

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/155 vom 28. September 2021

Sg Versicherungsgericht, 2021-09-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2020_155

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/155 du 28 septembre 2021

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2020/155 del 28 settembre 2021

Regeste

Art. 17 ATSG: Gestützt auf das überzeugende Folgegutachten der SMAB AG vom 11. Februar 2020 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache erheblich verbessert haben. Folglich hat die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente zu Recht revisionsweise eingestellt. Abweisung der Beschwerde (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 28. September 2021, IV 2020/155).

Volltext

Entscheid vom 28. September 2021 Besetzung Versicherungsrichter Joachim Huber (Vorsitz), Versicherungsrichterrinnen Christiane Gallati Schneider und Miriam Lendfers; Gerichtsschreiberin Sabrina Bleile Geschäftsnr. IV 2020/155 Parteien A.____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. Daniel Küng, Anwaltskanzlei St. Jakob, St. Jakob Strasse 37, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rentenrevision (Einstellung) Sachverhalt A.____ (nachfolgend: Versicherte) meldete sich im Dezember 2004 erstmals bei der IV-Stelle des Kantons St. Gallen (nachfolgend: IV-Stelle) für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen an (IV-act. 1). Sie gab an, seit Februar 2004 an einer Depression zu leiden (vgl. IV-act. 1-6). Zuletzt hatte sie als .____ bei der B.____ AG, B.____, gearbeitet, jedoch hatte ihr die Arbeitgeberin aufgrund vieler Absenzen per .____ 2004 gekündigt (vgl. IV-act. 8-1 und 8-4). In einem Bericht vom Januar 2005 nannte Dr. med. C.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, als Diagnosen eine schwere depressive Episode, teils reaktiv, sowie eine chronische Cephalaea. Weiter hielt er fest, dass bei der Versicherten seit Februar 2004, als ihr Ehemann habe hospitalisiert werden müssen, eine schwere therapieresistente Symptomatik im Sinne eines depressiven Zustandsbildes bestehe. Trotz psychiatrischer Behandlung und medikamentöser Intervention sei es im Anschluss zu einer Lumboischialgie links und einer weiteren Symptomausweitung gekommen. Bei therapieresistenten Beschwerden sei ein stationärer Aufenthalt in der Klinik D.____ durchgeführt worden. Seit dem Austritt aus der Klinik klage die Versicherte weiterhin über massive, fast unerträgliche Kopfschmerzen, eine allgemeine Kraftlosigkeit und Müdigkeit, Schwindel, Oberbauchbeschwerden, unruhige Beine und ein Stauungsgefühl in den Beinen. Von somatischer Seite ergäben sich bei stark überlagerten Symptomen wenig Interventionsmöglichkeiten. Die Kommunikation mit der Versicherten sei aus sprachlichen Gründen schwierig. Die Prognose sei unsicher, wobei auch die subjektive Einschätzung des Erkrankungsgrades eine Rolle spiele. Gesamthaft schätze er die zumutbare Arbeitsfähigkeit aktuell auf 50 % (IV-act. 7). In einem Bericht vom 4. April

