

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/10 vom 25. Oktober 2019

Sg Versicherungsgericht, 2019-10-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2018_10

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/10 du 25 octobre 2019

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/10 del 25 ottobre 2019

Regeste

Schlussbestimmungen zur IV-Revision 6a. Prüfung und Bejahung des Vorliegens eines Leidens gemäss den Schlussbestimmungen. Würdigung medizinischer Gutachten. Bestätigung der Rentenaufhebung (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 25. Oktober 2019, IV 2018/10). Bestätigt durch Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019.

Volltext

Entscheid vom 25. Oktober 2019 Besetzung Präsident Joachim Huber, Versicherungsrichterinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Katja Meili Geschäftsnr. IV 2018/10 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Christoph Anwander, Bahnhofstrasse 21, Postfach 1016, 9102 Herisau, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ meldete sich am 13. September 2002 erstmals zum Bezug von Leistungen der Invalidenversicherung an (IV-act. 1). Dr. med. B.____, Arzt für Allgemeine Medizin, hatte am 29. August 2002 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Hemifibromyalgie rechts, ein Zervikobrachial-Syndrom und ein Lumboischialgie-Syndrom rechts aufgelistet (IV-act. 5). Dr. med. C.____, Rheumatologie FMH, beurteilte am 24. März 2003, die Versicherte sei in einer adaptierten Tätigkeit zu maximal 20% arbeitsfähig (IV-act. 13). Mit Verfügung vom 13. August 2003 sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Wirkung ab 1. Februar 2002 bei einem Invaliditätsgrad von 80% eine ganze Invalidenrente sowie eine Zusatzrente für ihren Ehepartner und Kinderrenten zu (IV-act. 20, vgl. IV-act. 22). Im Rahmen von amtlichen Rentenrevisionen holte die IV-Stelle Verlaufsberichte von Dr. B.____ ein (vgl. IV-act. 27, 36). Gestützt darauf teilte sie der Versicherten am 5. April 2006 und 19. Juni 2007 mit, es bestehe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 30, 42). Infolge der sechsten Revision der Invalidenversicherung prüfte die IV-Stelle den Rentenanspruch erneut. Dr. med. D.____, Arzt für Allgemeinmedizin, listete in seinem Bericht vom 26. August 2012 als Diagnosen eine Fibromyalgie, ein chronisches Zervikalsyndrom, ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom und eine Depression auf. Eine Tätigkeit müsste rückschonend, wechselbelastend und in Teilzeit (maximal vier Stunden täglich) sein (IV-act. 54-2 f.). Mit Vorbescheid vom 30. Oktober 2012 stellte die IV-Stelle der Versicherten die Aufhebung der Rente in Aussicht, da ein syndromales Leiden vorliege, welches keinen Anspruch auf Rentenleistungen begründe (IV-act. 61). Nach erhobenem Einwand (IV-act. 66) verfügte die IV-Stelle am 4. Januar 2013 entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 68). Dagegen erhob die Versicherte am 1. Februar 2013 Beschwerde (IV-act. 72). Mit Entscheid vom 23.

