

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/24 vom 19. Dezember 2019**

Sg Versicherungsgericht, 2019-12-19, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publikationen\\_IV\\_2018\\_24](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publikationen_IV_2018_24)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/24 du 19 décembre 2019

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2018/24 del 19 dicembre 2019

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 17 ATSG; Art. 43a ATSG: Einstellung einer bisher ganzen Rente. Gemäss beweiskräftigem polydisziplinären Gutachten sind die geklagten Beschwerden nicht klinisch objektivierbar beziehungsweise bestehen massgebliche Inkonsistenzen und Diskrepanzen. Dem Gutachten ging eine Observation voraus, welche den Anforderungen von Art. 43a ATSG entspricht, der jedoch für die Beurteilung durch die Gutachter keine gewichtige Bedeutung zukommt (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St Gallen vom 19. Dezember 2019, IV 2018/24).

## **Volltext**

Entscheid vom 19. Dezember 2019 Besetzung Versicherungsrichterinnen Michaela Machleidt Lehmann (Vorsitz), Marie Löhner und Marie-Theres Rüegg Haltinner; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2018/24 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Daniel Ehrenzeller, Engulgasse 214, 9053 Teufen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.\_\_\_\_ meldete sich am 27. November 2000 wegen Beschwerden der Halswirbelsäule, Kopfschmerzen, Rückenleiden und Depressionen bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 2). Gemäss einem Bericht des Zentrums für Tumordiagnostik und Prävention (ZeTuP) vom 21. April 1999 litt die Versicherte unter einem Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung ins rechte Bein mit ISG-Blockade rechts, ausgelöst durch einen Sturz auf das Gesäss am 19. Februar 1999 (IV-act. 3-12). Im achten Monat schwanger erlitt sie am 15. Juli 1999 beim Passieren einer sich automatisch öffnenden Türe der B.\_\_\_\_ einen Sturz und dabei eine Commotio cerebri und ein Distorsionstrauma der HWS (vgl. Bericht ZeTuP vom 9. September 1999, IV-act. 3-9 f.; zum deswegen angestregten Haftpflichtprozess gegen die C.\_\_\_\_ vgl. Urteil des Gerichtspräsidenten 8 des Gerichtskreises VIII D.\_\_\_\_ vom 22. Februar 2010, IV-act. 127-76 ff.; Urteil des Obergerichts des Kantons Bern, 1. Zivilkammer, vom 8. September 2010, IV-act. 127-141 ff.; Urteil des Bundesgerichts vom 1. September 2011, 4A\_14/2011, IV-act. 124-19 ff.). Gestützt auf ein polydisziplinäres Gutachten der MEDAS Ostschweiz vom 18. September 2001, welches unter anderem zum Schluss kam, bei der Versicherten habe die dritte Schwangerschaft in Verbindung mit dem Unfall im Juli 1999 zu einer erheblichen psychischen Verschlechterung geführt (IV-act. 22), und unter Berücksichtigung weiterer medizinischer Berichte (Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie, vom 28. Januar 2000, IV-act. 3-4 f., von Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt FMH für Neurologie vom 28. März 2000, IV-act. 3-1 ff., und der Sozialpsychiatrischen Beratungsstelle G.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2000, IV-act. 9-3 f.), sprach die IV-Stelle der

Versicherten mit Verfügung vom 14. Dezember 2001 mit Wirkung ab Juli 2000 eine ganze Invalidenrente zu (IV-act. 27). Zugrunde liegende Diagnosen waren eine posttraumatische Belastungsstörung, eine depressive Entwicklung, ein Status nach Sturz am 15. Juli 1999 mit leichter Commotio cerebri, ein HWS-Distorsionstrauma sowie chronische Lumbalgien (IV-act. 23). Die IV-Stelle eröffnete am 9. Oktober 2006 ein amtliches Revisionsverfahren (IV-act. 47). Ein im Rahmen des Prozesses betreffend die haftpflichtrechtlichen Folgen des Unfalles vom 15. Juli 1999 erstattetes psychiatrisches Gerichtsgutachten von Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrische Poliklinik Zürich, vom 31. Oktober 2006 attestierte der Versicherten eine derzeit fehlende verwertbare Arbeitsfähigkeit (IV-act. 50-23, 25) aufgrund einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung in der Folge des Unfalls vom 15. Juli 1999 (ICD-10: F43.1) sowie einer schweren depressiven Episode ohne psychotischen Symptome (ICD-10: F32.2; IV-act. 50-18 ff.). Gestützt darauf und auf einen Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 18. Dezember 2006 (IV-act. 52) schloss die IV-Stelle das Verfahren mit Mitteilung vom 5. Januar 2007 ab, die Versicherte habe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad 100 %; IV-act. 54). Im Rahmen des folgenden von Amtes wegen eröffneten Revisionsverfahrens gab die Versicherte am 2. Februar 2011 einen gleich gebliebenen Gesundheitszustand an (IV-act. 64). Nachdem Dr. I.\_\_\_\_ einen verschlechterten Gesundheitszustand meldete (Verlaufsbericht vom 19. Februar 2011, IV-act. 68-3 f.), sprach die IV-Stelle der Versicherten weiterhin eine ganze Rente zu (Invaliditätsgrad 100 %, Mitteilung vom 1. März 2011, IV-act. 70). Die Versicherte nahm per 1. Januar 2013 bei der J.\_\_\_\_ AG zunächst versuchsweise eine Tätigkeit im administrativen Bereich (Versand von Rechnungen, Beschriften von Couverts etc.) im Umfang von 2,55 Stunden pro Tag bzw. 12,75 Stunden pro Woche auf (Akttenotiz vom 5. November 2012, IV-act. 72; Angaben Revisionsfragebogen vom 4. März 2013, IV-act. 77, Angaben Arbeitgeberin vom 8. April 2013, IV-act. 84). Im Fragebogen zur Revision gab sie am 4. März 2013 an, ihr Gesundheitszustand habe sich seit einem Jahr verschlechtert (IV-act. 77-1). Die IV-Stelle beendete dieses Revisionsverfahren am 14. Mai 2013 mit der Mitteilung, die Versicherte habe weiterhin Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von neu 75 % (IV-act. 90). In einem Revisionsfragebogen gab die Versicherte am 12. September 2014 im Wesentlichen an, sie leide aufgrund einer Zervikobrachialgie C7 rechts und eines Bandscheibenvorfalles C6/7 rechts unter wiederkehrenden Schmerzen und Schmerzattacken (Kopfschmerzen, Migräne, Rückenschmerzen) und infolge dessen an Konzentrationsstörungen. Die ungenügende Arbeitsleistung führe zu Stresssymptomen und Angst vor Verlust von Arbeitsstelle und Einkommen, zu Wertlosigkeits- und Schuldgefühlen und daraus resultierenden Zukunftsängsten. Weiter bestünden Antriebslosigkeit bis hin zu ausgeprägter Passivität und häufig auftretende Gefühle der Hoffnungslosigkeit mit Suizidgedanken. Im schmerzfreien Zustand sei die Beweglichkeit nicht eingeschränkt, sie vermeide aber jede Art von besonderer Anstrengung aus Angst vor einer Schmerzauslösung. Seit dem Bandscheibenvorfall im Februar 2014 leide sie unter Einschränkungen der Bewegung des rechten Armes. Normalerweise müsse sie die Arbeit nach einer Stunde für mindestens eine halbe Stunde unterbrechen. Bei Schmerzattacken müsse sie nach Hause. Der Zustand sei seit dem Unfall unverändert; seit Februar 2014 (Bandscheibenvorfall) sei es eher schlimmer geworden. Die psychische Verfassung sei dauerhaft äusserst stark schwankend. Tageweise verlasse sie die Wohnung nur, um zur Arbeit zu gehen (Fragebogen samt ausführlichem Zusatzblatt, IV-act. 132). Nachdem der IV-Stelle ärztliche Berichte der Klinik für

