könnten (IV-act. 160-37). Zu beachten ist ferner, dass Dr. F.____ den von ihm festgehaltenen Befunden bereits damals nicht ausdrücklich objektivierbaren Einfluss auf die geklagten Beschwerden bzw. die Arbeitsfähigkeit zugebilligt hatte. So hatte er den myofascialen Reizzustand ins Zentrum seiner Beurteilung gestellt und diesen nicht mit einer Fehlform der oberen Wirbelsäule in Zusammenhang gebracht (IV-act. 108-32).

Seitens der Medas St. Gallen war den Befunden der Bildgebung von 1992 (vgl. IV-act. 55-8 unten) ebenfalls keine eigenständige Relevanz zugebilligt worden; neurologisch waren ferner keine Auffälligkeiten festgestellt worden, die die Schmerzen zu erklären vermocht hätten (IV-act. 55-10; vgl. auch die Angaben von Prof. Dr. med. I.____, neurologische Klinik am Universitätsspital Zürich, der im Bericht vom 5. April 1990 von der radiologisch erkennbaren Fehlstellung der HWS Kenntnis genommen, darin aber keine Erklärung für die Schmerzen gesehen hatte; IV-act. 11-7 ff.). Vor diesem Hintergrund ist nicht zu befürchten, dass den Gutachtern der SMAB AG in der Beurteilung der oberen Wirbelsäule der Beschwerdeführerin in Kenntnis von aktueller Bildgebung gravierende Fehler unterlaufen sind bzw. dass sie die Auswirkungen der diesbezüglichen Einschränkungen falsch eingeschätzt haben. Diesbezüglich fehlen jedenfalls konkrete Anhaltspunkte, die die Zuverlässigkeit der Beurteilung in Frage stellen würden.

4.6 Auch die allgemeine, nicht auf ein Teilgutachten bezogene Rüge der Beschwerdeführerin, die Frage nach der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei nicht begründet beantwortet worden, vermag nicht zu überzeugen. Seitens des Fachgebiets Orthopädie-Traumatologie wurde unter Hinweis auf die aktuelle versicherungsmedizinische Sicht festgehalten, dass sich ein nachvollziehbarer traumaverursachter Beschwerdeverlauf retrospektiv auf maximal zwölf Monate, somit bis Juni 1989, darstelle (IV-act. 160-28). Seitens der Neurologie wurde nur für wenige Wochen

nach dem Unfall eine volle Arbeitsunfähigkeit als plausibel bezeichnet, danach wegen des Schwindels zunächst eine Arbeitsunfähigkeit von 50%. Spätestens ein Jahr nach dem Unfall liessen sich die Symptome des Nervensystems ausschliesslich auf Syndrome mit funktioneller Genese zurückführen. Diese schränkten für sich allein genommen versicherungsmedizinisch die Arbeitsfähigkeit nicht ein (IV-act. 160-51). Diese Begründung, der sich auch der psychiatrische Gutachter anschloss (IV-act. 160-68), ist durchaus plausibel und jedenfalls ausführlich genug, um nachvollzogen werden zu können.

4.7 Dr. H.____ gab am 16. August 2013 Kommentare zum SMAB-Gutachten ab und kritisierte unter anderem die dortigen Ergebnisse als nicht nachvollziehbar (IV-act. 172-6 ff.; die SMAB-Gutachter hielten am 1. November 2013 ihrerseits fest, sie würden die Schlussfolgerungen von Dr. H.____ weder fachärztlich noch versicherungsmedizinisch teilen; IV-act. 175-2). Vorab ist festzuhalten, dass er als die Beschwerdeführerin langjährig behandelnder Neurologe in einer Nähe zu ihr stehen dürfte, die eine distanzierte Beurteilung zumindest erschwert. Auch ist unklar, ob er hinreichend vertraut ist mit der versicherungsmedizinisch relevanten Frage nach der Zumutbarkeit, trotz subjektiv empfundenen Einschränkungen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, und bei deren Beantwortung ein möglichst objektiver Massstab anzusetzen ist (vgl. dazu auch BGE 141 V 281 E. 3.7). Im Übrigen könnte er als Neurologe sich aus medizinischer Sicht wohl primär eine Einschätzung des neurologischen und nicht sämtlicher Teilgutachten erlauben. Eine eigentliche Beurteilung des neurologischen Teilgutachtens nahm Dr. H.____ jedoch nicht vor. Insbesondere widersprach er weder der gestellten Diagnose noch nannte er Hinweise auf Aspekte in der Untersuchung, die nicht korrekt oder unvollständig durchgeführt worden wären. Er hielt lediglich fest, dass seiner Ansicht nach die Kopfschmerzen, Schlafstörungen, emotionale Labilität, Reizbarkeit und subjektiven Konzentrationsstörungen durch den Neurologen untersucht werden sollten (IV-act. 172-13). Der neurologische Teilgutachter hielt diese Aspekte, die im Wesentlichen nur über die subjektiven Schilderungen der Beschwerdeführerin erhebbare sind, durchaus fest. Lediglich zur Diskussion der Auswirkungen der unter anderem deswegen gestellten Diagnose des postcommotionellen Syndroms verwies er auf das Hauptgutachten (IV-act. 160-49), womit er nicht gemeint haben dürfte, dass der Orthopäde diese Beurteilung allein vornehmen sollte, sondern dass diese interdisziplinär erfolgen würde.

4.8 Insgesamt ergeben sich keine hinreichend griffigen Anhaltspunkte, die die Schlüssigkeit und damit letztlich auch den Beweiswert des SMAB-Gutachtens bzw. der dortigen Schlussfolgerungen in Frage stellen würden. Daran vermögen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin auch die Stellungnahmen des RAD nichts zu ändern. RAD-Arzt Dr. med. J.____ hatte am 5. April 2006 festgehalten, am medizinischen Sachverhalt und dem bisher festgestellten Gesundheitsschaden der Beschwerdeführerin dürfte sich kaum etwas geändert haben (IV-act. 129). Am 16. November 2012 erachtete er es als möglich, dass die Schmerzproblematik unter den Begriff des pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebilds ohne nachweisbare (vollständige) organische Grundlage (PÄUSBONOG) fallen könnte, und befürwortete eine Begutachtung (IV-act. 146-2). Im Jahr 2006, also lange vor Inkrafttreten der IV-Revision 6a, war (ausserhalb der Wiedererwägung) lediglich von Interesse, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert haben könnte; ob ein sog. PÄUSBONOG-Leiden vorliegt, war nicht von Relevanz. Insofern war die Fragestellung, zu der sich Dr. J.____ im Jahr 2012 zu äussern hatte, eine andere als jene im Jahr 2006.

5.1 Ausgehend davon, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit gemäss dem SMAB-Gutachten nicht eingeschränkt ist, erreicht sie offenkundig keinen rentenbegründenden Invaliditätsgrad von 40%, sodass die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht aufgehoben hat. Die angefochtene Verfügung ist nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 5.2 Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Sie ist der unterliegenden Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der von ihr geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist anzurechnen. Bei diesem Ausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- wird daran angerechnet.

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