2005 nannte Dr. med. E.____, Spezialärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnosen eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom (DD: Dysthymie bestehend seit ca. 2000) sowie ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins linke Bein. Weiter hielt sie fest, dass die Versicherte während drei Jahren in einer Tätigkeit gearbeitet habe, bei der sie neun Stunden täglich habe stehen müssen. Anschliessend habe sie wegen der Geburt ihrer Kinder zwei Jahre nicht gearbeitet, bevor sie die Arbeit für ein Jahr erneut aufgenommen habe, bis sie anfangs 2004 arbeitsunfähig geworden sei. Die Versicherte sei überfordert und kraftlos. Sie habe Kopfschmerzen und leide an Müdigkeit, Schwindel, Angst und Schlafstörungen. Die Verständigung sei mühsam. Die Versicherte wirke bei den Gesprächen demonstrativ, seufze, stöhne und zeige, wie schlecht es ihr gehe. Nach einer Infusionsbehandlung mit Antidepressiva im Frühsommer 2004 sei es ihr vorübergehend besser gegangen. Auch ein Aufenthalt in der Klinik D.____ habe ihr gut getan. Allerdings sei die Versicherte nicht dazu bereit, etwas zu ihrer Genesung beizutragen. Sie gebe an, Geld zu brauchen und dass es ihr besser gehen würde, wenn sie Geld hätte. Gesamthaft sei die Versicherte in der Behandlung wenig kooperativ, wirke desinteressiert und ihr Verhalten sei aggressiv. Aus therapeutischen Gründen wäre eine Arbeit in einem Pensum von 50 % äusserst wichtig, da die Versicherte starke regressive Tendenzen zeige. Sie fühle sich ausser Stande, die bisherige Arbeit auszuführen, jedoch sollte die Tätigkeit zu 50 % möglich sein. Der Versicherten seien einfache Arbeiten (z.B. Putzen, Einsortieren, einfache Montagearbeiten) für ca. vier bis fünf Stunden pro Tag zumutbar (IV-act. 12). In einer Stellungnahme vom 18. Mai 2005 kam der regionale ärztliche Dienst (RAD) zum Schluss, die vorliegenden Arztzeugnisse würden belegen, dass sowohl die körperliche als auch die psychische Belastbarkeit der Versicherten deutlich reduziert seien. Aus medizinischer Sicht sei davon auszugehen, dass in einer einfachen, körperlich nicht allzu belastenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 50 % gegeben sei (IV-act. 13 f.). Im Schlussbericht vom 4. Juli 2005 hielt die IV-Eingliederungsberaterin fest, dass sie die Versicherte am 14. Juni 2005 zu Hause angetroffen habe. Diese habe sich kaum oder stark verlangsamt bewegt, keine Mimik gezeigt und die Lippen beim Sprechen nur leicht bewegt. Sie habe teilnahmslos gewirkt und den Eindruck erweckt, dass nichts mehr gehe. In den weiteren Abklärungen habe sich der Eindruck bestätigt, dass die Versicherte ihre schlechte Befindlichkeit zum Teil auch demonstriere. In einem Telefongespräch vom 30. Juni 2005 sei von der zuständigen RAV-Betreuerin in Erfahrung gebracht worden, dass die Versicherte alles könne, wenn sie Geld wolle. In einem Telefonat vom 1. Juli 2005 habe auch Dr. E.____ ein wechselndes Verhalten der Versicherten bestätigt. Dr. E.____ habe betont, dass die Versicherte arbeiten könne und eine Arbeit auch wichtig wäre. Die IV-Eingliederungsberaterin kam zum Schluss, dass seitens der IV-Stelle keine Eingliederungsmassnahmen angezeigt seien, da sich die Versicherte subjektiv nicht arbeitsfähig fühle und vom RAV betreut werde (IV-act. 19). Mit Verfügung vom 23. August 2005 schloss die IV-Stelle die Arbeitsvermittlung ab, da sich die Versicherte nach eigenen Angaben nicht arbeitsfähig fühle und bei der Stellensuche durch das RAV betreut werde (IV-act. 23). Mit einer gleichentags erlassenen Mitteilung informierte die IV-Stelle die Versicherte über den Beschluss zur Ausrichtung einer halben Rente ab 1. Februar 2005 (IV-act. 24). Mit Verfügung vom 18. Januar 2007 sprach die zuständige Ausgleichskasse der Versicherten die halbe Rente ab 1. Februar 2005 zu (IV-act. 34). Im Rahmen einer im August 2007 eingeleiteten Überprüfung der Rente gab die Versicherte an, dass sich ihr Gesundheitszustand seit anfangs des Jahres verschlechtert habe. Der Kopf schmerze und sie leide an Müdigkeit, Schmerzen und Schwindelanfällen