Januar 2015 hob das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen die angefochtene Verfügung vom 4. Januar 2013 auf und wies die Sache zur weiteren Abklärung im Sinne der Erwägungen an die IV-Stelle zurück. Es erwog, sowohl im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache als auch im Revisionszeitpunkt habe der Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild zu Grunde gelegen. Es fehle jedoch eine psychiatrische Beurteilung bezüglich der Frage der zumutbaren Willensanstrengung (IV-act. 93). Im Auftrag der IV-Stelle (IV-act. 113) wurde die Versicherte im Dezember 2015 durch Ärzte der Medas Zentralschweiz bidisziplinär (psychiatrisch-rheumatologisch) abgeklärt. Diese listeten in ihrem Gutachten vom 19. Januar 2016 als Hauptdiagnosen ein chronifiziertes, diffuses, therapierefraktäres zervikales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente, DD (Differentialdiagnose) chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1), eine gemischte dissoziative Störung (ICD-10: F44.7) sowie Übergewicht auf. Aus rheumatologischer Sicht bestehe für eine adaptierte Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100%. Aus psychiatrischer Sicht sei eine zuverlässige Aussage zur aktuellen Leistungsfähigkeit nicht möglich (IV-act. 123). Nach Einholen einer Stellungnahme von Dr. med. E. ____, zertifizierte medizinische Gutachterin SIM, Mitarbeiterin der IV-Stelle, wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle im Zeitraum vom 22. März bis 11. Mai 2016 mehrfach observiert (IV-act. 137, vgl. IV-act. 127 ff.). Auf Veranlassung der IV-Stelle (IV-act. 147) wurde die Versicherte im November 2016 durch Dr. med. F. ____, psychiatrisch abgeklärt. In seinem Gutachten vom 26. Januar 2017 stellte er keine Diagnosen und erachtete die Versicherte aus psychiatrischer Sicht als in der Arbeitsfähigkeit nicht eingeschränkt (IV-act. 160). Er berücksichtigte dabei die am 14. Januar 2017 von Dr. phil. G. ____ erstellte neuropsychologische Beurteilung, in welcher dieser eine Antwortverzerrung festgehalten hatte (IV-act. 161). Mit Vorbescheid vom 20. Juni 2017 stellte die IV-Stelle der Versicherten erneut die Aufhebung der Rente in Aussicht (IV-act. 163). Nachdem die Versicherte Einwand erhoben hatte (IV-act. 166), verfügte die IV-Stelle am 20. November 2017 entsprechend dem Vorbescheid (IV-act. 168). Gegen die Verfügung vom 20. November 2017 erhob die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) die vorliegende Beschwerde vom 8. Januar 2018. Sie beantragte darin deren Aufhebung und es sei ihr weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Weiter sei der Beschwerde aufschiebende Wirkung zu erteilen. Die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) sei anzuweisen, ihr für die Dauer des Beschwerdeverfahrens die bisherige Rente auszurichten. Eventuell sei die Streitsache zur weiteren Abklärung und zu anschliessender neuer Beurteilung bzw. Verfügung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen; alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge. Sie brachte vor, sie habe zum Revisionszeitpunkt unter einem eigenständigen psychischen Leiden gelitten und es habe nicht ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorgelegen. Das Gutachten von Dr. F. ____ sei nicht beweiskräftig (act. G1). Die Beschwerdegegnerin beantragte am 7. März 2018 die Abweisung der Beschwerde. Sie machte geltend, es sei auf das Gutachten von Dr. F. ____ abzustellen. Das Versicherungsgericht habe bereits verbindlich festgestellt, dass ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliege (act. G4). Mit Replik vom 14. Mai 2018 hielt die Beschwerdeführerin an ihren Anträgen fest. Sie führte aus, es liege kein Fall im Sinne der "IV-Revision 6a" vor. Das Versicherungsgericht habe diesbezüglich noch nicht verbindlich entschieden (act. G8). Die Beschwerdegegnerin verzichtete auf die Einreichung einer Duplik (act. G10). Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen wies das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde mit