Neurochirurgie des Kantonsspitals St. Gallen (vom 24. Februar 2014, IV-act. 135-5 f., und vom 13. März 2014, IV-act. 135-4), von Dr. I.\_\_\_\_ (Verlaufsbericht vom 3. Oktober 2014, IV-act. 137-2 f.) und Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin (Eingang 18. November 2014, IV-act. 139) vorlagen und IV-Mitarbeiterin Dr. med. L.\_\_\_\_ den medizinischen Sachverhalt geprüft und Unstimmigkeiten festgestellt hatte (vgl. Stellungnahme vom 27. Januar 2015, IV-act. 140), wurde die Versicherte im Auftrag der IV-Stelle zwischen dem 26. August 2015 und dem 21. September 2015 tages- bzw. halbtagesweise oder kürzer überwacht. Dabei konnte sie insbesondere beobachtet werden, wie sie als Autolenkerin oder Beifahrerin ihres Ehemannes am Arbeitsort ankam und diesen verliess, sowie bei diversen Rauchpausen (vgl. dazu Überwachungsbericht vom 23. September 2015, IV-act. 148). Die IV-Stelle hielt unter anderem fest, die Versicherte habe angegeben, jeweils am Montag, Dienstag, Donnerstag und Freitag von 08.30 Uhr bis 12.00 Uhr zu arbeiten. An den Observationstagen habe teilweise eine deutlich höhere Präsenz am Arbeitsplatz dokumentiert werden können. Sie sei teilweise über 12 Stunden am Arbeitsort bzw. unterwegs gewesen (Aktennotiz vom 2. November 2015, IV-act. 153). Im Standortgespräch vom 12. Januar 2016 berichtete die Versicherte im Wesentlichen, sie benötige für die Arbeiten mehr Zeit als eine gesunde Person und müsse daher entsprechend länger arbeiten, um ihre Arbeiten zu erledigen. Sie könne die Arbeitszeit frei einteilen und nachhause gehen, wenn sie sich nicht gut fühle. Psychisch gehe es ihr besser. Durch die Arbeit erfahre sie mehr Wertschätzung und fühle sich akzeptierter. Aufgrund des Bandscheibenvorfalles im Februar 2014 könne sie viele Bewegungen nicht ausführen und beispielsweise mit der rechten Hand lediglich Lasten von 3-5 kg tragen. In den letzten sechs Monaten habe es Tage oder Phasen gegeben, in denen sie gar nicht oder wenig eingeschränkt gewesen sei. Obwohl ihr Ehemann CEO des Unternehmens sei, fürchte sie, bei einem Wechsel des Geschäftsführers oder einem Ehestreit die Stelle zu verlieren. Nach Eröffnung der Observation führte sie aus, das Unfallereignis vom 15. Juli 1999 habe sie abgeschlossen. Ihr Sohn sei ein gesunder, begabter Mann geworden. Ihr Ziel sei es, selbstbewusst zu werden und in einem Pensum von 80 % zu arbeiten (IV-act. 161).

Dr. med. M.\_\_\_\_, Neurologie FMH, hielt im Bericht vom 3. Februar 2016 im Wesentlichen fest, Ende 2015 habe die Versicherte über eine erhebliche Zunahme der seit Sommer 2015 tendenziell stärker gewordenen Nackenschmerzen sowie über ein Taubheitsgefühl im rechten Unterarm ulnar, bestehend seit Ende 2015, geklagt (IV-act. 181-136 ff.). Er überwies die Versicherte an die Klinik für Neurochirurgie des KSSG. Dort wurde im Bericht vom 1. März 2016 ausgeführt, die Versicherte berichte über eine seit Dezember (2015) langsam bessernde Schmerzsymptomatik. In den letzten Jahren leide sie unter einem immer wieder rezidivierenden zervikobrachialen und zervikozephalen Schmerzsyndrom bei bildgebend nachgewiesener degenerativer Affektion der HWS, vorwiegend die Segmente C4/5 bis schwerpunktmässig C6/7 betreffend. Die von der Versicherten beklagten Beschwerden seien durch die Bildgebung in weiten Teilen erklärt. In Anbetracht der in den letzten Wochen eingetretenen Besserung sei eine Operation erst angezeigt, wenn die Versicherte mit den Beschwerden trotz konservativer Behandlung nicht mehr zurecht kommen sollte (IV-act. 168-2 ff.). Die Versicherte kündigte am 30. Mai 2016 ihr Arbeitsverhältnis auf den 30. September 2016, da sie aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr in der Lage sei, die Tätigkeit fortzusetzen (IV-act. 189-4). Nachdem vorerst lediglich eine psychiatrisch-rheumatologische Begutachtung vorgesehen war (IV-act. 169), wurde die Versicherte auf eigene Intervention (IV-act. 173) und später auf Ersuchen der Gutachterstelle (IV-act. 179) durch das Medizinische Zentrum Römerhof (MZR)

polydisziplinär begutachtet (Gutachten vom 23. September 2016, Dr. med. N.\_\_\_\_, Neurologie und Psychiatrie; Dr. med. O.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. P.\_\_\_\_, Rheumatologie; Dr. sc. hum. Q.\_\_\_\_ und lic. phil. R.\_\_\_\_, Neuropsychologie; Untersuchungen 22. und 23. Juni und 21. Juli 2016; IV-act. 181). Die Gutachter diagnostizierten keine Erkrankungen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zurzeit finde sich ein gut kompensiertes zervikovertebrales Achsenskelett ohne Hinweise für eine Facettengelenkssymptomatik oder eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestünden eine 2-Etagen-Diskopathie C4/5 und C6/7 ohne Kompromittieren der angrenzenden Nervenwurzeln, Kopfschmerzen im Rahmen einer Schmerzverarbeitungsstörung sowie ein aktenkundig rezidivierendes, zervikobrachiales und zervikozephalisches Schmerzsyndrom rechtsseitig bei bildgebend nachgewiesener degenerativer Affektion der HWS, ohne fokale neurologische Defizite, sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1), differenzialdiagnostisch Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.51; IV-act. 181-113 f.). In der zuletzt ausgeübten optimal angepassten Erwerbstätigkeit im Führen eines Reinigungsinstitutes (vor allem administrative Einsätze) und in jeder anderen leichten bis zeitweise wechselbelastenden mittelschweren Tätigkeit sei eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-act. 181-121 f.). Gemäss Austrittsbericht des Psychiatrischen Zentrums S.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 wurde die Versicherte dort vom 12. Oktober bis 30. November 2016 stationär behandelt, nachdem sie laut eigener Aussage nach einer verbalen Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann eher unbewusst und nicht in suizidaler Absicht 18-20 Tabletten Temesta à 1 mg eingenommen hatte. Es wurden die Diagnosen einer akuten Belastungssituation (ICD-10: F43.0) sowie einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), gestellt. Die Versicherte konnte in gebessertem Allgemeinzustand bei weiterhin ausgeprägter Erschöpfbarkeit und starker Müdigkeit und in den Hintergrund getretener Freud-, Interessen- und Lustlosigkeit entlassen werden (IV-act. 185). Mit Vorbescheid vom 26. April 2017 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Einstellung der Rente (IV-act. 183). Mit Einwand vom 17. Mai 2017 (IV-act. 184) und begründender Eingabe vom 20. Juni 2017 (IV-act. 187) machte die Versicherte im Wesentlichen geltend, sie habe am 12. Oktober 2016 einen Suizidversuch begangen und stationär behandelt werden müssen. Am 7. Juni 2016 (lediglich zwei Wochen vor der Begutachtung) habe sie wegen LWS-Beschwerden notfallmässig behandelt werden müssen (vgl. IV-act. 181-147 f.). Diese Entwicklungen seien nicht in das Gutachten eingeflossen. Entgegen den Gutachtern seien die HWS-Beschwerden bildgebend objektiviert. Im Zivilprozess sei es um die adäquate Kausalität der Beschwerden gegangen; deren Existenz seien nicht in Zweifel gezogen worden. Hinsichtlich der psychischen Beschwerden fehle eine Längsschnittbeurteilung. Eine revisionsrelevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts sei nicht gegeben. Weiter legte die Versicherte einen Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2017 vor, gemäss welchem sie vom 16. Januar 2004 bis 4. Oktober 2016 in ihrer Behandlung gestanden habe und auch immer wieder von anderen Ärzten behandelt und nach wiederholten Suizidversuchen hospitalisiert worden sei. Anfangs 2016 habe eine chronifizierte schwere depressive Episode ohne psychotische Syndrome (ICD-10: F33.2) vorgelegen. Die Versicherte sei auch im Jahr 2016 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe eine intensive medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung benötigt. Sie sei während der Behandlung bei ihr nicht stabil gewesen. Sie sei chronisch psychisch krank und suizidgefährdet gewesen (IV-act. 191). Dr. L.\_\_\_\_ nahm am