(IV-act. 39). Demgegenüber berichtete Dr. E.____ am 23. Oktober 2007, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten nicht wesentlich verändert habe. Im Gegenteil sei es eher zu einer leichten Besserung gekommen. Die Versicherte fühle sich aber weiterhin überfordert und kraftlos. Sie klagte über Müdigkeit, Kopfweh und Schlafstörungen. Es fänden weiterhin in regelmässigen Abständen Gespräche statt und Anti-depressiva würden verordnet. Die Compliance sei aber fraglich (IV-act. 40). Dr. C.____ gab am 26. November 2007 an, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert und die Diagnosen geändert hätten. Als Diagnosen nannte er eine somatoforme Schmerzstörung mit leicht progressiven Beschwerden und eine therapieresistente Depression. Die Versicherte klagte über erhebliche zervikale Schmerzen mit Cephalaea. Daneben verspüre sie verstärkte Ischialgien links mehr als rechts. Objektivierbar sei eine Hypästhesie Vorfuss links bei beidseitigem Lasègue 80 Grad und normaler übriger Neurologie. Des Weiteren klagte sie über diffuse Gelenkschmerzen in den Fingern und es sei ein therapieresistenter anhaltender depressiver und dysphorischer Gemütszustand vorhanden (IV-act. 43). In seiner Beurteilung vom 17. Dezember 2007 kam der RAD zum Schluss, dass sich gestützt auf die vorliegenden medizinischen Unterlagen keine Hinweise auf eine erhebliche, objektivierbare Veränderung des Gesundheitszustandes ergäben. Medizinische Revisionsgründe lägen nicht vor (IV-act. 44). Mit Mitteilung vom 29. Januar 2008 informierte die IV-Stelle die Versicherte darüber, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf den Rentenanspruch auswirke (IV-act. 46). Am 24. März 2010 teilte der Ehemann der Versicherten der IV-Stelle mit, dass seine Ehefrau seit .____ 2010 eine Anstellung als .____ auf Stundenbasis bei der F.____ AG habe, die jedoch bis .____ 2010 befristet sei (vgl. IV-act. 49 f.). Im Rahmen einer im August 2011 eingeleiteten Überprüfung der Rente gab die Versicherte an, dass ihr Gesundheitszustand seit ca. einem Jahr gleich geblieben sei und dass sie seit .____ 2010 zwei bis acht Stunden pro Woche einer Arbeit nachgehe (vgl. IV-act. 52; zum eingereichten Arbeitsvertrag mit der F.____ AG mit einer wöchentlichen Arbeitszeit zwischen zwei bis acht Stunden vgl. IV-act. 54; vgl. ferner IV-act. 58). Am 17. September 2011 beurteilte Dr. C.____ den Gesundheitszustand als stationär. Als Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit nannte er den Verdacht auf ein CTS beidseits und eine akzentuierte chronische Depression. Die Versicherte leide weiterhin an starken depressiven Verstimmungen und sei deshalb auch weiterhin in psychiatrischer Behandlung. Wegen zunehmender Schwierigkeiten beim Spüren der Finger bei der Arbeit werde nun eine neurologische Austestung veranlasst (IV-act. 60). Am 20. September 2011 berichtete Dr. E.____, dass sie die Versicherte ca. drei- bis viermal pro Jahr für eine kurze Besprechung sehe. Die Versicherte klagte jeweils darüber, dass alles mühsam und ermüdend sei, dass sie zwei Kinder habe, für die sie arbeiten müsse, und dass ihr Ehemann ebenfalls krank sei. Die Versicherte sei jeweils in dysphorischer Stimmung, wirke ablehnend und unzugänglich. Sie klagte über alles, z.B. darüber, dass sie trockene Augen habe, eine Brille tragen müsse, Schmerzen in den Muskeln und keine Gefühle in den Fingern habe, nervös sei, Sorgen habe, Kältegefühle und Schwindelgefühle habe, nachts sehr schlecht schlafen könne, unter Ängsten leide, Magenprobleme und Obstipation habe, an Kopfschmerzen und Schmerzen in den Handgelenken leide und eine Ulnarisschiene tragen müsse. Sie sei jeglicher Medikation gegenüber sehr ablehnend eingestellt, weshalb auch die Compliance nicht eingeschätzt werden könne. Sie arbeite zwei Stunden täglich als Reinigungskraft. Eine zusätzliche Vermittlung von Arbeit wäre sinnvoll (IV-act. 61-3 f.). Mit Mitteilung vom 27. September 2011 teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass bei der Überprüfung des Invaliditätsgrades keine Änderung festgestellt worden sei, die sich auf