Entscheid vom 20. Juli 2018 ab (act. G11). Erwägungen 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 (PÄUSBONOG) 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. 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 fünften 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. Das Bundesgericht hat mit BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 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 bewirken vermögen, geändert. Es hat die von ihm geschaffene Überwindbarkeitsvermutung und den sich an den Foersterkriterien orientierenden Prüfungsrastrer aufgegeben. Das bisherige Regel/Ausnahme-Modell wurde durch ein "strukturiertes" Beweisverfahren ersetzt. Nach der geänderten Rechtsprechung hat die Invaliditätsbemessung bei psychosomatischen Störungen den Aspekt der funktionellen Auswirkungen zu berücksichtigen, was sich schon in den diagnostischen Anforderungen niederschlagen muss. Zu beachten seien in Schweregrad und Konsistenz der funktionellen Auswirkungen eingeteilte Standardindikatoren. Die Anerkennung eines rentenbegründenden Invaliditätsgrads sei nur zulässig, wenn die funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten gesundheitlichen Anspruchsgrundlage im Einzelfall anhand der Standardindikatoren schlüssig und widerspruchsfrei mit (zumindest) überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen seien (BGE 141 V 307 f. E. 6; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 8C_421/2015, E. 5.2). Aufgrund dessen, dass die Vorschrift von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen eine Überprüfung bisheriger Rentenansprüche in Nachachtung von Art. 7 ATSG verlangt und die Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281 auch auf laufende Verfahren Anwendung findet (Urteil des Bundesgerichts vom 23. September 2015, 8C_421/2015, E. 5.1 mit Hinweis auf BGE 137 V 266 E. 6), ist diese auch für die Prüfung der vorliegenden Renteneinstellung massgebend. Zunächst ist die zwischen den Parteien umstrittene Frage zu beurteilen, ob die ursprüngliche Rentenzusprache aufgrund eines PÄUSBONOG (zum Begriff vgl. oben E. 1.1) im Sinne von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen erfolgte. 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). Wie das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen bereits im Entscheid vom 23. Januar 2015 (IV 2013/50) erwog, erfolgte die ursprüngliche Rentenzusprache gestützt auf die Berichte von Dr. B.____ vom 29. August 2002 und von Dr. C.____ vom 24. März 2003 (IV-act. 5, 13). Diese diagnostizierten eine (Hemi-)Fibromyalgie rechts bzw. vor allem im Bereich des rechten oberen Körperquadranten. Dabei handelt es sich um ein einschlägiges Beschwerdebild im Sinne von lit. a der Schlussbestimmungen, also um ein PÄUSBONOG. Dr. B.____ attestierte der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%, Dr. C.____ in einer adaptierten Tätigkeit eine solche von 80% (vgl. dazu ausführlich E. 3.1 des genannten Entscheids; IV-act. 93). Die Beschwerdeführerin macht vorliegend wie bereits im vorherigen Beschwerdeverfahren geltend, die ursprüngliche Rentenzusprache sei nicht nur wegen der Fibromyalgie, sondern auch wegen des von Dr. B.