

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/396 vom 29. September 2017

Sg Versicherungsgericht, 2017-09-29, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2015_396

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/396 du 29 septembre 2017

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2015/396 del 29 settembre 2017

Regeste

Art. 17 Abs. 1 ATSG; Art. 28 IVG. Rentenrevision. Beweiskraft Gutachten. Revisionsweise Aufhebung einer halben Rente infolge gesundheitlicher Verbesserung nach einer Rentenlaufzeit von 13 Jahren (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 29. September 2017, IV 2015/396).

Erwägungen

E. 1

Zwischen den Parteien umstritten und nachfolgend zu prüfen ist die Rechtmässigkeit der verfügten Rentenaufhebung. Die Beschwerdegegnerin vertritt den Standpunkt, es liege im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache eine Sachverhaltsänderung vor, welche die Aufhebung der bisherigen Rentenleistung rechtfertige. 1.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 130 V 349 f. E. 3.5). Ob eine solche Änderung eingetreten ist, beurteilt sich durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten, der versicherten Person eröffneten rechtskräftigen Verfügung vorlag, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs beruht, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5.4). Dabei stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (BGE 112 V 372 E. 2b mit Hinweisen). 1.2 Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70%, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60% invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% ein Anspruch auf eine Viertelsrente.

E. 2

Vorab macht die Beschwerdeführerin geltend, dass das Gutachten von medaffairs vom 15. Juni 2015 nach dem Entscheid des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) und damit nicht mehr unter der altrechtlichen Praxis erstellt worden sei, es jedoch die mit der neuen Bundesgerichtspraxis aufgestellten Anforderungen an die Rentenprüfungen bei

anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden nicht erfülle. Das Bundesgericht hat in BGE 141 V 309 E. 8 festgehalten, dass in intertemporalrechtlicher Hinsicht Gutachten, welche nach altem Verfahrensstandard eingeholt worden seien, nicht per se ihren Beweiswert verlören. Bezüglich der nunmehr geänderten materiell-beweisrechtlichen Anforderungen sei in jedem Einzelfall zu prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten - gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten - eine schlüssige Beurteilung im Licht der massgeblichen Indikatoren erlaubten oder nicht. Je nach Abklärungstiefe und -dichte könne zudem unter Umständen eine punktuelle Ergänzung genügen (BGE 141 V 309, E. 8). Zu prüfen ist somit im Rahmen des vorliegenden Beschwerdeverfahrens, ob das medaffairs-Gutachten in Verbindung mit den weiteren vorliegenden medizinischen Akten eine im Sinne der neuen Praxis rechtsgenügende Beurteilung der Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin erlaubt.

E. 3

3.1 Ausgangspunkt für die Beurteilung des gesundheitlichen Verlaufs bildet im vorliegenden Revisionsverfahren die ursprüngliche Rentenzusprache vom 7. Juni 2004 (IV-act. 32). Jene Verfügung basierte vorwiegend auf den ärztlichen Beurteilungen des Hausarztes Dr. C.____ und der behandelnden Rheumatologin Dr. B.____, welche die Beschwerdeführerin als zu 50% adaptiert arbeitsfähig einschätzten (vgl. IV-act. G 7-3, 14-4, 16, 21) sowie auf derjenigen des Psychiaters Dr. D.____, der ihre Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht als zu 30-50% reduziert erachtete (vgl. IV-act. 24-3). Die behandelnden Ärzte diagnostizierten mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende mittelschwere depressive Phase, eine somatoforme Schmerzstörung (IV-act. 24-1, 24-6), Hypothyreose seit 1993 mit Polyarthralgien, Raynaud-Phänomen der Hände bei Nikotinabusus (IV-act. 14-1) sowie ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein lumbospondylogenes Syndrom bei kleiner Diskushernie und Spinalkanalstenose L4/5 ohne Nervenwurzelkompression (IV-act. 14-1). Dr. D.____ hielt in seinem Bericht vom 31. Januar 2004 fest, die Beschwerdeführerin klagte über Schmerzen, Gefühllosigkeit (Parästhesien) und Schwäche („Lähmung“) des linken Armes, Muskelschwäche und Ermüdbarkeit. Die Schmerzen würden vom Kopf über den Nackenbereich bis in die linke Hand ausstrahlen. Zudem klagte die Beschwerdeführerin über Vergesslichkeit und Konzentrationsschwierigkeiten. Sie besorge zwar den Haushalt, sei aber mit der Erziehung ihrer Kinder oft überfordert, reagiere ungeduldig und nervös. Sie habe im Laufe der Behandlung phasenweise mehrmals über bedrückte Stimmung sowie Ein- und Durchschlafstörungen geklagt. Sie habe keine Freude empfinden können und das Leben als sinnlos empfunden. Im Rahmen der etwa monatlichen Konsultationen sei die Beschwerdeführerin jeweils in unterschiedlicher Ausprägung bedrückt, verzweifelt und überfordert erschienen. Phasenweise sei sie auch recht guter Dinge gewesen und habe einen gepflegten Eindruck gemacht. Im Verlauf habe der behandelnde Arzt tendenziell jeweils im Frühling und Herbst zwei depressive Phasen pro Jahr feststellen können (IV-act. 24-5f.).