die Rente auswirke, sodass weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 50 % bestehe (IV-act. 63). Im Rahmen einer im März 2013 eingeleiteten Überprüfung der Rente gab die Versicherte am 14. März 2013 an, dass sich ihr Gesundheitszustand seit ca. sechs Monaten verschlechtert habe. Auf die Frage, worin die allfällige Änderung bestehe, gab sie an, dass ihre Kinder nun in der Pubertät seien (IV-act. 66). Demgegenüber erklärte Dr. C.____ in einem Bericht vom 25. März 2013, dass im Wesentlichen keine relevanten Veränderungen eingetreten seien. Noch immer bestehe eine depressive dysphorische Stimmung. Am 4. November 2011 sei ein CTS rechts operiert worden, jedoch bestehe ein solches beidseitig. Im Vordergrund stünden die Symptome der gedrückten Stimmungslage mit Nervosität, eine Schlafstörung sowie ein allgemeines Überforderungsgefühl (IV-act. 69-3 f.; vgl. ferner IV-act. 70 ff.). Dr. E.____ berichtete am 9. April 2013, dass sich seit 2005 bei der Versicherten nichts Wesentliches verändert habe. Sie sei seit April 2004 in sehr grossen Abständen bei ihr in ambulanter Behandlung (vgl. IV-act. 71-4). In einer Beurteilung vom 23. April 2013 erklärte der RAD, dass Dr. E.____ in ihrem Arztbericht vom 4. April 2005 die Diagnose einer rezidivierenden Störung mit somatischem Syndrom mit F33.01 kodiert habe, was einer gegenwärtig leichten depressiven Episode entspreche. Die leichte Ausprägung der depressiven Episode erkläre die als Differentialdiagnose genannte Dysthymie. Dabei handle es sich um eine chronische, wenigstens mehrere Jahre andauernde depressive Verstimmung, bei der keine oder nur sehr wenige der einzelnen depressiven Episoden so schwer seien oder lange andauerten, dass sie die Kriterien für eine rezidivierende leichte depressive Störung erfüllten. Ein medizinischer Revisionsgrund bestehe aber nicht, da sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache nicht wesentlich verändert habe (vgl. IV-act. 73-2). Mit Mitteilung vom 25. April 2013 informierte die IV-Stelle die Versicherte über den unveränderten Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (IV-act. 75). Am 6. Juli 2017 teilte die Z.____ AG der IV-Stelle mit, dass die Versicherte seit dem .____ Januar 2017 arbeitsunfähig sei und Leistungen aus der Taggeldversicherung beziehe (vgl. IV-act. 83). Sie stellte der IV-Stelle die von der Versicherten am 3. Juli 2017 ausgefüllte Anmeldung für berufliche Massnahmen und Rentenleistungen zu, in welcher diese angegeben hatte, bereits eine IV-Rente für einen Invaliditätsgrad von 50 % zu beziehen, jedoch seit dem .____ März 2017 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig zu sein (vgl. IV-act. 80). In einem Bericht vom 12. August 2017 gab Dr. C.____ an, dass die Versicherte unter starken lumbalen Schmerzen leide. Diese hätten sich seit Februar 2017 derart intensiviert, dass sie nicht mehr arbeitsfähig sei. Am 10. April und 27. Juni 2017 durchgeführte Infiltrationen hätten nur einen mässigen Erfolg erzielt. Die Lumbalgien wirkten sich bei Bewegungen, beim Gehen und beim Tragen von Lasten limitierend aus. Es handle sich um eine Versicherte mit langjährigen Leiden und auch multifaktoriellen Belastungen. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei empfehlenswert (IV-act. 90). Dr. E.____ beschrieb den Gesundheitszustand der Versicherten am 6. September 2017 als stationär. Die Versicherte klagte weiterhin über depressive Beschwerden, Angstzustände, Schlafstörungen und körperliche Beschwerden. Sie fühle sich überfordert. Eine umfassende medizinische Abklärung wäre sicher nicht kontraindiziert. Falls nur psychische Einschränkungen vorhanden wären, wären berufliche Massnahmen eventuell indiziert (IV-act. 92). Mit Verfügung vom 31. Oktober 2017 passte die IV-Stelle aufgrund nachträglich korrigierter Einkommen bzw. der definitiven Steuermeldung die Höhe der monatlichen Rentenauszahlungen ab September 2012 an (IV-act. 99). Am 26. Januar 2018 erstattete die Abklärungsstelle PMEDA im Auftrag der Krankentaggeldversicherung ein psychiatrisch-rheumatologisches Gutachten. Die