20. Juli 2017 Stellung, der Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 1. März 2016 sei den Gutachtern bekannt gewesen und in ihre Einschätzung eingeflossen. Aus dem Schreiben von Dr. I.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2017 ergäben sich keine aktuellen objektivierbaren Befunde. Es handle sich um eine abweichende Einschätzung desselben Sachverhalts. Es sei weiterhin auf die gutachterliche Einschätzung abzustellen (IV-act. 192). Gestützt darauf verfügte die IV-Stelle am 27. November 2017 die Einstellung der Invalidenrente auf das Ende des nach Zustellung der Verfügung folgenden Monats. Einer Beschwerde dagegen entzog sie die aufschiebende Wirkung (IV-act. 193). Mit Beschwerde vom 12. Januar 2018 beantragt A.\_\_\_\_, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. D. Ehrenzeller, die Verfügung vom 27. November 2017 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolge aufzuheben und die bisherige ganze Rente ab Januar 2018 mindestens als halbe Rente weiter auszurichten. Eventualiter sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Sie macht im Wesentlichen geltend, die Gutachter des MZR hätten verkannt, dass sie sich darum bemühe, dass man ihr ihre psychische Erkrankung nicht anmerke. Dies erkläre, weshalb sie modisch gepflegt zur Begutachtung erschienen sei und nach aussen offen und nicht verängstigt oder deprimiert wirke. Ab dem Jahr 2001 seien zusätzlich zur rezidivierenden und allmählich chronifizierten psychischen Problematik Verschlechterungen in somatischer Hinsicht eingetreten, so namentlich seit Februar 2014 Beschwerden an der HWS und seit längerem der LWS. Es erstaune, dass anlässlich der Begutachtung keine entsprechenden Befunde bestätigt worden seien, nachdem insbesondere an der HWS wenige Monate zuvor klare Kompressionen und Irritationen festgestellt worden seien. Schliesslich hätten die gesundheitlichen Vorgänge zur Kündigung des Arbeitsverhältnisses geführt. Die LWS-Beschwerden wirkten sich vor allem bei längerem Sitzen aus, so dass sie bei den Begutachtungen jeweils prophylaktisch aufgestanden sei. Weitere inzwischen erarbeitete Copingstrategien bestünden im Juni 2012 bekundeten Interesse an einer Wiedereingliederung und in der Absolvierung von Lehrgängen zur Schaffung einer Tagesstruktur sowie in der Ausübung verschiedener Therapie- und Übungstechniken. Die neurologische und psychiatrische Begutachtung durch den selben Arzt sei nicht zulässig. Auch mache das Gutachten keine klare Aussage zur anschliessenden Verschlechterung. Der Gutachter sei aufgrund äusserer Kriterien nicht darauf eingegangen, dass sie an einer chronifizierten psychischen Krankheit leide und auch suizidgefährdet sei. Infolge des Drucks einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt würden psychische Grenzzustände auftreten. Gemäss ihrer behandelnden Therapeutin sei sie nach wie vor voll arbeitsunfähig, anzustreben sei eine Tätigkeit ohne Druck im geschützten Rahmen mit einer Arbeitsfähigkeit von maximal 50 % (act. G 1). Mit Beschwerdeantwort vom 19. März 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde. Die Suizidalität sei bekannt gewesen und berücksichtigt worden. Suizidale Episoden könnten auch im Zusammenhang stehen mit der Renteneinstellung. Der Beschwerdeführerin gelinge der Nachweis nicht, dass die Gutachter hinsichtlich ihres gepflegten Auftretens von falschen Annahmen ausgegangen seien. Gemäss Bericht vom 1. März 2016 sei von einer HWS-Operation abgesehen worden, da sich die Beschwerden in den vorangegangenen Wochen deutlich gebessert hätten. Dass sich die Beschwerdeführerin so verhalte, dass die Schmerzen nicht aufträten, stütze im Ergebnis das Gutachten. Der Beschwerdeführerin seien die Namen der Gutachter am 30. Mai 2016 bekannt gegeben worden. Die Rüge, dass derselbe Experte das neurologische und das psychiatrische Gutachten verfasst habe, sei daher nicht mehr zu hören. Zudem seien in Deutschland die neurologische und die psychiatrische Facharztausbildung gekoppelt. Auf die behandelnde Psychiaterin könne

aufgrund ihrer Stellung als behandelnde Ärztin nicht abgestellt werden (act. G 4). Mit Replik vom 14. Juni 2018 trägt die Beschwerdeführerin vor, die Beschwerdegegnerin übersehe, dass Suizidversuche nicht nur im Jahr 2016, sondern auch zweimal im Jahr 2002, 2004 und im Herbst 2017 stattgefunden hätten. Es handle sich nicht um eine Reaktion auf die sich abzeichnende Einstellung der Rente. Ihr Selbstwertgefühl und ihre eigene Wertschätzung würden darunter leiden, dass ihr nicht geglaubt werde. Mit dem gepflegten Erscheinungsbild bezwecke sie, dass man ihr die psychischen Probleme nicht anmerke. Die LWS-Problematik sei bei weitem nicht remittiert gewesen. Die HWS-Beschwerden hätten sich ab 2014, mit einer deutlichen Zunahme 2015, entwickelt. Bei ihrer Arbeit im eigenen Familienbetrieb habe sie auf die psychischen und somatischen Probleme Rücksicht nehmen können, weshalb sie mit einer normalen Arbeitstätigkeit und Arbeitsfähigkeit nicht vergleichbar sei. Die Remittierung der somatischen Beschwerden sei unter diesem Blickwinkel zu sehen. Aus den praktizierten Verhaltensstrategien könne nicht auf eine höhere Arbeitsfähigkeit geschlossen werden. Das Gutachten nehme zur Wahrscheinlichkeit einer erneuten schweren depressiven Episode keine Stellung. Dass der behandelnden Therapeutin nicht alle Akten zu Verfügung stünden, entkräfte deren Einschätzung nicht. Die neuropsychologische Testung habe wegen der aufgetretenen Konzentrationsstörungen und Erschöpfung nicht die zu erwartenden Ergebnisse geliefert. Daraus dürfe kein Verdacht auf Aggravation abgeleitet werden. Es dürfe nicht auf die Einschätzung des MZR abgestellt werden, sondern es sei eine neue Begutachtung anzuordnen. Im Weiteren würde sich auch die Frage nach beruflichen Massnahmen stellen. Sie habe erneut im Betrieb ihres Sohnes eine Tätigkeit von 20 % bis 30 % aufgenommen, bei der sie die Arbeit selber einteilen könne, auch aus Entgegenkommen und wegen des therapeutischen Effekts (act. G 8). Sodann reicht die Beschwerdeführerin einen Arztbericht der Klinik für Psychosomatik des KSSG, med. pract. T. \_\_\_\_, vom 24. Mai 2018 ein. Diese behandle sie seit dem stationären Aufenthalt im Jahre 2016 mit wöchentlicher Frequenz. Seither sei es zweimalig zum Wiederauftreten erneuter mittelgradig depressiver Episoden, aktuell erneut Teilremission, gekommen. Es sei mit hoher Wahrscheinlichkeit von weiteren depressiven Episoden auszugehen. Die Arbeitsunfähigkeit während ihrer Behandlung habe zwischen 50 % und 100 % geschwankt. Die HWS-Problematik beeinträchtige die Stimmungslage in diesen Phasen zusätzlich (act. G 8.1). Mit Duplik vom 17. August 2018 macht die Beschwerdegegnerin geltend, der eingereichte Bericht vom 24. Mai 2018 betreffe einen nicht mehr relevanten Zeitpunkt und sei äusserst dürftig begründet. Zudem verfüge die unterzeichnende Ärztin nicht über einen Facharztstitel in Psychiatrie. Damit habe der Bericht keine Relevanz. Das MZR habe den Bericht vom 7. Juni 2016 über die Notfallkonsultation vom Vortag selber eingeholt, dem Gutachten beigelegt und ihn erwähnt. Die Befunde seien weitgehend unauffällig gewesen. Insgesamt vermöge die Beschwerdeführerin nicht zu belegen, dass das Gutachten an relevanten Mängeln leide. Zum Antrag auf berufliche Massnahmen wird ausgeführt, dass die Beschwerdeführerin bisher ihre Arbeitsfähigkeit zumindest teilweise verwertet habe und in der Lage sei, die Selbsteingliederung voranzutreiben (act. G 10). Erwägungen Ändert sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers 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] i.V.m. Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG; SR 831.20] und Art. 2 ATSG). Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den