3.2 Im Gutachten von medaffairs vom 15. Juni 2015 diagnostizierten die Gutachter mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein sensibles Ausfallsyndrom L5 auf der rechten Seite mit chronifiziertem radikulärem Schmerzsyndrom rechtsseitig (ICD-10 M54.16) bei mediolateraler Diskushernie LWK 4/5, eine Foraminalstenose HWK4/5 mit Reizung Wurzel C5 links (ICD-10 M50.1) sowie rezidivierende depressive Störungen, aktuell eine leichte Episode (ICD-10 F33.0). Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), Migräne ohne Aura (ICD-10

G43.0) mit positiver Familienanamnese, Gefühlsstörung im Bereich der linken Gesichtshälfte (ICD-10 R20.8) paramedian begrenzt, die Versorgungsgebiete 5.1 bis 5.3 betreffend, Insomnie (ICD-10 G47.00), Hypothyreose (ICD-10 E03.0), Adipositas WHO Klasse I (ICD-10 E66.00), Verdacht auf unspezifisches Thoracic-Outlet-Syndrom (TOS) auf der linken Seite (ICD-10 G54.0), Verdacht auf inadäquate Symptomausbreitung und Persistenz, Sulcus ulnaris-Syndrom (ICD-10 G56.2) beidseits mit sensiblen Ausfällen, keine motorischen Ausfälle, zumindest im Jahr 2012 ohne sicheres neurographisches Korrelat, nervensonographisch etwas rechtsbetont deutliche lokale Schwellung, wahrscheinlich u.a. bedingt durch ausgeprägte Luxation bei Flexionsbewegung, Plantarfasziitis links (ICD-10 M72.4) und eine ISG-Blockade links (ICD-10 M54.17). Gesamthaft bestehe eine Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 30%, wobei die aus somatischer und psychiatrischer Sicht zu attestierenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit nicht additiv zu werten seien (IV-act. 77-19f. und 27). 3.3 Der neurologische Gutachter Dr. med. G.____, Facharzt Neurologie, führte in seinem Fachgutachten vom 9. Januar 2015 aus, in der aktuellen klinisch-neurologischen Untersuchung habe sich eine Sensibilitätsstörung im Versorgungsgebiet der Wurzel L5 auf der rechten Seite gezeigt. Im LWS-MR vom Februar 2005 habe sich eine breitbasige median sowie leicht rechts lateral akzentuierte Diskushernie L4/L5 gezeigt, welche vorwiegend die Wurzel L5 rechts im recessalen Verlauf tangiert habe. Die damals aktenkundigen Beschwerden und Schmerzausstrahlungen seien vereinbar mit dem Vorliegen eines L5-Schmerzsyndroms. Eine Infiltrationsbehandlung habe zwar nach Aussagen der Experten keinen wesentlichen Erfolg gebracht, dies allein sei jedoch kein Beweis für das Nichtvorliegen einer radikulären Schädigung. Unter der Annahme, dass die Sensibilitätsstörung im angegebenen Bereich den Tatsachen entspreche, sei davon auszugehen, dass heute wahrscheinlich nur noch ein Residualzustand einer radikulären Schädigung vorhanden sei. Diese Einschätzung sei auch vereinbar mit der aktuellen LWS-MRT Bildgebung. Zwar bestünden am Vorliegen einer Sensibilitätsstörung wenig Zweifel, hingegen seien das Ausmass und die Intensität der im Dermatom L5 wahrgenommenen Schmerzen sehr fraglich. Zum einen wäre bei einer akuten radikulären Schädigung in der klinischen Untersuchung ein Nervendehnungsschmerz (Lasègue-Zeichen) auf der rechten Seite zu erwarten gewesen, dieser habe aber nicht ausgelöst werden können. Zum anderen seien zwar bei bestimmten Bewegungen radikuläre Schmerzen angegeben worden, diese Angaben seien aber nicht konsistent gewesen. So seien massive Schmerzen z.B. beim Zehengang rechtsseitig angegeben worden, während beim Einbeinhüpfen weder verbale noch nonverbale Hinweise für ausgeprägtere Schmerzen bestanden hätten. Auch sei anamnestisch berichtet worden, dass längeres Sitzen wegen der dann verstärkten Sensibilitätsstörungen und nicht wegen der Schmerzen nicht möglich sei. Zudem scheine die angegebene Intensität der lumboradikulären Schmerzen mit 5-10/10 einer kritischen Betrachtung nicht standzuhalten, zumal während der ganzen Untersuchung nur punktuell Hinweise für ausgeprägtere lumbale und lumboischialgiforme Schmerzen, basierend auf nonverbalen Äusserungen, zu erahnen gewesen seien. Glaubhaft sei aber, dass bestimmte Bewegungen und Stellungen als schmerzhaft wahrgenommen würden. Basierend auf dem MRI der LWS vom 26. August 2011 sei davon auszugehen, dass zwar die Bandscheibenveränderungen auf dem Niveau L5/S1 etwas zurückgegangen seien, auf Niveau L4/5 mit bilateraler recessaler Einengung jedoch die Situation unverändert sei, wobei keine höhergradige Kompression der L5-Wurzel in liegender Position vorliege (was sich auch im aktuellen LWS-MRT vom 01/2015 so gezeigt habe). Eine auf objektivierbaren