Sachverständigen konnten bei der Versicherten keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen und attestierten ihr in der angestammten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (vgl. Fremddakten; act. G 4.2-2). Im Auftrag der IV-Stelle wurde die Versicherte am 5. Februar 2018 orthopädisch und am 14. Februar 2018 psychiatrisch von der SMAB AG untersucht (vgl. IV-act. 109). In der Konsensbeurteilung ihres bidisziplinären Gutachtens vom 16. März 2018 (zum Datum des Gutachtens vgl. IV-act. 109-1) nannten die Sachverständigen als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (vgl. IV-act. 109-12). Sodann kamen sie zum Schluss, dass sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60-70 % vorliege. Retrospektiv erachteten die Gutachter es als plausibel, dass ab der Berentung im Jahr 2005 bis zum Jahr 2010 eine psychisch bedingte Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorgelegen habe. Ab 2010 sei es dann aber zu einer Besserung gekommen mit einer Arbeitsunfähigkeit im Bereich von 20-30 %. Aufgrund des Verlustes des Arbeitsplatzes habe sich die Depression dann allerdings wieder verstärkt, sodass ab etwa Anfang 2017 wieder eine mittelgradige depressive Symptomatik mit einer Arbeitsunfähigkeit von 50 % vorgelegen haben dürfte und dies bis längstens zum Termin bei Dr. E. ___ vom 5. Juli 2017. Ab dem 5. Juli 2017 sei von einer leichten bis mittelgradigen depressiven Symptomatik mit einer Arbeitsunfähigkeit von 30-40 % auszugehen (IV-act. 109-14 f.). Nach der Einholung einer RAD-Beurteilung (vgl. IV-act. 110) stellte die IV-Stelle der Versicherten gestützt auf die Beurteilung der SMAB AG mit Vorbescheid vom 26. März 2018 die Einstellung der Invalidenrente auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats in Aussicht (vgl. IV-act. 113). Am 17. Mai 2018 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von med. pract. G. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. Mai 2018 ein, in welchem dieser erklärt hatte, dass die Versicherte sich seit dem 27. April 2018 bei ihm in ambulanter Behandlung befinde und dass sich ihr Gesundheitszustand seit der Untersuchung durch die SMAB AG vom 14. Februar 2018 wesentlich verschlechtert habe. Aktuell bestehe keine leichte bis mittelgradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung mehr, sondern eine schwergradige depressive Episode. Die Versicherte sei daher aus psychiatrischer Sicht für alle Arbeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Med. pract. G. ___ hatte weiter angemerkt, dass die Durchführung einer stationären Behandlung eventuell noch sinnvoll sein könnte, die Versicherte aktuell jedoch nicht in eine psychiatrische Klinik gehen möchte (vgl. IV-act. 124). Am 6. Juni 2018 liess die Versicherte, vertreten durch Fürsprecher lic. iur. D. Küng, St. Gallen, gegen den Vorbescheid vom 26. März 2018 Einwand erheben (vgl. IV-act. 129). In einer Beurteilung vom 10. Juli 2018 hielt der RAD fest, dass aktuell von einem instabilen Gesundheitszustand auszugehen sei. Die Behandlungsmöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Vor einer erneuten psychiatrischen Begutachtung sollte sich die Versicherte in eine stationäre oder zumindest tagesklinische psychiatrische Behandlung begeben und eine Intensivierung der antidepressiven Therapie nach Massgabe der Behandler durchgeführt werden (vgl. IV-act. 131). In Verlaufsberichten vom 29. August 2018 und 3. April 2019 ging med. pract. G. ___ weiterhin von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig schwergradige depressive Episode, sowie einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus (vgl. IV-act. 135 und 137). Seinem ersten Verlaufsbericht legte er einen Bericht zu einem Vorgespräch in der Klinik D. ___ vom 20. Juli 2018 bei. Darin war in der Beurteilung festgehalten worden, dass die Versicherte nach eigenen Angaben die Symptome einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode sowie einer somatoformen Schmerzstörung aufweise. Aufgrund der hohen Ausprägung der

Depressivität, der geringen Behandlungsmotivation und der eingeschränkten Sprachkenntnisse werde das stationäre Behandlungsangebot der Klinik nicht als indiziert erachtet. Dies auch um regressive Verhaltensweisen nicht zu fördern. Stattdessen würde ein niederschwelligeres, nicht regressionsförderndes Behandlungsangebot empfohlen, beispielsweise eine tagesklinische Behandlung, wo ein muttersprachiges Angebot vorhanden sei, oder auch eine Anbindung an ein ambulantes sozial-psychiatrisches Zentrum (vgl. IV-act. 135-8 f.). In einer Stellungnahme vom 26. August 2019 hielt der RAD fest, dass der Gesundheitszustand der Versicherten laut med. pract. G.____ stabil sei, weshalb eine Verlaufsbeurteilung in Auftrag gegeben werden könne (IV-act. 143). Am 11. Februar 2020 erstattete die SMAB AG ein rheumatologisch-psychiatrisch-neuropsychologisches Folgegutachten (vgl. IV-act. 156). In ihrer Gesamtbeurteilung nannten die Sachverständigen als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (vgl. IV-act. 156-8). Weiter kamen sie zum Schluss, dass sowohl in der bisherigen als auch in einer anderen leidensangepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 90 % (8.5 Stunden täglich; Leistungsminderung 10 %) vorliege. Die Arbeitsfähigkeit sei zum Zeitpunkt der Erstbeurteilung nur aus psychischen Gründen vermindert gewesen. Dabei sei es geblieben. Unter Berücksichtigung des aktuellen neuropsychologischen Gutachtens und der deutlichen Hinweise auf eine Aggravationsproblematik werde eingeschätzt, dass auch im Zeitpunkt der Erstbeurteilung bei der SMAB AG nur eine leichte depressive Episode und keine leichte bis mittelgradige depressive Episode vorgelegen habe. Auch sei vor diesem Hintergrund anzunehmen, dass zum Zeitpunkt der Erstbeurteilung bereits eine Arbeitsfähigkeit von 90 % vorhanden gewesen sei, bei der es bis zum aktuellen Zeitpunkt geblieben sei (vgl. IV-act. 156-10 f.). In seiner Beurteilung vom 13. Februar 2020 kam der RAD zum Schluss, dass auf das Verlaufsgutachten vollumfänglich abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 157-5). Mit Vorbescheid vom 10. März 2020 stellte die IV-Stelle der Versicherten unter Verweis auf das Verlaufsgutachten der SMAB AG die Einstellung der Invalidenrente per Ende des auf die Zustellung der Verfügung folgenden Monats in Aussicht (vgl. IV-act. 161). Gegen diesen Vorbescheid liess die Versicherte durch ihren Rechtsvertreter am 18. Mai 2020 einen Einwand erheben (vgl. IV-act. 167) und eine E-Mail von Dr. C.____ vom 21. März 2020 (vgl. IV-act. 167-6) einreichen. Am 8. Juni 2020 ging bei der IV-Stelle ein Bericht von med. pract. G.____ vom 20. April 2020 ein (vgl. IV-act. 170). Am 12. Juni 2020 nahm der RAD zu den neu eingereichten Berichten Stellung (vgl. IV-act. 169) Mit Verfügung vom 22. Juni 2020 hob die IV-Stelle die IV-Rente auf das Ende des der Verfügungszustellung folgenden Monats auf (IV-act. 171). Gegen diese Verfügung erhob die weiterhin durch Rechtsanwalt Küng vertretene Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin) am 14. Juli 2020 Beschwerde. Sie beantragte, die Verfügung der IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) vom 22. Juni 2020 sei vollumfänglich aufzuheben und ihr sei eine ganze Invalidenrente ab spätestens Juli 2017 zuzusprechen und zu entrichten. Allenfalls seien weitere Abklärungen zu veranlassen und ihr alsdann die soeben erwähnte Rente zuzusprechen und zu entrichten; unter gesetzlicher Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin (vgl. act G 1). Ihrer Beschwerde legte sie einen neuen Bericht von med. pract. G.____ vom 30. Juni 2020 bei (vgl. act. G 1.2). In ihrer Beschwerdeantwort vom 22. September 2020 beantragte die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde (act. G 4). In ihrer Replik vom 6. Januar 2021 hielt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren fest (act. G 15). Mit Schreiben vom 12. Januar 2021 hielt die Beschwerdegegnerin an dem in der