Umfang des Anspruchs (ein Viertel, ein Zweitel, drei Viertel, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 V 132 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person (BGE 133 V 548 E. 7.1). Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand (vgl. Urteil 9C\_896/2011 vom 31. Januar 2012 E. 3.1, in: SVR 2012 IV Nr. 36 S. 140; Urteil 9C\_410/2015 vom 13. November 2015 E. 2). Dabei ist nicht die Diagnose massgebend, sondern es kommt auf die Auswirkungen der Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit an, wobei in diesem Zusammenhang in erster Linie dem Befund und dem Schweregrad der Symptomatik besondere Bedeutung zukommt (vgl. Urteil 9C\_634/2015 vom 15. März 2016 E. 6.1 mit Hinweisen; BGE 136 V 281 E. 3.2.1). Eine Verbesserung der Erwerbsfähigkeit oder der Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, ist zu berücksichtigen, sobald sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird (Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV; SR 831.201]). Bei gegebenem Revisionsgrund ist der Rentenanspruch gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung umfassend neu zu prüfen (BGE 141 V 9 E. 2.3 und E. 6.1; Urteil vom 5. Dezember 2012, 9C\_427/2012, E. 3.4). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist (BGE 125 V 261 E. 4 mit Hinweisen). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen; BGE 141 V 14 E. 6.3.1). Im Sinne einer Richtlinie ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; BGE 125 V 353 E. 3b/bb). Umstritten und zunächst zu prüfen ist die Beweiswertigkeit des polydisziplinären Gutachtens des MZR vom 23. September 2016. Vorab sind die geltend gemachten formellen Punkte zu beurteilen. Zur von der Beschwerdeführerin infrage gestellten Zulässigkeit der Identität des neurologischen und psychiatrischen Gutachters ist festzuhalten, dass die Namen der Gutachter dem Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin am 31. Mai 2016 mitgeteilt wurden (IV-act. 177) und die Beschwerdeführerin diesen Umstand bereits damals hätte rügen können und somit müssen (vgl. BGE 132 V 112, E. 7.4.2 und BGE 137 V 266 f., E. 6.1.1). Im Übrigen ist kein Grund ersichtlich, weshalb die gleichzeitige Begutachtung in zwei medizinischen Fachdisziplinen unzulässig sein soll, vorausgesetzt, der Gutachter verfügt in beiden über die nötigen Fachkenntnisse. Sodann ist auf die Verwertbarkeit der Observationsergebnisse einzugehen bzw. zu prüfen, ob die Beweistauglichkeit des Gutachtens dadurch in Frage gestellt ist, dass die Gutachter Kenntnis von der Überwachung der Beschwerdeführerin hatten (Gutachten, IV-act. 181-37). Die Beschwerdeführerin wurde verschiedentlich beim Eintreffen am Arbeitsort oder dessen Verlassen beobachtet. Es konnte festgestellt werden,

dass sie sich mindestens zu folgenden Zeiten am Arbeitsort aufgehalten hatte: Freitag, 4. September 2015 von ca. 8:00 Uhr bis 12:20 Uhr, Freitag, 11. September 2015 mit kurzem Unterbruch von 07:00 bis 15:00 Uhr, Mittwoch, 16. September 2015 von 09:15 Uhr bis 18:00 Uhr und Montag, 21. September 2015 von 08:05 Uhr bis 12:00 Uhr (vgl. IV-act. 148). Es wurde jedoch nicht über mehrere Tage hinweg lückenlos dokumentiert, wann sie zur Arbeit gekommen war und wann sie den Arbeitsplatz verlassen hatte. Zudem ist nicht auszuschliessen, wenn auch nicht geltend gemacht, dass sie diesen von den Observierenden unbemerkt zwischenzeitlich verlassen hatte. Sodann konnte nicht beobachtet werden, womit sich die Beschwerdeführerin während ihrer Anwesenheit am Arbeitsort beschäftigte. Jedenfalls kann festgehalten werden, dass für die gutachterliche Beurteilung die Observationsergebnisse gegenüber der fehlenden klinischen Objektivierbarkeit der geklagten Beschwerden und den anlässlich der Begutachtung erhobenen Inkonsistenzen von untergeordneter Relevanz war. Zwar sind per 1. Oktober 2019 die neuen Bestimmungen über die Regelung von Observationen in Art. 43a f. ATSG in Kraft getreten. Da in zeitlicher Hinsicht aber grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 127 V 467 E. 1), und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügungen (hier: vom 27. November 2017) eingetretenen Sachverhalt abstellt (BGE 121 V 366 E. 1b), sind im vorliegenden Fall die alten ATSG-Bestimmungen anwendbar, welche keine Regelung betreffend die Observation von versicherten Personen kannten. Die Verwertung der Observationsergebnisse ist nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung grundsätzlich zulässig, es sei denn, die privaten Interessen würden überwiegen (Urteile vom 14. Mai 2018, 9C\_462/2017, E. 2.3, vom 9. Mai 2018, 8C\_605/2017, E. 6.3, vom 18. Februar 2018, 8C\_2/2018, E. 4.2, vom 25. April 2018, 9C\_347/2017, E. 4.3, vom 26. Juli 2017, 8C\_45/2017, E. 4.3.2 f.). Als auch aus dem Gebot der Verfahrensfairness abgeleitete Voraussetzungen der Verwertbarkeit ist zu prüfen, ob die versicherte Person im öffentlichen Raum überwacht und nicht beeinflusst wurde, ob ein hinreichender Anfangsverdacht bestand und ob die versicherte Person nicht systematisch oder ständig überwacht wurde (BGE 143 I 385 E. 5.1.1). Der Anfangsverdacht gründet vorliegend im Wesentlichen auf der Tatsache, dass die geltend gemachten Beschwerden und Diagnosen - insbesondere diejenige einer posttraumatischen Belastungsstörung - als Folgen eines Bagatellunfalles kaum plausibel seien. Dr. L.\_\_\_\_ hatte in ihrer Stellungnahme vom 27. Januar 2015 im Wesentlichen dargelegt, dass der medizinische Verlauf inkonsistent dargestellt werde und Suizidversuche angegeben würden, wobei deren angegebene Behandlung mit Temesta nicht adäquat wäre und stationäre Therapien nicht aktenkundig seien (vgl. IV-act. 140). Die Anordnung der Überwachung wurde von der Beschwerdegegnerin damit begründet, dass die Diagnosen ausschliesslich auf Angaben der Beschwerdeführerin beruhten und eine adäquate Behandlung nicht durchgeführt werde (Überwachungsantrag, IV-act. 146; Überwachungsauftrag vom 17. August 2015, IV-act. 145). Weiter habe die Beschwerdeführerin ein 30 %iges Arbeitspensum aufgenommen, obwohl sie zur selben Zeit erklärt habe, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Schliesslich seien im unmittelbaren familiären Umfeld der Beschwerdeführerin wegen Angaben praktisch identischer Beschwerden vertiefte Abklärungen wegen nicht zielkonformer IV-Leistungen getätigt worden. Der Beschwerdegegnerin lagen zu jener Zeit auch die Akten des Zivilverfahrens vor (vgl. IV-act. 122). Die Ausführung des psychiatrischen Gerichtsgutachters an der

Fortsetzungsverhandlung vom 25. September 2005 im Zivilprozess, die Beschwerdeführerin habe einen sehr glaubwürdigen Eindruck gemacht, es habe für ihn keine Hinweise auf Vortäuschung der Symptome gegeben, er schliesse eine Simulation aus (IV-act. 126-28), ist zu relativieren, denn im zweiten Parteivortrag der Beklagten vom 17. August 2009 kam zu Tage, dass die Beschwerdeführerin zwar geltend gemacht, sie habe sich aufgrund des Sturzes als Hochschwangere dermassen um das Leben des Kindes gesorgt, dass es zu einer posttraumatischen Belastungsstörung gekommen sei, jedoch nicht erwähnt hatte, dass sie rund ein halbes Jahr vor dem Unfall einen Schwangerschaftsabbruch hatte vornehmen lassen (IV-act. 127-31 ff.). Insgesamt erscheint die erforderliche objektive Begründetheit vorliegend gegeben. Bezüglich Zeitraum, Örtlichkeiten und Durchführung sind die Vorschriften eingehalten. Die Verwertung der Observationsergebnisse ist somit vorliegend zulässig. Weiter zu prüfen ist, ob das Gutachten inhaltlich überzeugt und es bei der Beschwerdeführerin im Vergleich zum massgeblichen Referenzzeitpunkt zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes, einhergehend mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit, gekommen ist, wovon die Beschwerdegegnerin ausgeht, oder ob sich der Gesundheitszustand, wie in der Beschwerde geltend gemacht, lediglich in einem kleinen Umfang gebessert hat. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Sachverhalt zurzeit der letzten Revision (Mitteilung vom 14. Mai 2013, IV-act. 90) mit jenem bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 27. November 2017 (IV-act. 193) zu vergleichen ist. Befragt nach ihren Beschwerden schilderte die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung, vordergründig seien Kopfschmerzen bis VAS 7/10. Diese würden mit nicht-steroidalen Analgetika kuptiert (2 x 500 mg Novalgin/Tag, Ibuprofen 2 x 600 mg / Tag, Lornoxicanum 3 x tägl.; vgl. auch IV-act. 181-87). Zudem leide sie unter bei Bewegung exazerbierenden Nacken- und Schulterschmerzen sowie an belastungsabhängigen Schmerzen der rechten Hand und des Unterarms, begleitet von einer Gefühlsstörung des lateralen Unterarms bzw. am rechten Vorderarm und in den Fingern II und III rechts. Weiter beschrieb sie bei Belastung exazerbierende lumbale Rückenschmerzen von stechendem und brennendem Charakter. Seit April 2016 bestünden neu Missempfindungen rechts paralumbal und paralumbosakral mit Einbezug der Ober- und Unterschenkelweichteile und in den Zehen II, III und IV rechts (IV-act. 181-50, 57, 63, 69, 83 f., 94). In psychischer Hinsicht habe sie "wechselbelastende" Beschwerden. An gewissen Tagen gehe es ihr sehr gut, an anderen sei sie gereizt, aggressiv, vertrage niemanden und ziehe sich zurück. Sie weiche Personen aus, die sie von früher kannten und ihr ständig nicht umsetzbare Ratschläge erteilten. Deshalb sei sie wieder in die Firma ihres Mannes gekommen. Das neue Personal wisse, dass sie krank sei, kenne aber die Einzelheiten nicht. Sie wache wegen Albträumen auf oder weil ihr Ehemann sie wecke, wenn sie unruhig sei (IV-act. 181-51, 84 f.). Zu den Kopfschmerzen führte der neurologische Gutachter zusammenfassend aus, die Beschwerdeführerin gebe an, dass diese durch Einnahme nicht steroidaler Schmerzmittel kuptiert würden, was im Widerspruch dazu stehe, dass solche im Serum nicht nachgewiesen worden seien (IV-act. 181-71). Als Folge von Verletzungen, wie sie die Beschwerdeführerin beim Unfall erlitten habe, verbleibe in seltenen Fällen ein Spannungskopfschmerz, dem allerdings die von der Beschwerdeführerin beschriebene Symptomatik nicht entspreche. Ein Kopfschmerzkalender werde nicht geführt und eine neurologische Abklärung sei trotz der beklagten Intensität und Dauer der Schmerzen nicht veranlasst worden (IV-act. 181-72). Aktenkundig sind zwar beklagte stets zervikal beginnende Kopfschmerzen mit Übelkeit, Erbrechen und Licht- und Lärmempfindlichkeit im Anschluss an das Unfallereignis vom 15. Juli 1999 (Bericht