Befunden basierende Einschätzung über das wahre Ausmass der Einschränkung durch die lumboischialgiformen Schmerzen sei schwierig. Unter der Voraussetzung, dass beispielsweise die Sitzpositionen oder andere Positionen regelmässig gewechselt werden könnten, erscheine die schmerzbedingte Einschränkung leichtgradig zu sein (IV-act. 77-50ff.). Schliesslich habe die nervensonographische Untersuchung vom 9. Januar 2015 ein sulcus-ulnaris-Syndrom (ICD-10 G56.2) beidseits mit sensiblen Ausfällen gezeigt. Nervensonographisch etwas rechtsbetont zeige sich eine deutliche lokale Schwellung, wahrscheinlich u.a. bedingt durch ausgeprägte Luxation bei Flexionsbewegung. Neben den Sensibilitätsstörungen seien jedoch in der klinischen Untersuchung keine motorischen Ausfälle nachgewiesen worden, so dass die negativen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gering seien (IV-act. 77-51, 54). Unter der Voraussetzung, dass ein variables Arbeiten in unterschiedlichen Positionen mit ausreichenden Pausen möglich sei und zudem keine schweren Gegenstände gehoben werden müssten sowie keine Rotationsbewegungen im Rumpfbereich notwendig seien, bestehe unter ausschliesslicher Betrachtung von Erkrankungen des genuin neurologischen Fachgebietes keine signifikante Arbeitsunfähigkeit von mehr als 10% (IV-act. 77-56).