____ diagnostizierten Zervikobrachial- und Lumboischialgie-Syndroms zugesprochen worden (vgl. act. G1). Das Versicherungsgericht kam im Entscheid vom 23. Januar 2015 zum Schluss, bei den damals im Bereich der Wirbelsäule erhobenen Bewegungseinschränkungen, Druckdolenzen sowie Verhärtungen der Muskulatur handle es sich überwiegend wahrscheinlich um Begleitsymptome der Fibromyalgie bzw. die Syndrome beschrieben das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Fibromyalgie. Hinweise auf eine organische Grundlage bestünden nicht (vgl. ausführlich E. 3.2; IV-act. 93). Es besteht kein Anlass, vorliegend von dieser Feststellung abzuweichen. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, sie habe bereits bei der ursprünglichen Rentenzusprache auch unter einer eigenständigen psychischen Erkrankung gelitten (act. G1), ergeben sich aus den echtzeitlichen medizinischen Akten keine Hinweise darauf (IV-act. 5, 13). Die Medas-Gutachter berichteten zwar von einer ab 2001 aufgetretenen Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht (IV-act. 123-40). Wie sich nachfolgend ergibt, sind die im Gutachten erwähnten psychiatrischen Diagnosen und die daraus resultierende Arbeitsunfähigkeit jedoch nicht nachvollziehbar. Entsprechend ergibt sich, dass die der Rentenzusprache zu Grunde liegende Arbeitsunfähigkeit für leidensangepasste Tätigkeiten ausschliesslich auf einem PÄUSBONOG basierte, womit der Tatbestand von lit. a der Schlussbestimmungen erfüllt ist. Die Beschwerdegegnerin hat deshalb die Rentenleistungen zu Recht einer Überprüfung im Sinn der Schlussbestimmungen unterzogen. Die Aufhebung der Rentenleistungen gemäss lit. a der Schlussbestimmungen setzt voraus, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Diesbezüglich ist zu prüfen, ob der im Revisionsverfahren ermittelte Sachverhalt spruchreif ist und die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausging, dass keine rentenbegründende Invalidität besteht. Die Beschwerdegegnerin legte der verfügten Renteneinstellung aus medizinischer Sicht das rheumatologische Teilgutachten der Medas sowie das psychiatrische Gutachten von Dr. F.____ zu Grunde. Das psychiatrische Medas-Teilgutachten erachtete sie im Gegensatz zur Beschwerdeführerin als nicht beweiskräftig (vgl. act. G1, G4, IV-act. 168). Der rheumatologische Medas-Teilgutachter Dr. med. H.____, Facharzt FMH Rheumatologie, listete als Diagnosen ein chronifiziertes, diffuses, therapierefraktäres zervikales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente auf (123-57). Aus dem rheumatologischen Gutachten ergeben sich keine wesentlichen organischen Ursachen für das Schmerzsyndrom. Dr. H.____ berichtete einzig über eine Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, eine zervikale Streckhaltung und leichtgradige Skoliose sowie leichte Segmentdegenerationen initial C6/7 und leichtgradig C5/C6 mit Osteochondrose und Unkose sowie leichte, degenerativ bedingte, segmentale Gefügelockerung C5/C6 und