Dr. E.\_\_\_\_ vom 28. Januar 2000, IV-act. 3-4 f.). Im weiteren Verlauf war die Beschwerdeführerin jedoch hauptsächlich wegen der in Schulter und Arm ausstrahlenden Beschwerden der HWS in neurologischer bzw. neurochirurgischer Abklärung oder Behandlung (vgl. Berichte von Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie, vom 12. März 2014, IV-act. 181-154 f., Prof. Dr. med. V.\_\_\_\_, Arzt Klinik für Neurochirurgie des KSSG, vom 13. März 2014, IV-act. 135; Dr. M.\_\_\_\_ vom 2. Februar 2016, IV-act. 181-139, und vom 3. Februar 2016, IV-act. 181-136 f., der Klinik für Neurochirurgie KSSG vom 1. März 2016, IV-act. 168, sowie der Klinik W.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016, IV-act. 181-147 f.). Aufgrund des Ansprechens der Kopfschmerzen auf Analgetika und der im Aktenverlauf ersichtlichen Verlagerung der Schmerzen ist nicht davon auszugehen, dass hinsichtlich der Kopfschmerzen eine Verbesserung eingetreten ist und die Beschwerdeführerin nicht mehr unter die Arbeitsfähigkeit dauerhaft und relevant einschränkende Kopfschmerzen leidet. Zu prüfen ist die Beurteilung der von der Halswirbelsäule ausgehenden sowie die Schultern und Arme betreffenden Beschwerden. Die Beschwerdeführerin begab sich ab 16. Februar 2014 wegen einer rechtsseitigen Zervikobrachialgie in ärztliche Behandlung und wurde an die Klinik für Neurochirurgie des KSSG überwiesen. Dort wurde ein Schulter-Arm-Syndrom rechts mit/bei fehlendem motorischem Defizit, initial Zervikobrachialgie mit Besserung der Zervikalgie unter konservativer Therapie, festgehalten. Unter ausgebauter Analgesie sei es zu einer Besserung der Zervikalgie gekommen, es persistierten jedoch rechtsseitige Schulterschmerzen mit einer Ausstrahlung in den rechts-lateralen Oberarm. Am Unterarm komme es radial zu einem Kältegefühl mit einer Ausstrahlung in sämtliche fünf Finger und dadurch zu einer diffusen, schmerzbedingten Kraftminderung, so dass ungewollt Gegenstände fallen gelassen würden. Der klinisch-neurologische Befund sei unauffällig gewesen (IV-act. 135-5). Ein MRI der HWS vom 25. Februar 2014 zeigte eine Kompression der Nervenwurzel C7 rechts, eine mögliche Irritation der Nervenwurzel C7 links und eine geringgradige Kompression der Nervenwurzel C6 am Forameneingang bei rechtsforaminaler subligamentär verbliebener Diskushernie HWK 6/7 und flacher medio-rechtsseitig bis rechtsforaminaler Diskushernie HWK 5/6 (IV-act. 181-141). Schliesslich bot Prof. V.\_\_\_\_ eine Operation (Dekompression und Fusion HWK 5-7 mit Ersatz der Bandscheiben durch ein Cage-System) an; eine Operationsindikation sei gegeben, da die Beschwerden auf konservativem Wege nicht zu beseitigen seien (Bericht vom 13. März 2014, IV-act. 135-4). Ebenso riet Dr. U.\_\_\_\_ zu einer Operation, falls der Trend zu Besserung abreisse oder es zu einer Verschlechterung kommen sollte. Er hielt weiter fest, klinisch sei eine Schonhaltung bemerkbar mit minimal nach rechts geneigtem Kopf und Meiden von spontanen Rotationsbewegungen des Nackens (Bericht vom 12. März 2014, IV-act. 181-154 f.). Dr. M.\_\_\_\_ fand elektroneuromyographisch keine Hinweise für eine motorische C5-Th1 - Nervenwurzelläsion, ein Carpaltunnelsyndrom, eine N. radialis-Läsion, ein Sulcus-ulnaris-Syndrom, eine untere Plexus brachialis-Läsion rechts oder eine Polyneuropathie (Bericht vom 11. Dezember 2015, IV-act. 181-151). Hingegen ergab eine neue MRI-Untersuchung der HWS vom 16. Dezember 2015 eine im Vergleich zur Voruntersuchung neue bzw. deutlich zugenommene flächenhafte medio-rechtsseitig bis rechtsforaminale Diskushernie HWK 4/5 mit Kompression respektive Irritation der C5-Nervenwurzel rechts im foraminalen Verlauf (Bericht MRI HWS, IV-act. 163). Im Bericht vom 3. Februar 2016 führte Dr. M.\_\_\_\_ als Diagnose eine ausgeprägte Zervikobrachialgie mit sensibler C7-Radikulopathie rechts bei mediolateral rechts bis rechts-foraminaler Diskushernie auf Höhe HWK 4/5 mit C5-Nervenwurzelirritation rechts

sowie bekannter Discushernie auf Höhe HWK 6/7 mit C7-Nervenwurzelkompression rechts und bekannter mediolateraler bis rechts-foraminaler Diskushernie auf Höhe HWK 5/6 mit C6-Wurzelirritation an. Die Versicherte berichtete über eine erhebliche Zunahme der seit Sommer 2015 tendenziell zunehmenden Nackenschmerzen und des Taubheitsgefühls im rechten Unterarm ulnar seit Ende 2015. Klinisch-neurologisch hätten sich eine dezente Parese des ulnaren Handbeugers (M4+), eine Hypästhesie annähernd dem C7-Dermatom rechts, eine erhebliche Nackenmuskulatur-Verspannung mit Ausstrahlung der Nackenschmerzen bis zum Schulterbereich rechts im Rahmen der kraniocervicalen Provokationsmanöver feststellen lassen. Elektroneuromyographisch hätten sich unauffällige Befunde des rechten Armes ergeben. Zusammenfassend handle es sich um eine Exazerbation der vertebrogenen Zervikobrachialgie. Die Nackenschmerzen hätten teilweise neuropathischen Charakter (IV-act. 181-136 f.). Im Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 1. März 2016 wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin berichtete über eine sich seit Dezember (2015) langsam bessernde Schmerzsymptomatik. In der neurologischen Untersuchung zeigten sich mit Ausnahme der Angabe einer Hypästhesie im volaren Unterarmbereich keine weiteren Ausfälle. Es handle sich um ein in den letzten Jahren immer wieder rezidivierendes zervikobrachiales und zervikozephalales Schmerzsyndrom bei bildgebend nachgewiesener degenerativer Affektion der HWS, schwerpunktmässig C6/7. Die von der Versicherten beklagten Beschwerden seien durch die Bildgebung in weiten Teilen erklärt. Bei fehlenden Ausfällen und in Anbetracht der in den letzten Wochen eingetretenen Besserung sei eine Operation erst angezeigt, wenn die Versicherte mit den Beschwerden trotz konservativer Behandlung nicht mehr zurecht komme (IV-act. 168). Der rheumatologische Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung (im Bereich der HWS) keine Schmerzen angegeben (IV-act. 181-58). Das zervikovertebrale Achsenskelett sei zurzeit stabil und gut kompensiert ohne Hinweise für eine Facettengelenkssymptomatik oder eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik. Auch fortgeleitete Missempfindungen oder eine reflektorische myofasziale Dysbalance lasse sich nicht feststellen (IV-act. 181-59). Die HWS sei frei beweglich ohne wahrnehmbare Schmerzperzeption (IV-act. 181-60). Die angegebene Hypästhesie im Bereich volarseits des rechten Vorderarmes könne neurologisch nicht eingeordnet werden, bei wiederholter Befragung werde die Qualität unterschiedlich angegeben, einmal verbunden mit verminderter Gefühlswahrnehmung, einmal mit einer Dysästhesie, einmal könne die Versicherte die Einschränkung kaum beschreiben. Es fehle eine neurogene resp. Head'sche Zuordnung (IV-act. 181-51). Entgegen dem Bericht der Klinik für Neurochirurgie vom 1. März 2016 bestehe keine Operationsindikation (IV-act. 181-61). Auch der neurologische Gutachter führte aus, an der HWS sei keine radikuläre Symptomatik auslösbar (IV-act. 181-63). Die Wirbelsäule sei frei beweglich ohne wesentlichen Druck- oder Klopfschmerz (IV-act. 181-65). Die elektrophysiologische Untersuchung insbesondere auch des N. medianus und des N. ulnaris rechts war unauffällig (IV-act. 181-67 f.). Somit konnten weder der rheumatologische noch der neurologische Gutachter funktionelle, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Einschränkungen im Bereich der HWS oder der Arme objektivieren. Damit übereinstimmend war bereits zuvor nach einer klinisch-neurologischen Untersuchung in der Klinik für Neurochirurgie vom 22. Februar 2014 festgehalten worden, klinisch-neurologisch bestehe hinsichtlich der zervikovertebralen Beschwerden bzw. des Schulter-Arm-Syndroms ein unauffälliger Befund (IV-act. 135-5). Zusammenfassend besteht für die geklagten Beschwerden zwar ein bildgebendes Korrelat, jedoch sind keine