3.4 Der orthopädische Gutachter, Dr. med. H. ____, FMH orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, hielt in seinem Fachgutachten fest, dass die medizinisch begründbare Arbeitsunfähigkeit gestützt auf die Akten nur schwer festzulegen sei. Die Schulter-Nacken-Arm-Beschwerden seien bereits (seit) 1994 aktenkundig. Im Jahr 2001 seien jedoch die Diskushernien kleinvolumig und ohne Kompromittierung neuraler Strukturen gewesen (MRI vertebrospondial C0-Th8 vom 12. Februar 2011). Ein weiteres MRI vom 16. März 2012 habe ebenfalls keine Kompromittierung neuraler Strukturen gezeigt. Somit habe das MRI vom 22. Januar 2015 die erste objektivierbare Enge mit Wurzelkompression C5 dargestellt. Daraus ergebe sich bezüglich der HWS eine klar festlegbare Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab dem 22. Januar 2015. Die LWS-Beschwerden seien bereits im Arztbericht von Dr. B. ____, vom 17. Februar 2003 unter Bezugnahme auf einen entsprechenden CT-Befund beschrieben worden. Dort sei eine Diskushernie L4/L5 und L5/S1 ohne Nervenwurzelirritation konstatiert worden. Im MRI vom Februar 2005 habe die MR-Untersuchung der LWS nunmehr eine Nervenwurzelkompression L5 rechts gezeigt, welche auch im aktuellen MRI der LWS objektiviert werden können. Demnach bestehe hinsichtlich der LWS-Beschwerden ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seit Februar 2005. Hinsichtlich von Inkonsistenzen führte der Gutachter aus, dass die im MRI nachgewiesenen Hernien zwar einen Diskushernienkontakt zur Nervenwurzel zeigen würden, dies lumbal sowie cervical. In der Sensibilitätsprüfung würde sich für die cervikale sowie lumbale Nervenwurzel kein ihr spezifisches sensibles Ausstrahlungsmuster zeigen, respektive sei dies nicht klar einem Dermatome zuzuordnen. Bezüglich der Schultern beidseits sei zwar das AC-Gelenk druckdolent, jedoch der Yocum-Test beidseits negativ. Bei solch starker Druckdolenz im Bereich des AC-Gelenkes sollte der Yocum-Test zumindest leicht positiv sein. Die nachgewiesenen Diskushernien hätten einen deutlichen Einfluss auf den Bewegungsapparat der Beschwerdeführerin. So sei sie qualitativ durch die Schmerzen im HWS- sowie LWS-Bereich eingeschränkt. Insgesamt habe sich der Gesundheitszustand objektivierbar verschlechtert. In einer mittelschweren bis schweren Tätigkeit ergebe sich ab Februar 2003 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. In einer Verweistätigkeit - leichte, wechselnd stehende, gehende und sitzende Tätigkeiten mit Gewichten bis 5 kg bei repetitiven Bewegungen und bis 10 kg bei einmaligem Heben - liege die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit hingegen bei maximal 10% (IV-act. 77-72ff.).

3.5

Dr. med. I.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, führte aus, dass bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise für das Vorhandensein von Bewusstseins- oder Orientierungsstörungen bestanden. Die Beschwerdeführerin habe deutliche Merkfähigkeits- und Konzentrationsstörungen beschrieben, welche ihr z.B. das Lesen von Büchern oder auch das Verstehen von Filmen verunmöglichten. Während der aktuellen Untersuchung seien weder die Konzentration noch die Merkfähigkeit spezifisch überprüft worden. Einschränkungen seien jedoch aus dem Gesprächsverlauf nicht zu beobachten. Im formalen Denken bestünden keine Auffälligkeiten. Zwänge seien ebenfalls nicht vorhanden. Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen fehlten. Im Affekt habe die Beschwerdeführerin eine seit der Kindheit bestehende Ängstlichkeit beschrieben. So verlasse sie auch praktisch nie alleine die Wohnung. Des Weiteren bestehe aktuell eine grosse Freud- und Lustlosigkeit. Sie fühle sich leer. Häufig sei sie auch nervös und gereizt und ertrage keinen Stress mehr. Der Affekt sei während der Exploration jedoch deutlich modulierbar und die Beschwerdeführerin sei gut affektiv spürbar gewesen. Sie habe sich bei der Verabschiedung von der Übersetzerin sehr herzlich und gut spürbar gegeben. Auch scheine ihr Antrieb normal zu sein. Die Interessen seien jedoch vermindert ausgebildet. Eine erhöhte Ermüdbarkeit sei nicht vorhanden. Akute Suizidalität sei nicht vorhanden und bis anhin kein Suizidversuch vorgekommen. Fremdaggressionen seien nicht vorhanden, ein sozialer Rückzug bestehe ebenfalls nicht. Beständig bestünden Schmerzen im Rücken- und im Armbereich, welche sich nach körperlichen Betätigungen verstärkten. Einschlafstörungen seien bei Einnahme der Schlafmedikation nicht vorhanden. Durchschlafstörungen bestünden schmerzbedingt trotzdem (IV-act. 77-81f.). Der psychiatrische Gutachter konnte immer noch eine leichte depressive Symptomatik feststellen, da die Beschwerdeführerin unter Freudlosigkeit, Interesselosigkeit, einer verminderten Konzentration und unter Schlafstörungen litt. Insgesamt seien somit die Kriterien für das Vorliegen einer leichtgradigen depressiven Episode nach ICD-10 erfüllt. Dies werde durch die durchgeführte Hamilton-Depression-Scale-Testung bestätigt. Da auch in allen vorliegenden psychiatrischen Vorberichten bereits depressive Episoden beschrieben worden seien, sei von einer rezidivierenden depressiven Störung, zurzeit einer leichtgradigen Episode (ICD-10 F33.0), auszugehen. Schliesslich seien die Befunde im linken Arm, im rechten Bein und im Rücken somatisch zwar erklärbar, die präsentierte übersteige jedoch die zu erwartende Schmerzsymptomatik und es bestehe eine Symptomverdeutlichung. Da die Schmerzsymptomatik nicht durch somatische Befunde besser erklärt werden könne, müsse diagnostisch von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ausgegangen werden, weil sich diese deutlich akzentuiert habe, als zeitgleich eine krankheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit des Ehepartners eingetreten sei, was als psychosoziales Problem gewertet werden müsse. Hinsichtlich des Verlaufs hielt Dr. I.____ fest, dass gestützt auf die vorliegenden Berichte ab mindestens Dezember 2001 vom Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und einer rezidivierenden depressiven Störung auszugehen sei. Aktenanamnestisch sei anzunehmen, dass mindestens bis zum Februar 2012 eine mittelgradige depressive Episode vorgelegen habe und sicher ab Juli 2014 lediglich eine leichtgradig depressive Episode. Im Rahmen der aktuellen Untersuchung habe ebenfalls eine leichtgradige depressive Episode festgestellt werden können. Insgesamt könne aus psychiatrischer Sicht ab Juli 2014 eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (IV-act. 77-81ff.). Diese diagnostische Einschätzung des psychiatrischen Gutachters deckt sich mit den diagnostischen Einschätzungen aus den Vorberichten von Dr. D.____ (vgl. IV-act. 24-1, 24-6, 44-5). Auch die Verbesserung des Gesundheitszustands in psychischer Hinsicht