angedeutet C6/7 (IV-act. 123-35). Er hielt weiter fest, die Beschwerdeführerin habe in erster Linie ein äusserst auffälliges Schmerzverhalten bei herabgesunkener Schmerzschwelle gezeigt (IV-act. 123-59). Die rheumatologischen Diagnosen sind zudem vorliegend insofern nicht relevant, als Dr. H.____ der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100% attestierte (IV-act. 123-39, 123-61). Auch den übrigen Akten lassen sich keine objektivierbaren Begründungen für die beklagten Beschwerden entnehmen. Weiter ist die Beurteilung allfälliger eigenständiger psychischer Erkrankungen der Beschwerdeführerin streitig. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass das Versicherungsgericht in seiner Entscheid vom 23. Januar 2015 beim damaligen Aktenstand davon ausging, dass die depressiven Beschwerden der Beschwerdeführerin nicht als eigenständige Krankheit, sondern als Symptom der Fibromyalgie bzw. der Schmerzsyndrome zu betrachten seien (vgl. E. 4.3.3; IV-act. 93). Die Beschwerdeführerin macht geltend, das Gutachten von Dr. F.____ sei nicht beweiskräftig, weil es sich auf Ergebnisse der unzulässigen Observation stütze (act. G1). Mit Urteil vom 14. Juli 2017 hat jedoch das Bundesgericht bezüglich der Verwertbarkeit von (im Falle der Veranlassung durch Sozialversicherungsträger widerrechtlich gewonnenen) Observationsergebnissen sowie der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise im Rahmen der Invalidenversicherung erkannt, diese sei grundsätzlich zulässig, wenn die tangierten öffentlichen Interessen, namentlich die Verhinderung von Versicherungsmissbrauch, die privaten Interessen überwögen (BGE 143 I 377, E. 5). Vorliegend zweifelte die Beschwerdegegnerin aufgrund der im psychiatrischen Medas-Teilgutachten enthaltenen Inkonsistenzen und Diskrepanzen daran, ob tatsächlich Einschränkungen im von der Beschwerdeführerin geschilderten Ausmass bestanden. Sie gab deshalb eine Observation in Auftrag (IV-act. 127 ff.). Die Beschwerdeführerin wurde im Zeitraum vom 22. März bis 11. Mai 2016 an fünf Tagen überwacht, verliess ihre Wohnung aber an zwei dieser Tage nicht. Die Aufnahmen wurden an öffentlich zugänglichen bzw. aus der Öffentlichkeit einsehbaren Orten getätigt (vgl. IV-act. 137). Die privaten Interessen der Beschwerdeführerin wurden damit nicht erheblich tangiert, weshalb die Observationsergebnisse als verwertbar zu erachten sind. Folglich ist auch nicht zu beanstanden, dass sie von Dr. F.____ und Dr. phil. G.____ in ihren Beurteilungen berücksichtigt wurden (vgl. IV-act. 160 f.). Die psychiatrische Medas-Teilgutachterin Dr. med. I.____, Psychiatrie/Psychotherapie FMH, diagnostizierte eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine mittelschwere depressive Episode (ICD-10: F32.1) und eine gemischte dissoziative Störung (ICD-10: F44.7) (IV-act. 123-35). Diese Diagnosestellung ist jedoch nicht überzeugend. Wie sich aus dem Gutachten ergibt, war die Exploration der Beschwerdeführerin schwierig (vgl. IV-act. 123-10 ff.). Dr. I.____ hielt dazu selbst fest, es sei der Beschwerdeführerin trotz ihrer aufwändigen Bemühungen nicht möglich gewesen, einen verstehenden Zugang zu ihren Beschwerden, ihrem Krankheitskonzept, ihren Symptomen, aber auch ihren Erwartungen ans Leben und ihren Perspektiven zu finden. Sie habe sich nicht öffnen können und sei allenfalls ansatzweise in der Lage gewesen über sich und ihre Situation nachzudenken. Ihre Antworten hätten wiederholt als Ausweichen oder Ablenken imponiert. Manchmal habe sie auch Antworten gegeben, die mit der gestellten Frage nichts zu tun gehabt hätten. Dieses Antwortverhalten sei so ausgeprägt gewesen, dass der Übersetzer sich anfangs bemüssigt gefühlt habe, auf eigene Initiative nachzuhaken, wenn keine und auch bei der Wiederholung keine ausreichend plausible Antwort auf eine Frage gekommen sei. Dr. I.____ befand, "eine solche Art von Verbreitung von Nebel" wäre problemlos mit einer schwereren dissoziativen Störung vereinbar. Zudem beschrieb sie