funktionellen Auswirkungen objektivierbar. Massgebend für die invalidenversicherungsrechtliche Beurteilung sind die funktionellen Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit, während die behandelnden Ärzte entsprechend ihrer Aufgabe und ihrer Betrachtungsweise vom Vorhandensein der Beschwerden im beklagten Ausmass ausgehen. Aus den Berichten der behandelnden Ärzte geht nicht hervor, dass sich die bildgebend feststellbaren radikulären Befunde funktionell auswirken. Die Gutachter konnten nicht nur keine solchen Befunde erheben, sondern fanden auch verschiedene Diskrepanzen und Inkonsistenzen (vgl. dazu unten, Erw. 3.6.2). Weiter berichtete die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung im Juni 2016, sie habe ihre Arbeitsstelle aus gesundheitlichen Gründen kündigen müssen. Sie komme mit den Schmerzen nicht klar, vor allem leide sie an Rückenschmerzen (IV-act. 181-44 f.). Da sie sich im Juni 2016 wegen seit April 2016 bestehender Lumbago mit ausstrahlenden Schmerzen notfallmässig in Behandlung begeben hatte (Bericht Notfallaufnahme Klinik W.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016, IV-act. 181-147 f.) und auch gegenüber dem rheumatologischen Gutachter angab, seit April 2016 bestünden neu Missempfindungen rechts paralumbal und paralumbosakral mit Einbezug der Ober- und Unterschenkelweichteile und in den Zehen II, III und IV rechts (IV-act. 181-57), ist davon auszugehen, dass sich diese geschilderte Verschlechterung vor allem auf die lumbalen Beschwerden bezieht. Somit erscheint insgesamt schlüssig und nachvollziehbar, dass die geltend gemachten von der HWS ausgehenden Beschwerden die Arbeitsfähigkeit in quantitativer Hinsicht nicht einschränken. Zu beurteilen sind sodann die lumbalen Beschwerden. Ein Lumbovertebralsyndrom mit pseudoradikulärer Ausstrahlung wurde erstmals nach einem Sturz vom 19. Februar 1999 diagnostiziert (Bericht ZeTuP vom 21. April 1999, IV-act. 3-12). Im Bericht der Klinik für Neurochirurgie des KSSG vom 24. Februar 2014 wurden intermittierende lumbale, aber selbstlimitierende Schmerzen beschrieben. Der damalige klinisch-neurologische Befund war unauffällig (IV-act. 135-5). Im Bericht der Notfallaufnahme Klinik W.\_\_\_\_ vom 7. Juni 2016 wurde eine seit April 2016 bestehende und seit drei Wochen progrediente Lumbago mit ausstrahlenden Schmerzen ins linke Gesäss festgehalten (IV-act. 181-179 f.). Der rheumatologische Gutachter befand, das lumbosakrale Achsenskelett sei frei und uneingeschränkt beweglich. Die beklagten Beschwerden lumbal entsprächen vereinzelt myofaszialen Triggerpunkten rechts paralumbal mit Beckenkamm-Tendinose rechts dorsolateral, das lumbosakrale Achsenskelett sei frei und uneingeschränkt beweglich. Es handle sich umversible Weichteilveränderungen unter einer adäquaten entsprechenden Therapie (IV-act. 181-59 f.). Der neurologische Experte verneinte auch in Bezug auf die LWS eine klinisch objektivierbare neuropathische bzw. radikuläre Symptomatik (vgl. IV-act. 181-70). Somit ist auch von Seiten der lumbalen Wirbelsäule keine funktionelle Einschränkung und somit dauerhafte wesentliche Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit objektivierbar. Es verbleibt die Überprüfung der Einschätzung der Beschwerden aus psychiatrischer Sicht. Der psychiatrische Gutachter hielt fest, nach Angaben der Beschwerdeführerin sei das psychische Befinden stark wechselhaft. Sie sei durch Albträume im Zusammenhang mit dem erlittenen Unfall belastet und habe Schwierigkeiten mit dem Gedächtnis und der Konzentration. Sie leide häufig unter innerer Unruhe, Reizbarkeit, Müdigkeit, Ein- und Durchschlafstörungen und Aggressivität (IV-act. 181-84 f.). Er erhob klinisch unauffällige Befunde betreffend Aufmerksamkeit, Konzentration und Gedächtnis. Die fließende und genaue Schilderung der Lebensgeschichte und Entwicklung der Beschwerden deute auf unauffällige mnestiche Funktionen hin (IV-act. 181-88 f., 95, 105). Die klinische psychopathologische Untersuchung ergab auch in den Bereichen Affekt und Persönlichkeit

keine auffälligen Befunde und keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung oder posttraumatische Belastungsstörung (IV-act. 181-95, 96 f.). Die Kardinalsymptome einer Depression seien nicht gegeben, da sich objektiv kein Interessenverlust, keine anhaltend gedrückte Stimmung und keine erhöhte Müdigkeit feststellen liessen. Es gebe auch keine Hinweise auf ein vermindertes Selbstwertgefühl, keine Schuldgefühle, keinen verminderten Appetit und keine depressiv bedingten Schlafstörungen (IV-act. 181-96). Es bestehe keine depressive Auslenkung der Grundstimmung, die Psychomotorik sei unauffällig. Die in den Akten wiederholt dokumentierte depressive Störung habe sich zurückgebildet (IV-act. 181-100, 105). Die beklagten kognitiven und funktionalen Defizite, begleitet von Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie vermehrter Erschöpfbarkeit, könnten analog dem erhobenen psychopathologischen Befund nach ADMP nicht objektiviert werden. Die Angaben lägen im rein Subjektiven (IV-act. 181-100, 105). Unter Würdigung der Versicherungsakte, der Exploration und der psychiatrischen Untersuchung sei diagnostisch von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1), differenzialdiagnostisch chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), auszugehen. Darüber hinaus lägen psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol), überwiegend wahrscheinlich Abhängigkeitssyndrom, episodischer Substanzgebrauch (ICD-10: F10.26), differenzialdiagnostisch schädlicher Gebrauch (ICD-10: F10.10), und darüber hinaus durch Tabakkonsum (ICD-10: F17.24) vor (IV-act. 181-97, 102). Der Experte beurteilte die genannten Diagnosen als nicht geeignet, um das positive Leistungsbild mittel- und längerfristig zu mindern (IV-act. 181-102). Aus psychiatrischer Sicht sei eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit für alle Tätigkeiten auf dem ersten Arbeitsmarkt ausgewiesen (IV-act. 181-103). Der Beschwerdeführerin waren nach dem Unfall vom 15. Juli 1999 verschiedentlich eine posttraumatische Belastungsstörung sowie eine schwere depressive Episode diagnostiziert worden (Arztbericht Sozialpsychiatrische Beratungsstelle X.\_\_\_\_ vom 14. Dezember 2000, IV-act. 9-3 f.; psychiatrisches Gutachten Dr. med. Y.\_\_\_\_ [zitiert in den Zivilprozessakten, IV-act. 50-10 ff. und 127-86 ff.]; psychiatrisches Gutachten Dr. med. H.\_\_\_\_, Psychiatrische Poliklinik Zürich, vom 31. Oktober 2006, IV-act. 50-19 ff.; Ergänzungsgutachten Dr. H.\_\_\_\_ vom 22. August 2008, IV-act. 126-9 ff.). Dr. H.\_\_\_\_ blieb im Wesentlichen bei seiner Beurteilung, nachdem sich im Verlauf des Zivilprozesses herausgestellt hatte, dass die Beschwerdeführerin offenbar im Mai 1998, rund ein halbes Jahr, bevor sie erneut schwanger geworden war, einen Schwangerschaftsabbruch hatte vornehmen lassen (Erster Parteivortrag vom 2. Dezember 2008, IV-act. 128-48). Sodann wurde festgehalten, durch Berichte der Notfallaufnahme des Kantonsspitals St. Gallen seien Suizidversuche am 28. April und 13. November 2002 belegt (Zweiter Parteivortrag vom 17. August 2009, IV-act. 127-7). Weiter aktenkundig ist ein Suizidversuch mit Alkohol und Tabletten im Jahr 2004 (Austrittsbericht Psychiatrisches Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016, IV-act. 185). Im Standortgespräch vom 12. Januar 2016 bei der IV-Stelle gab die Beschwerdeführerin unter anderem zu Protokoll, es gehe ihr psychisch besser, es sei ein langer Prozess gewesen (IV-act. 161-8). Mit dem Ereignis vom 15. Juli 1999 habe sie abgeschlossen. Ihr Sohn (mit dem sie damals schwanger war) sei ein gesunder, begabter Mann geworden (IV-act. 161-19). Dr. I.\_\_\_\_ berichtete am 6. Juli 2017 zuhanden des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin, diese sei vom 16. Januar 2004 bis 4. Oktober 2016 bei ihr in Behandlung gewesen. Sie sei während der Behandlung nicht stabil, chronisch psychisch krank und suizidgefährdet gewesen und sei auch immer wieder von anderen Ärzten behandelt und nach wiederholten Suizidversuchen hospitalisiert worden.