wurde bereits von Dr. D.____ im Bericht vom 25. Juli 2014 festgehalten. Darin ging er noch von leichten depressiven Episoden aus, nachdem unter der Behandlung mit Cymbalta 60mg täglich keine mittelschweren depressiven Episoden mehr aufgetreten seien (IV-act. 67-4). Damit liegen in psychiatrischer Hinsicht betreffend Diagnosen und Schwere der depressiven Episode keine anderslautenden medizinischen Beurteilungen vor. Die Einschätzung einer 30%igen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht lässt sich sodann auch mit der früher von Dr. D.____ bei einer mittelgradig depressiven Episode bestehenden 50%igen Arbeitsunfähigkeit in Einklang bringen. Demgegenüber begründete Dr. I.____ nachvollziehbar die von Dr. D.____ im Juli 2014 abweichend attestierte Arbeitsfähigkeitsschätzung eines zeitlich zumutbaren Rahmens von 4 Stunden pro Tag und einer verminderten Leistungsfähigkeit von 20 bis 40% (vgl. IV-act. 76-5) dadurch, dass der behandelnde Psychiater einen Einfluss der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit miteinbezogen habe (IV-act. 77-86). Da Dr. I.____ deren Schwere jedoch nachvollziehbar als nicht erheblich erachtete, kann seiner Einschätzung gefolgt werden.

3.6 In der Konsensbeurteilung führten die Gutachter aus, dass auf der körperlichen Ebene Einschränkungen durch das cervikoradikuläre links- und lumboradikuläre rechtsseitige Schmerzsyndrom bedingt seien. Durch das jeweils zu vermutende, leichtgradig ausgeprägte, bewegungs- und lageabhängige radikuläre Schmerzsyndrom bestehe insofern eine Beeinträchtigung, als Arbeiten in unterschiedlichen und wechselnden Positionen durchgeführt werden müssten. Bei Vorliegen von Schmerzen, auch wenn diese zum Teil durch Lageänderung vermindert werden könnten, bestehe grundsätzlich auch eine leichte qualitative Beeinträchtigung durch die Notwendigkeit der Schmerzüberwindung. Durch die Schmerzen im HWS- und LWS-Bereich sei die Beschwerdeführerin dahingehend eingeschränkt, als sie schweren und mittelschweren Arbeiten nicht nachgehen könne. In einer leichten Verweistätigkeit bestehe hingegen keine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 10%, soweit ausreichende Pausen eingeschaltet werden könnten. In psychiatrischer Hinsicht kamen die Gutachter in der Konsensbesprechung zum Schluss, dass auf Grund der Lustlosigkeit, der Freudlosigkeit sowie der Konzentrations- und Schlafstörungen von einer 30%igen Reduktion der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die Teilarbeitsunfähigkeiten seien nicht zu addieren (IV-act. 77-26).