Beschwerden und Symptome der Beschwerdeführerin, welche allenfalls als eine dissoziative Symptomatik verstanden werden könnten (IV-act. 123-33 f.). Als weitere mögliche Erklärungen für die Verhaltensweise der Beschwerdeführerin erwog Dr. I.____ jedoch auch sinngemäss eine übertriebene Schilderung der Einschränkungen im Alltag oder eine Regression als Ausweg aus einem schweren Rollenkonflikt innerhalb der Ehe und/oder der Familie oder auch zwischen familiärer und beruflicher Situation (IV-act. 123-34). Trotz dieser Mutmassungen und offensichtlichen Unsicherheiten bei der Diagnostik legte sich Dr. I.____ auf die Diagnose einer gemischten dissoziativen Störung fest, was nicht überzeugend erscheint. Weiter diagnostizierte sie eine mittelschwere depressive Episode. Bei den Kriterien für diese Diagnose stützte sich Dr. I.____ wesentlich auf die von ihr selbst als teilweise fraglich erkannten Angaben der Beschwerdeführerin bzw. Vermutungen (vgl. IV-act. 123-31). Wie Dr. E.____ bemängelte, ging Dr. I.____ zudem von einer Durchschlafstörung aus, obwohl eine solche gemäss der Beschwerdeführerin nur bei Nichteinnahme der verordneten Medikamente besteht. Weiter ging sie trotz dazu fehlender bzw. abweichender Aussagen der Beschwerdeführerin von einer verminderten Appetenz und Libido aus (vgl. IV-act. 123-10, 123-23, 123-45, 127). Es ist damit nicht nachvollziehbar, dass Dr. I.____ genügend Kriterien für die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode als erfüllt erachtete. Bezüglich der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren hielt Dr. I.____ zu mehreren Kriterien fest, diese könnten erfüllt sein oder es sei trotz Nachfragen nichts dazu zu erfahren gewesen. Zusammenfassend hielt sie fest, die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren seien nicht ganz überzeugend, aber formal doch in ausreichendem Mass erfüllt (IV-act. 123-32 f.). Demnach war selbst Dr. I.____ nicht restlos überzeugt bezüglich des Vorliegens dieser Diagnose. Das psychiatrische Medas-Gutachten ist zudem in Bezug auf die vorzunehmende Beurteilung insofern unvollständig, als Dr. I.____ zuverlässige Aussagen zur Leistungsfähigkeit als nicht möglich erachtete (IV-act. 123-39). Insgesamt ist mit Dr. F.____ (vgl. IV-at. 160-75 f.) nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. I.____ trotz der zahlreichen festgestellten Widersprüche bzw. Diskrepanzen, Unklarheiten und einer starken Aggravation der Beschwerdeführerin die erwähnten Diagnosen stellte. Fehlende eindeutige Angaben der Beschwerdeführerin ergänzte Dr. I.____ zudem teilweise mit Vermutungen und stützte sich wiederholt auf Angaben der Beschwerdeführerin, welche sie selbst als widersprüchlich bzw. nicht plausibel empfand. Im Gegensatz dazu stellte Dr. F.____ keine psychiatrische Diagnose (IV-act. 160-70). Er berichtete wie schon Dr. I.____ und Dr. E.____ (Wahrnehmungsprotokoll eines Gesprächs der Parteien vom 19. April 2016; IV-act. 134) über erhebliche Diskrepanzen bzw. Widersprüche. Bereits die Beschwerdeschilderung sei völlig unklar, vage und widersprüchlich. Dies lasse sich eigentlich nur damit erklären, dass die Beschwerdeführerin nicht wirklich unter einer psychischen Erkrankung leide, über welche sie konsistent berichten könnte (IV-act. 160-80). Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin (act. G1) stützte sich Dr. F.____ bei seinen Einschätzungen nicht im Wesentlichen auf die Ergebnisse der Observation. Er hielt fest, die Observationsergebnisse allein liessen keine psychiatrische Diagnostik oder Stellungnahme zu, sie seien im Gesamtzusammenhang aber ein wichtiger Baustein, der berücksichtigt werden müsse (IV-act. 160-82 f.). Er hielt zu Recht fest, aus dem Observationsmaterial lasse sich ablesen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage sei, Auto zu fahren und mit Mitmenschen zu kommunizieren sowie sich längere Zeit in grossen Menschenmengen aufzuhalten (vgl. IV-act. 137). Dies widerspreche dem berichteten sozialen Rückzug (IV-act. 160-84).