Seit anfangs 2016 habe die Versicherte unter einer rezidivierenden depressiven Störung, schwere Episoden ohne psychotische Symptome, chronifiziert (ICD-10: F33.2) gelitten. Sie sei auch im Jahr 2016 100 % arbeitsunfähig gewesen und habe eine intensive medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung benötigt (IV-act. 191; vgl. auch Berichte vom 18. Dezember 2006, IV-act. 53, und vom 19. Februar 2011, IV-act. 68-3 f.). Nach Angaben der Beschwerdeführerin verschlechterte sich ihr Gesundheitszustand ab Herbst 2016 (Einwand, IV-act. 184). Vom 12. Oktober bis 30. November 2016 musste sie stationär behandelt werden, da sie, nach ihrer Schilderung ausgelöst durch eine verbale Auseinandersetzung mit ihrem Ehemann, eher unbewusst und nicht in suizidaler Absicht, 18 bis 20 Tabletten Temesta à 1 mg eingenommen hatte (Austrittsbericht Psychiatrisches Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016, IV-act. 185). Für eine dissimulierte Suizidabsicht ergeben sich aus dem Bericht keine Hinweise. Der aktuellste dem psychiatrischen Gutachter vorliegende Bericht seiner Fachrichtung war der Verlaufsbericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2014. Dort hatte Dr. I.\_\_\_\_ festgehalten, der Gesundheitszustand sei stationär. Wie im letzten Bericht erwähnt bestünden grosse Schwankungen (Hoffnungslosigkeit, immer wieder auftretende Selbstmordgedanken, IV-act. 137-2 f.). Dr. I.\_\_\_\_ behandelte die Beschwerdeführerin offenbar bis 4. Oktober 2016, mithin bis zur stationären Behandlung nach der geschilderten Temestaintoxikation (vgl. Bericht Dr. I.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2017, IV-act. 191, und Austrittsbericht Psychiatrisches Zentrum Z.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016, IV-act. 185). Die Tatsache der noch andauernden Behandlung und Einnahme von Fluoxetin waren ihm bekannt (IV-act. 181-87, 96). Sodann nahm Dr. L.\_\_\_\_ in Kenntnis der erneuten Verschlechterung im Herbst 2016 am 20. Juli 2017 Stellung, diese sei durch äussere psychosoziale Faktoren ausgelöst und im Verlauf der Behandlung stabilisiert worden. Im Bericht vom 6. Juli 2017 werde die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit nicht durch aktuelle objektivierbare Befunde begründet; er liefere gegenüber den früheren Akten keine neuen Erkenntnisse. Es handle sich um eine abweichende Einschätzung desselben Sachverhalts (IV-act. 192). Dem ist insoweit zu folgen, als der Bericht die Frage nach den Befunden lediglich mit der Nennung der Diagnose beantwortet und als er auf einen seit Beginn der Behandlung im Januar 2004 und auch im Jahr 2016 nach wie vor bestehenden instabilen und chronisch pathologischen psychischen Zustand hinwies (IV-act. 191). Die Beschwerdeführerin wurde nach Entlassung aus der stationären Behandlung in wöchentlichem Rhythmus ambulant therapiert. Im Arztbericht vom 24. Mai 2018 hielt med. pract. T.\_\_\_\_ unter anderem fest, die rezidivierende depressive Störung sei gegenwärtig teilremittiert. Seit dem stationären Aufenthalt sei es zweimalig zu erneuten mittelgradig depressiven Episoden gekommen. Es sei künftig mit hoher Wahrscheinlichkeit von weiteren depressiven Episoden auszugehen (act. G 8.1). Auch dieser Bericht erwähnt keine objektivierten Befunde, welche das psychiatrische Gutachten in Frage zu stellen vermögen. Der psychiatrische Gutachter hielt anamnestic einen zeitweise beachtlichen Alkoholkonsum der Beschwerdeführerin fest, welcher ihren Ehemann immerhin veranlasste, sie diesbezüglich zu kontrollieren, und der offenbar auch im Zusammenhang mit dem Medikamentenüberkonsum eine Rolle spielte (IV-act. 181-49, 86). Er stellte entsprechende Diagnosen (IV-act. 181-97), liess diese aber in der Folge in die Beurteilung nicht mehr einfließen, was dahingehend zu verstehen ist, dass er ihnen keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Bedeutung zumass. Dies erscheint in Anbetracht der offenbar unauffälligen Laborwerte (vgl. IV-act. 181-54) und weil aufgrund der Problematik keine Behandlung oder Attestierung einer Arbeitsunfähigkeit aktenkundig ist, nachvollziehbar. Folglich sind in psychiatrischer Hinsicht keine

Beschwerden objektivierbar, welche eine vom Gutachten abweichende Diagnostik begründeten. Aufgrund der Diagnose einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (ICD-10: F45.1) bzw. differenzialdiagnostisch einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) ist das strukturierte Beweisverfahren anzuwenden (BGE 141 V 281). Dasselbe gilt neustens auch für die abhängigkeitsassoziierten Diagnosen (BGE 145 V 215). Es ist somit zu prüfen, ob die administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (BGE 141 V 309 E. 8; Urteil des Bundesgerichts vom 13. April 2016, 9C\_168/2015, E. 2.2.3). Mit Blick auf die somatischen Befunde bzw. die Schmerzstörung waren klinisch keine schwerwiegenden funktionellen Beeinträchtigungen festzustellen. Was die Depression anbelangt, dürfte gerade auch vorliegend massgebend sein, dass der Gutachter die Befunde unter Wirkung der Therapie erhebt und beurteilt, während die behandelnde Ärztin die Diagnosen mit entsprechendem Schweregrad festhält, welche behandelt werden, also ohne Berücksichtigung der therapeutischen Wirkung. Somit erscheint plausibel, dass die mittelgradigen bis schwergradigen depressiven Phasen durch die Behandlung mittelfristig jeweils soweit aufgefangen werden können, dass eine längerfristige schwere Beeinträchtigung der Funktionalität nicht entsteht. In diesem Zusammenhang ist auch auf die unterschiedliche Aufgabe und Betrachtungsweise von behandelnder Arztperson und Gutachter hinzuweisen (vgl. dazu BGE 124 I 175, E. 4, Urteile des Bundesgerichts vom 27. September 2017, 8C\_295/2017, E. 6.4.2, vom 24. November 2015, 9C\_353/2015, E. 4.1 und vom 29. September 2009, 9C\_661/2009, E. 3.2). Dass die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht mehr gestellt wird, ist mit Blick auf die oben erwähnte Aussage der Beschwerdeführerin anlässlich des Standortgesprächs, wonach sie mit dem Unfallereignis vom 15. Juli 1999 mittlerweile abgeschlossen habe (IV-act. 161-19), nachvollziehbar. Auch für Auffälligkeiten im Bereich der Persönlichkeit ergeben sich aus den medizinischen Akten keine Anhaltspunkte. Zu den Ressourcen hielt der psychiatrische Experte fest, die Fähigkeiten zur Anpassung an Regeln und Routinen, zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität/Umstellungsfähigkeit, die Fähigkeit zur Anwendung fachlicher Kompetenzen, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten, die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, zu Spontanaktivitäten, zur Selbstpflege sowie die Verkehrsfähigkeit seien nicht beeinträchtigt (IV-act. 181-90 ff.). Des Weiteren fanden die Gutachter verschiedene Inkonsistenzen und Diskrepanzen: Der rheumatologische Gutachter notierte, die Angaben betreffend Schmerzmitteleinnahme seien ambivalent und vage. Es sei nicht nachvollziehbar, dass die Versicherte bei einem so gut kompensierten Zustand Schmerzmittel einnehme, zumal sie eine freie uneingeschränkte Beweglichkeit zeige ohne wahrnehmbare Schmerzperzeption, weder im Bereich der HWS noch im Bereich des lumbosakralen Übergangs. Dazu passend seien Ibuprofen, Metamizol und Lornoxicam im Serum nicht nachweisbar (IV-act. 181-60). Das neurologische Gutachten hielt fest, insbesondere aufgrund der allgemeinen Indizien, unter anderem unbeobachtetes Gangbild, Schnelligkeit und Ablauf der Bewegungen, Mitschwingen der Arme, Spontanmotorik, spontane Kopfdrehungen, fehlende Positionswechsel oder entlastende Bewegungen während der Untersuchung, speditives An- und Auskleiden, der Schmerzschilderung, Indizien zum Ausschluss einer hirnorganischen Störung (Konzentration, Merkfähigkeit), ergäben sich Hinweise auf nicht in vorhandenem Umfang