3.7 Die Beschwerdeführerin rügt am Gutachten, dass keine elektromyographische Untersuchung zur Objektivierung einer radikulären Schädigung vorliege bzw. von den Gutachtern vorgenommen worden sei. So bedaure der neurologische Gutachter dies, erkläre aber nicht, weshalb er selber keine weiteren Untersuchungen veranlasst habe (act. G 3, vgl. auch IV-act. 77-52). Zwar erscheint auf Grund der Ausführungen von Dr. G.____ klar, dass eine solche Untersuchung von Nutzen hätte sein können. Dr. G.____ ging aber auch ohne diese Untersuchungsergebnisse davon aus, dass die Sensibilitätsstörung im angegebenen Bereich den Tatsachen entspreche. Damit kann im Verzicht auf eine solche Untersuchung für die Beschwerdeführerin kein Nachteil gesehen werden und es ist nicht von einem relevanten Mangel am Gutachten auszugehen.

E. 4

4.1 Die Beschwerdeführerin bemängelt weiter, das Gutachten lasse eine Prüfung nach der neuen Rechtsprechung überhaupt nicht zu, weil es noch die Foerster-Kriterien geprüft habe. Die neue Rechtsprechung, die das Bundesgericht mit seinem Entscheid BGE 141 V 281 ff. eingeführt hat, ändert jedoch nichts an der gesetzlichen Voraussetzung, dass eine invalidisierende Erwerbsunfähigkeit nur dann vorliegen kann, wenn sie aus objektiver Sicht als unüberwindbar scheint. Die versicherte Person trägt zudem nach wie vor die Beweislast bzw. den Nachteil der Beweislosigkeit. Anhand der neu eingeführten Indikatoren ist künftig

stärker als bisher zu berücksichtigen, welche Auswirkungen das Leiden auf die Arbeits- und Alltagsfunktionen der betroffenen Person hat. Bereits bei der Diagnosestellung ist vermehrt dem Umstand Rechnung zu tragen, dass die Diagnose "Schmerzstörung" einen gewissen Schweregrad voraussetzt. Weitere Rückschlüsse auf die Folgen der psychosomatischen Störung geben der Verlauf und der Ausgang von Therapien und von beruflichen Eingliederungsbemühungen. Mehr als bisher einzubeziehen sind zudem auch die Ressourcen, welche die Leistungsfähigkeit einer betroffenen Person begünstigen können. Hier sind insbesondere die Persönlichkeit und der soziale Kontext zu berücksichtigen. Entscheidend ist weiter, ob die geltend gemachten Einschränkungen in den verschiedenen Lebensbereichen (Arbeit und Freizeit) gleichermaßen auftreten und ob sich der Leidensdruck in der Inanspruchnahme therapeutischer Möglichkeiten zeigt (BGE 141 V 296 ff. E. 4; vgl. auch Medienmitteilung des Bundesgerichts "Psychosomatische Leiden und IV-Rente: Bundesgericht ändert Rechtsprechung" vom 17. Juni 2015).

4.2 Die Gutachter gaben in somatischer Hinsicht als Ressourcen an, dass unter geeigneten ergonomischen Massnahmen und Anpassung eines Arbeitsplatzes an die Möglichkeiten der Beschwerdeführerin die Arbeitsfähigkeit verbesserbar sein sollte. In psychiatrischer Hinsicht ergäben sich Ressourcen durch die Unterstützung der Söhne in der Haushaltsführung. Auch im sozialen Bereich seien die vorhandenen Ressourcen theoretisch gut und abhängig von der Motivation. Es sei der Beschwerdeführerin zumutbar, vermehrt Kontakte zu pflegen. Eine Integration in den Berufsalltag könnte dies positiv unterstützen (IV-act. 77-26). Mit Blick auf die Angaben der Beschwerdeführerin, dass sie offenbar nicht nur gute familiäre Beziehungen pflege, wobei ihr die Söhne bei vielen Haushaltsarbeiten zur Hand gehen würden, sondern sie sich auch einmal wöchentlich mit zwei Freundinnen treffe (IV-act. 77-80f.), erscheint diese Beurteilung nachvollziehbar und schlüssig. Gegenüber Dr. D. ___ erzählte die Beschwerdeführerin auch, dass sie meistens vormittags mit einer Freundin einen Spaziergang unternehme (IV-act. 67-4). Dies stützt die gutachterliche Einschätzung, dass sie sich sozial nicht von der Aussenwelt zurückgezogen hat. Insgesamt ist daher auf Grund der Tagesgestaltung (Spaziergänge, Haushaltsarbeiten wie Kochen, Aufräumen und Einkaufen sowie regelmässige Kontakte mit Freundinnen), der Persönlichkeitserfassung, welche eine gute Affektsteuerung und Impulskontrolle sowie einen normalen Antrieb, jedoch vermindert ausgebildete Interessen beschreibt (vgl. IV-act. 77-82), und der vorhandenen Ressourcen mit den Gutachtern nicht von einer schweren Ausprägung der Schmerzstörung auszugehen. Dass diese somit von den Gutachtern als die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkend beurteilt wurde, ist nicht zu beanstanden.