Zusammen mit dem auffälligen Verhalten der Beschwerdeführerin anlässlich der beiden Begutachtungen sowie der Einschätzung von Dr. phil. G.____, welcher eine Antwortverzerrung festgestellt hatte (IV-act. 161-13), ist somit plausibel, dass Dr. F.____ von keiner psychiatrisch bedingten Beeinträchtigung ausging. Damit erübrigen sich weitere Ausführungen zur Prüfung der Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 307 f. Dr. J.____ hatte am 25. Mai 2015 zwar unter anderem über eine chronische Depression berichtet. Er hatte diese Diagnose jedoch nicht ausführlich begründet und die Beschwerdeführerin zudem nur zu drei Therapiesitzungen gesehen, dies bereits im Frühjahr 2013 (vgl. IV-act. 106). Bei der Würdigung der medizinischen Situation fällt weiter ins Gewicht, dass das rheumatologische Medas-Teilgutachten vom 30. Dezember 2015 (IV-act. 123-50 ff.) und das psychiatrische Gutachten von Dr. F.____ vom 26. Januar 2017 (IV-act. 160) auf umfassender Aktenkenntnis sowie eigenen Untersuchungen beruhen, das gesamte Leidensbild der Beschwerdeführerin berücksichtigen und die auf dieser Grundlage gezogenen Schlüsse nachvollziehbar sind. Aus den von der Beschwerdeführerin vorgebrachten medizinischen Einschätzungen ergeben sich zudem keine objektiven Gesichtspunkte, welche in den genannten Gutachten ausser Acht gelassen worden wären. Der behandelnde Dr. D.____ attestierte der Beschwerdeführerin am 15. September 2016 weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100% (IV-act. 150). Er begründete dies jedoch nicht nachvollziehbar, setzte sich nicht mit dem Medas-Gutachten auseinander und hatte soweit erkennbar keine Kenntnis von den Ergebnissen der Observation. Dieser Bericht ist damit nicht geeignet, die Gutachten in Zweifel zu ziehen. Schliesslich wurden auch zwischen den beiden Gutachten und der umstrittenen Verfügung vom 20. November 2017 (IV-act. 168) eingetretene massgebliche Veränderungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit nicht substantiiert geltend gemacht und solche ergeben sich auch nicht aus den Akten. Weitere medizinische Abklärungen erübrigen sich damit. Zusammenfassend ergibt sich, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenrevision ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorlag, welches zudem keine Auswirkungen auf die quantitative Arbeitsfähigkeit hatte (vgl. IV-act. 123-61, 160). Das ausschlaggebende Element der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens - und damit indirekt des Invaliditätsgrads - ist in aller Regel der Grad der verbliebenen Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin hat keinen Beruf erlernt, so dass sie als Hilfsarbeiterin einzustufen ist. Es ist ihr deshalb ohne weiteres zumutbar, im Ausmass ihrer verbliebenen Arbeitsfähigkeit einer Hilfsarbeit nachzugehen. Es muss sich um eine der Behinderung optimal gerecht werdende Hilfsarbeit handeln, damit die verbleibende Arbeitsfähigkeit - der allgemeinen Schadenminderungspflicht Rechnung tragend - bestmöglich verwertet werden kann. Wenn in Art. 6 Satz 1 ATSG von der durch eine Gesundheitsbeeinträchtigung bewirkten Einschränkung bei der Fähigkeit, im bisherigen Beruf zumutbare Arbeit zu leisten, die Rede ist, so kann damit im Zusammenhang mit der Bemessung des zumutbaren Invalideneinkommens der Beschwerdeführerin also nur die Arbeitsunfähigkeit in einer behinderungsadaptierten Hilfsarbeit gemeint sein (vgl. Urteil des Versicherungsgerichts vom 17. August 2012, IV 2010/400 E. 1.1). Ausgehend von einer 100%igen Arbeitstätigkeit in der angestammten Tätigkeit als Hilfsarbeiterin im Validenfall und einer solchen von 100% im Invalidenfall erübrigen sich die Vornahme eines konkreten Einkommensvergleichs und insbesondere die Festsetzung eines Tabellenlohnabzugs, da ohnehin kein rentenbegründender Mindestinvaliditätsgrad von 40% resultiert. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente damit zu Recht aufgehoben. Nach dem Gesagten ist die angefochtene Verfügung nicht zu beanstanden und die Beschwerde abzuweisen. 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 in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Dem Ausgang des Verfahrens entsprechend ist sie der Beschwerdeführerin aufzuerlegen. Der geleistete Kostenvorschuss von Fr. 600.-- ist der Beschwerdeführerin anzurechnen. Ausgangsgemäss hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung. Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss wird der Beschwerdeführerin im Betrag von Fr. 600.-- angerechnet.

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