geklagte Beschwerden im Sinne von Aggravation. Die beklagte Intensität und das Ausmass der Beschwerden seien mit dem alltäglichen Aktivitätsniveau nicht vereinbar. Die Konsistenzprüfung habe daher Diskrepanzen und Inkonsistenzen ergeben (IV-act. 181-73). Zusammenfassend ergäben die Befunde ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (Aktenlage, Eigenanamnese, Beobachtung, Untersuchungsbefunde, Selbsteinschätzungsskalen, Medikamentenmonitoring; IV-act. 181-74). Die neuropsychologische Gutachterin führte aus, die in der Symptomvalidierung erzielten Resultate lägen weit unter denen, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen seien (IV-act. 181-80). Die Reaktionszeitmessung sei nicht mit den Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion zu erklären. Es sei höchst wahrscheinlich, dass die Versicherte bei diesem Test aggravierte Reaktionen gezeigt habe (IV-act. 181-81). Weiter hätten die eklatanten mnestischen Funktionsverluste nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck entsprochen, die verlangsamten Reaktionszeiten hätten eine neurophysiologisch nicht erklärbare Variabilität gezeigt, es seien Inkonsistenzen innerhalb der Beschwerdeschilderung aufgefallen (wechselhafte, vage, unpräzise-ausweichende Schilderung) und es seien Inkonsistenzen zwischen dem behaupteten Leidensausmass und fehlender Erkennbarkeit von Leidensdruck aufgefallen (IV-act. 181-81 f.). Die Leistungstests könnten inhaltlich nicht ausgewertet werden wegen mangelnder Mitarbeit. Aus neuropsychologischer Sicht könne daher keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit vorgenommen werden (IV-act. 181-82). Im psychiatrischen Gutachten wurde dargelegt, insgesamt habe die Versicherte während der ganzen Untersuchung nicht schmerzgequält gewirkt. Sie habe sich immer wieder demonstrativ erhoben und wieder hingesezt. Dabei sei kein Leidensdruck zu beobachten gewesen (IV-act. 181-88, 95). Es bestünden Diskrepanzen zwischen der subjektiv geschilderten Intensität und der Vagheit der Beschwerden, zwischen massiven subjektiven Beschwerden und der erkennbaren körperlich-psychischen Beeinträchtigung in der Untersuchungssituation, zwischen schwerer subjektiver Beeinträchtigung und weitgehend intaktem psychosozialen Funktionsniveau bei der Alltagsbewältigung, zwischen dem Ausmass der geschilderten Beschwerden und der Intensität der bisherigen Inanspruchnahme therapeutischer Hilfe (niederfrequente fachärztliche Betreuung), zwischen dem erkennbaren klinischen Bild und den Ergebnissen der neuropsychologischen Tests sowie zwischen den zeitnah zur Untersuchung als eingenommen angegebenen (analgetischen) Medikamenten und deren (fehlendem) Nachweis im Blutserum. Die vorliegenden Befunde ergäben somit bei kritischer Würdigung ein in sich unschlüssiges, inkonsistentes Bild (IV-act. 181-101). Die Standardindikatoren des normativen strukturierten Beweisverfahrens wurden somit ausreichend diskutiert und berücksichtigt. Zusammenfassend berücksichtigt das Gutachten die angegebenen Beschwerden, die erhobenen Befunde und die wesentlichen medizinischen Vorakten vollständig. Die diagnostische Beurteilung und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit scheinen in Anbetracht der unterschiedlichen Aufgabe von behandelnden und begutachtenden Arztpersonen und der aufgezeigten Diskrepanzen und Inkonsistenzen nachvollziehbar und schlüssig. Auf das Gutachten des MZR vom 23. September 2016 ist daher abzustellen und davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin spätestens im Zeitpunkt der Begutachtung in adaptierten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig war. Mithin liegt eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und damit einhergehend der Arbeitsfähigkeit vor und ist ein Revisionsgrund gegeben. Die Berichte der behandelnden Ärztinnen und Ärzte enthalten keine objektivierenden Befunde, welche die Beurteilung der Gutachter in Frage zu stellen vermögen, insbesondere auch nicht, dass sich daran bis zum

massgeblichen Verfügungszeitpunkt etwas verändert hätte. Es ist somit von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin gab bei ihrer Anmeldung vom 1. Dezember 2000 an, sie sei als Geschäftsinhaberin einer Gebäudereinigungsfirma in den Jahren 1993 - 1999 selbständig erwerbend gewesen und habe ein monatliches Einkommen von Fr. 6'500.-- erzielt (IV-act. 2-4). Hochgerechnet auf ein Jahreseinkommen und unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung gemäss Lohnentwicklung des Bundesamtes für Statistik (BFS, Tabelle T 30; Indices Frauen: 2190; 2014: 2673) ergibt dies einen Jahresverdienst von Fr. 95'203.--. In Anbetracht der im Auszug aus dem individuellen Konto (IK) vom 7. Dezember 2000 verzeichneten Einkommen von je Fr. 33'400.-- in den Jahren 1998 und 1999 (IV-act. 4-1) und der Steuerfaktoren der Jahre 1996 bis 1998 (Fr. 43'462.--, Fr. 63'920.--, Fr. 26'667.--; IV-act. 7) erscheint dies nicht ohne Weiteres plausibel. Wie es sich damit verhält, kann indes mit Blick auf das Invalideneinkommen offen bleiben: Das hypothetische Jahreseinkommen im Gesundheitsfall, also bei 100 %iger Tätigkeit und Arbeitsfähigkeit, beträgt gemäss Angabe der Arbeitgeberin vom 3. Oktober 2014 Fr. 71'500.-- pro Jahr (IV-act. 136). Ein ähnlich hohes Jahreseinkommen von Fr. 69'983.-- resultiert, wenn das angegebene tatsächliche Einkommen von 13 x Fr. 1'615.-- vom ebenfalls angegebenen 30 %- auf ein 100 %-Pensum aufgerechnet wird. Da das Gutachten der Beschwerdeführerin in der (inzwischen aufgegebenen) Arbeit eine 100 %ige Arbeitsfähigkeit attestiert ohne besondere Einschränkungen bezüglich (zusätzlicher) Ruhepausen etc., entspricht das genannte Einkommen dem Invalideneinkommen. Selbst wenn davon ausgegangen würde, dass die Beschwerdeführerin aufgrund von gesundheitlichen Einschränkungen eine geschäftsleitende Funktion nicht mehr zu 100 % ausüben könnte und somit von einem Valideneinkommen von rund Fr. 95'000.-- und einem Invalideneinkommen von rund Fr. 70'000.-- ausgegangen würde, würde kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren. Nach dem Gesagten ist 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 vollumfänglich der Beschwerdeführerin aufzuerlegen und durch den von ihr geleisteten Kostenvorschuss von Fr. 600.-- gedeckt. Die Beschwerdeführerin hat bei diesem Verfahrensausgang keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- zu bezahlen; diese ist durch den in gleicher Höhe geleisteten Kostenvorschuss gedeckt.

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