4.3 Weiter ist festzuhalten, dass sich der psychische Gesundheitszustand auf Grund der Medikation wesentlich verbessert hat. Zwar empfehlen die Gutachter dennoch eine Intensivierung der ambulanten psychiatrischen Behandlung. Auch sollten weitere psychopharmakologische Möglichkeiten in Erwägung gezogen werden und könnte die Beschwerdeführerin allenfalls von einem stationären Aufenthalt in einer Psychiatrischen Klinik profitieren (vgl. IV-act. 77-29). Trotz dieser möglichen medizinischen Massnahmen wird die Prognose auf Grund der Chronifizierung beider psychischer Erkrankungen als eher ungünstig beurteilt. Es kann daher bei diesen aktuell leichten depressiven Störungen rezidivierender Natur doch von einer (vorerst) verbliebenen Therapieresistenz ausgegangen und die Einschätzung der Gutachter einer um 30% eingeschränkten Arbeitsfähigkeit als invalidisierend betrachtet werden (vgl. BGE 140 V 197 E. 3.3 mit Hinweis). Dies steht einer möglichen zukünftigen Verbesserung durch andere und weitere Therapien nicht im Wege.

4.4 Gestützt auf diese Ausführungen stellt das medaffairs-Gutachten vom 15. Juni 2015 im Lichte der mit BGE

141 V 281 ff. eingeführten neuen Praxis eine ausreichende Grundlage dar, um die Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu beurteilen. Es ist daher darauf abzustellen. Nachdem es ab Juli 2014 von einem in psychischer Hinsicht verbesserten Gesundheitszustand ausgeht, ist folglich ein Revisionsgrund zu bejahen und der Rentenanspruch in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht allseitig und ohne Bindung an frühere Beurteilungen zu prüfen (BGE 143 V 94 E. 4.2, vgl. auch: BGE 141 V 11 E. 3.2).

E. 5

5.1 Auf Grund der gutachterlichen Beurteilungen ist demnach ausgehend von einer 70%igen Restarbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten im Rahmen eines Einkommensvergleichs (vgl. Art. 16 ATSG) der Invaliditätsgrad zu ermitteln. Dazu wird 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). 5.2 Da vorliegend mangels gegenteiliger Hinweise davon auszugehen ist, dass die Beschwerdeführerin als Gesunde weiterhin im gleichen Umfang in ihrer bisherigen Tätigkeit weitergearbeitet hätte, bildet das zuletzt vor Eintritt des Gesundheitsschadens erzielte Einkommen einen wichtigen Anhaltspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens. Den Akten kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin zuletzt bei der J. ___ AG vom 4. September 1995 bis 30. April 2002 als Stanzerin tätig war (IV-act. 11-1). Gemäss der Arbeitgeberbescheinigung hätte die Beschwerdeführerin im Jahr 2002 ein Einkommen von Fr. 46'540.-- erzielt (IV-act. 11-2). Angepasst an die Nominallohnentwicklung bis 2014 (vgl. Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik) beläuft sich das Valideneinkommen auf Fr. 54'182.-- (Index 2002 Frauen: 2296, Index 2014: 2673). 5.3 Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für das Invalideneinkommen auf die Tabellenlöhne gemäss den Lohnstrukturerhebungen des Bundesamtes für Statistik (LSE TA1 Hilfsarbeiterinnen) abzustellen. Vorliegend kann die im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 51-jährige Beschwerdeführerin lediglich noch leichten (5kg bis max. 10kg Gewichte), wechselnd stehenden, gehenden und sitzenden Tätigkeiten mit aufrechter Körperhaltung nachgehen, wobei Rotationsbewegungen im Rumpfbereich zu vermeiden sind. Unter diesen Gegebenheiten wird sie auf dem Arbeitsmarkt mit einer Lohneinbusse zu rechnen haben, weshalb ein Tabellenlohnabzug von höchstens 10% gerechtfertigt erscheint. Demgegenüber ergibt sich für Hilfsarbeiten auf Grund schlechter Deutschkenntnisse, einer fehlenden Ausbildung und fehlender Berufserfahrung, wie der Rechtsvertreter als Abzugsgrund geltend macht (vgl. act. G 3), gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung kein weiterer Anspruch auf einen Abzug (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts vom 12. Mai 2016, 9C_777/2916, E. 5.2f.). Bei einem Tabellenlohn nach LSE (2014) von Fr. 53'793.-- ergibt sich bei einer Arbeitsfähigkeit von 70% und unter Berücksichtigung eines Leidensabzugs von 10% ein Invalideneinkommen von Fr. 33'890.-- (Fr. 53'793.-- x 0.7 x 0.9). Im Vergleich zum Valideneinkommen von Fr. 54'182.-- resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von gerundet 37% $([1 - (\text{Fr. } 33'890.-- : \text{Fr. } 54'182.--)] \times 100)$. Damit hat die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht aufgehoben.