Beschwerdeantwort gestellten Antrag vollumfänglich fest und verzichtete auf die Erstattung einer ausführlichen Duplik (act. G 17). Erwägungen Vorliegend strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente der Beschwerdeführerin zu Recht revisionsweise eingestellt hat. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht ein Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente. Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG; SR 830.1]). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird grundsätzlich das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen; Art. 16 ATSG). Ändert sich der Invaliditätsgrad einer rentenbeziehenden Person erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Die Invalidenrente ist somit nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes, sondern auch dann revidierbar, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 349 f. E. 3.5 mit Hinweisen). Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht; vorbehalten bleibt die Rechtsprechung zur Wiedererwägung und prozessualen Revision (BGE 133 V 114 E. 5.4 mit Hinweisen). Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustandes auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts vom 3. November 2008, 9C_562/2008, E. 2.1 mit Hinweis). Nach dem Gesagten ist zunächst zu prüfen, ob seit der ursprünglichen Rentenzusprache (Verfügung vom 18. Januar 2007; vgl. IV-act. 25 f. und 34; die Verfügung vom 31. Oktober 2017 beruht auf keiner Prüfung des Gesundheitszustandes; vgl. IV-act. 99; die Mitteilungen vom 29. Januar 2008, 27. September 2011 und 25. April 2013 beruhen ebenfalls nicht auf einer umfassenden Abklärung des Sachverhalts; vgl. IV-act. 46, 63 und 75) eine potentiell anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die Verfügung vom 18. Januar 2007 ist gestützt auf den Bericht von Dr. C.____ vom Januar 2005, denjenigen von Dr. E.____ vom 4. April 2005 sowie die Beurteilung des RAD vom 18. Mai 2005 erlassen worden (vgl.