E. 6

Schliesslich geht die Beschwerdeführerin davon aus, dass die Rente nicht ohne vorgängige Eingliederungsmassnahmen aufgehoben werden dürfe. Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist zwar oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist dennoch im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten (Urteil des Bundesgerichts vom 31. Oktober 2011, 9C_363/2011, E. 3.1 mit Hinweis). Vorliegend erhielt die Beschwerdeführerin zwar während 13 Jahren eine halbe Rente der Invalidenversicherung. Die bereits damals verbliebene Restarbeitsfähigkeit von 50% setzte sie dennoch nicht mehr um. Zudem ging sie auch im Rahmen der Begutachtung subjektiv von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, da sie unter grossen Schmerzen bei Belastung und einer generellen Lustlosigkeit leide (vgl. IV-act. 77-81). Unter diesen Voraussetzungen war die Beschwerdegegnerin vor Aufhebung der Rente nicht zur Durchführung von Eingliederungsmassnahmen verpflichtet. Demgegenüber besteht gemäss Art. 8a IVG ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung, sofern sich die Beschwerdeführerin dazu auch subjektiv in der Lage sieht.

E. 7

7.1 Auf Grund des Gesagten ist die Beschwerde gegen die Verfügung vom 30. Oktober 2015 abzuweisen. 7.2 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. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Zuzufolge unentgeltlicher Rechtspflege ist sie von der Bezahlung zu befreien. 7.3 Der Staat bezahlt zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung die Kosten der Rechtsvertretung der Beschwerdeführerin. Die Parteientschädigung wird vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). In der Verwaltungsrechtspflege beträgt das Honorar vor Versicherungsgericht nach Art. 22 Abs. 1 lit. b der Honorarordnung für Rechtsanwälte und Rechtsagenten (sGS 963.75) pauschal Fr. 1'000.-- bis Fr. 12'000.--. Der Rechtsvertreter reichte am 10. Mai 2015 eine Kostennote in Höhe von insgesamt Fr. 7'387.85 (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) ein (act. G 12). Mit Blick auf die in vergleichbaren Fällen üblicherweise bezahlte Parteientschädigung erscheint jedoch der geltend gemachte Betrag übersetzt. Der Bedeutung und der Schwierigkeit der Streitsache angemessen erscheint unter Berücksichtigung des zu beurteilenden mehrjährigen Verlaufs der gesundheitlichen Verhältnisse eine Parteientschädigung von pauschal Fr. 4'000.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer). Diese ist um einen Fünftel zu kürzen (Art. 31 Abs. 3 des Anwaltsgesetzes, sGS 963.70). Somit hat der Staat den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin pauschal mit Fr. 3'200.-- (inklusive Barauslagen und Mehrwertsteuer) zu entschädigen. 7.4 Eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, ist zur Nachzahlung verpflichtet, sobald sie dazu in der Lage ist (Art. 123 der Schweizerischen Zivilprozessordnung [ZPO/CH; SR 272] i.V.m. Art. 99 Abs. 2 des Gesetzes über die Verwaltungsrechtspflege [VRP; sGS 951.1]). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Infolge unentgeltlicher Rechtspflege wird die Beschwerdeführerin von der Bezahlung der Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- befreit. 3. Der Staat entschädigt den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin zuzufolge unentgeltlicher Rechtsverteiständung mit Fr. 3'200.-- (einschliesslich Barauslagen und

Mehrwertsteuer).

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