IV-act. 7, 12 und 13 f.). Dr. E. ___ hatte damals eine rezidivierende depressive Störung mit somatischem Syndrom sowie ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit pseudoradikulärer Schmerzausstrahlung ins linke Bein beschrieben (vgl. IV-act. 12). Dr. C. ___ hatte als Diagnosen eine schwere depressive Episode, teils reaktiv, sowie eine chronische Cephalaea angegeben (vgl. IV-act. 7). Beide hatten der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 7 und 12), die vom RAD in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2005 bestätigt worden ist (vgl. IV-act. 13 f.). Der Verfügung vom 18. Januar 2007 liegt demnach eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit zugrunde (vgl. IV-act. 25 f. und 34). Die Beschwerdegegnerin hat zur Beurteilung der seitens der Beschwerdeführerin im Juli 2017 geltend gemachten Veränderung des Gesundheitszustandes (vgl. IV-act. 80 und 83) zwei Gutachten bei der SMAB AG in Auftrag gegeben (vgl. IV-act. 109 und 156). Sie stützt sich für die Einstellung der Rentenleistungen in erster Linie auf das Gutachten vom 11. Februar 2020 (vgl. IV-act. 171). Hinsichtlich der Beweiskraft des Gutachtens der SMAB AG vom 11. Februar 2020 fällt ins Gewicht, dass es auf eigenständigen Abklärungen beruht und für die streitigen Belange umfassend ist. Die von der Beschwerdeführerin geklagten Leiden sind berücksichtigt worden. Die Vorakten sind im Gutachten diskutiert worden. Die gestellten Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit haben die Gutachter ausführlich begründet. Die sowohl für die angestammte als auch für leidensangepasste Tätigkeiten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 10 % leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein (vgl. IV-act. 156). Nachvollziehbar haben die Sachverständigen ausgeführt, dass in der ersten Begutachtung vom 16. März 2018 Hinweise für eine Beschwerdebetonung festgehalten worden seien, eine Problematik im Sinne einer Aggravation oder Simulation damals aber nicht angenommen worden sei. Allerdings sei im Rahmen der Erstbegutachtung durch die SMAB AG auch keine neuropsychologische Zusatzbegutachtung erfolgt. Die Möglichkeiten, Aggravation oder Simulation aufzudecken, seien in der Neuropsychologie aufgrund diesbezüglicher spezifischer Untersuchungsmethoden deutlich umfassender als in einer klinisch-psychiatrischen Untersuchung. In der aktuellen neuropsychologischen Untersuchung habe sich die Beschwerdeführerin hochgradig auffällig gezeigt. Aus neuropsychologischer Sicht sei von einer gezielten Antwortmanipulation auszugehen. Es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin die richtigen Antworten auf die Fragen gewusst habe und bewusst die falschen ausgewählt habe. Es liege also nicht nur eine zu geringe Anstrengungsbereitschaft vor, sondern eine erhöhte Anstrengungsbereitschaft mit der Zielsetzung zu manipulieren. Daraus müsse die Schlussfolgerung gezogen werden, dass die Problematik authentischen Verhaltens deutlich grösser sei, als dies im Rahmen der Erstbegutachtung aufgrund der klinisch-psychiatrischen Untersuchung angenommen worden sei. Hinsichtlich des Ausprägungsgrades der Depression zeige sich aktuell ein praktisch identisches Bild wie schon im Rahmen der Erstbegutachtung. Unter Berücksichtigung der Aggravation hätte sich im Rahmen der Erstbegutachtung allenfalls die Diagnose einer leichten depressiven Episode bei rezidivierender depressiver Störung ergeben, da es seit dieser Begutachtung zu keiner Änderung gekommen sei und sich diese Diagnose aktuell erheben lasse (vgl. IV-act. 156-6 f.). Was die Schmerzsymptomatik angehe, so sei im Rahmen der Erstbegutachtung eingeschätzt worden, dass es Hinweise für eine Beschwerdebetonung gebe. Unter Berücksichtigung der aktuellen rheumatologischen Untersuchung werde hinsichtlich der von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzsymptomatik eingeschätzt, dass mindestens von einer Beschwerdebetonung, wenn

nicht gar von einer Aggravation auszugehen sei. So habe die Seitenmessung im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung beispielsweise keine pathologische Differenz ergeben, sodass eine längere Schonung eines Armes oder Beines mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden könne. Auch hätten sich die Werte für die gemäss dem Medikamentenplan eingenommenen Präparate unterhalb des jeweiligen therapeutischen Bereichs befunden (vgl. IV-act. 156-7). Insgesamt liessen sich die von der Beschwerdeführerin demonstrierten und geschilderten Beschwerden aus somatischer Sicht nicht ausreichend objektiveren. Es bestehe eine auffallende Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten Beschwerden und den objektivierbaren klinischen und radiologischen Befunden (vgl. IV-act. 156-10). Angesichts der im Rahmen der Begutachtung erhobenen Aggravationstendenzen erstaunt es denn auch nicht, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung der Gutachter derjenigen von med. pract. G.____, der von einer schweren depressiven Episode und einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten ausgeht, fundamental widerspricht. Vorliegend weisen aber nicht nur die SMAB-Gutachten, sondern auch die übrigen medizinischen Akten auf eine suboptimale Anstrengungsbereitschaft bzw. Aggravationstendenzen der Beschwerdeführerin hin, welche med. pract. G.____ bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wohl unberücksichtigt gelassen hat (vgl. dazu auch die Stellungnahme des RAD vom 12. Juni 2020; IV-act. 169). So liefert med. pract. G.____ beispielsweise in dem mit der Beschwerde eingereichten Bericht vom 30. Juni 2020 keine Erklärung dafür, weshalb die Beschwerdeführerin bei dem von ihm geschilderten schweren depressiven Zustandsbild lediglich einmal pro Monat zu ihm in die Behandlung kommt (vgl. act. G 1.2 S. 6). Entsprechend fällt auf, dass er in seinen Berichten zu grossen Teilen die subjektiven Empfindungen und Angaben der Beschwerdeführerin wiedergibt, ohne sich kritisch mit diesen auseinanderzusetzen (vgl. act. G 1.2; vgl. IV-act. 124, 135, 137 und 170). So ist es für ihn auch nicht erklärbar, weshalb die Klinik D.____ unter anderem wegen einer geringen Behandlungsmotivation eine stationäre Therapie bei der Beschwerdeführerin als nicht indiziert erachtet hat (vgl. IV-act. 135). Widersprechen Berichte behandelnder Ärzte dem von der Verwaltung bei externen Spezialärzten eingeholten Gutachten, ist die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-)Ärzte einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits zu beachten (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts [EVG] vom 6. April 2006, I 803/05, E. 5.5, und vom 18. April 2006, I 783/05, E. 2.2). Daher ist es nicht zulässig, ein medizinisches Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte später zu anderslautenden Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäusserten abweichenden Auffassungen festhalten. Vorbehalten bleiben aber Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige - und nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende - Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts vom 27. Mai 2008, 9C_24/2008, E. 2.3.2 mit weiterem Hinweis). Solche sind vorliegend auch aus den nach der Folgebegutachtung eingereichten Berichten von med. pract. G.____ vom 20. April (vgl. IV-act. 170) und 30. Juni 2020 (vgl. act. G 1.2) nicht ersichtlich. Mit den Berichten von med. pract. G.____ vom 29. August 2018 und 3. April 2019 hat im psychiatrischen SMAB-Gutachten eine ausreichende Auseinandersetzung stattgefunden (vgl. insbesondere IV-act. 156-14 und 156-28 ff.). Ausserdem hat der RAD in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2020 zutreffend darauf hingewiesen, dass sich med. pract. G.____ häufig redundant geäussert habe. Weiter hat der RAD schlüssig dargelegt, weshalb

trotz des nachgereichten Berichts vom 20. April 2020 auf das SMAB-Gutachten vom 11. Februar 2020 abgestellt werden könne (vgl. IV-act. 169). Im Übrigen hatte bereits Dr. E.____ mehrfach auf eine fragliche Compliance seitens der Beschwerdeführerin hingewiesen und am 20. September 2011 auf eine Behandlungsfrequenz von lediglich ca. drei oder vier kurzen Besprechungen pro Jahr aufmerksam gemacht (vgl. z.B. IV-act. 12 und 61-3 f.). Auch aus den E-Mails von Dr. C.____ vom 21. März 2020 (vgl. IV-act. 167-6) und 28. Juni 2020 (vgl. act. G 1.3) ergeben sich keine Hinweise, die den Beweiswert des Gutachtens der SMAB AG vom 11. Februar 2020 entkräften könnten. Vielmehr hat Dr. C.____ am 21. März 2020 bestätigt, dass aus somatischer Sicht keine relevanten Aspekte zu ergänzen seien. Für die psychiatrische Einschätzung hat er im Wesentlichen auf med. pract. G.____ verwiesen (vgl. IV-act. 167-6). Schliesslich spricht auch das psychiatrisch-rheumatologische Gutachten der PMEDA vom 26. Januar 2018 dafür, dass bei der Beschwerdeführerin Aggravationstendenzen vorhanden sind und keine 50%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr vorliegt (vgl. Fremdadkten; act. G 4.2-2). Gestützt auf das überzeugende Verlaufsgutachten der SMAB AG vom 11. Februar 2020 ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zur ursprünglichen Rentenzusprache (Verfügung vom 18. Januar 2007, welcher eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % zugrunde liegt; vgl. IV-act. 25 f. und 34) erheblich verbessert haben und die Beschwerdeführerin spätestens ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Erstbegutachtung durch die SMAB AG vom 14. Februar 2018 (zum Datum vgl. IV-act. 109-1) zu 90 % arbeitsfähig ist (vgl. IV-act. 156-10 f.). Angesichts dessen, dass sich die 90%ige Arbeitsfähigkeit vorliegend auch auf den angestammten Tätigkeitsbereich der Beschwerdeführerin bezieht (vgl. IV-act. 156-10 f.), resultiert offensichtlich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad von 40 %, weshalb sich weitere Ausführungen zum Einkommensvergleich erübrigen. Folglich hat die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente zu Recht revisionsweise eingestellt. Zusammenfassend ist die Beschwerde im Sinne der Erwägungen 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. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten in der Höhe von Fr. 600.-- aufzuerlegen. Bei diesem Verfahrensausgang 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 ihr im Betrag von Fr. 600.-- angerechnet.

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