

SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/230 vom 6. April 2023

Sg Versicherungsgericht, 2023-04-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_230

FR: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/230 du 6 avril 2023

IT: SG_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/230 del 6 aprile 2023

Regeste

Der Streitgegenstand ist beschränkt auf die angefochtene Verfügung vom 9. Oktober 2021 mit einer rückwirkenden Renteneinstellung ab 2014 und auf den Sachverhalt im Zeitraum bis Januar 2019. Denn die folgenden beiden Verfügungen vom 21. Oktober 2021 (Rentenzusprache ab November 2021) und vom 15. Dezember 2021 (Rentenzusprache ab Februar 2019) sind nicht angefochten und verbindlich geworden. Die rückwirkende Leistungseinstellung ist rechtmässig (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 6. April 2023, IV 2021/230). Abschreibung infolge Rückzugs, Urteil des Bundesgerichts 8C_378/2023.

Volltext

Entscheid vom 6. April 2023 Besetzung Präsident Ralph Jöhl, Versicherungsrichterinnen Karin Huber-Studerus und Corinne Schambeck; Gerichtsschreiberin Fides Hautle
Geschäftsnr. IV 2021/230 Parteien A. ____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwältin lic. iur. Bettina Surber, Oberer Graben 44, 9000 St. Gallen, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente (Einstellung) Sachverhalt A. ____, meldete sich im Juni 2000 (IV-act. 2) zum Bezug von IV-Leistungen an. Die Arbeitgeberin gab am __. __. 2000 (IV-act. 7) an, die Versicherte sei seit Februar 198__ als Hilfsarbeiterin ____, angestellt. Die Klinik Valens erstattete am 23. April 2001 (IV-act. 18) ein von der IV-Stelle in Auftrag gegebenes rheumatologisches und psychiatrisches Gutachten. Die beiden Sachverständigen führten darin aus, die Versicherte leide an einem chronischen primären Fibromyalgiesyndrom (mit u.a. einem repetitiven Strainsyndrom am linken Arm, einer vegetativen Begleitsymptomatik und rezidivierenden Hyperventilationen), an einer chronischen Epicondylitis radialis und ulnaris linksseitig, an einem St. n. einer Tendovaginitis crepitans links im Bereich des Handgelenks, an einer Anpassungsstörung mit lediglich zeitweise leichten bis mittelgradigen depressiven Äquivalenten sowie an einer Hypercholesterinämie. In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte seit Januar 2000 voll arbeitsunfähig. In einer den diversen Anforderungen (u.a. leicht, wechselbelastend, Hebelbelastungen bis maximal 10 kg, ohne repetitive Tätigkeiten mit den Armen im Sinn von Fließbandarbeiten) angepassten Verweisungstätigkeit sei sie voll arbeitsfähig bei der Gewährung von zusätzlichen Pausen im Umfang von über den Tag verteilt etwa einer Stunde. Aus psychiatrischer Sicht sollte die Versicherte für einige Monate - vorerst halbtags - in einer geschützten IV-Werkstätte beschäftigt und beobachtet werden, um weitere Aufschlüsse über den Grad der wirklichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu gewinnen. Im Bericht über die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit (EFL) war u.a. festgehalten worden, die Leistungsbereitschaft sei zuverlässig, die Konsistenz bei den Tests mässig

gewesen. Eine Selbstlimitierung sei nicht beobachtet worden. Die Selbsteinschätzung der Leistungsfähigkeit (PACT) sei am zweiten Testtag realistisch gewesen. Am 31. August 2001 (IV-act. 26) wurde der Versicherten für die Zeit vom . September 2001 bis . November 2001 eine berufliche Abklärung zugesprochen. Am 27. September 2001 (IV-act. 27) hielt der IV-Eingliederungsverantwortliche fest, die Versicherte habe mitgeteilt, sie könne die eigentlich leichte Arbeit wegen andauernder sehr starker Schmerzen und wegen ihres wieder angeschwollenen Bauchs nicht mehr leisten. Die Abklärung wurde abgebrochen. Am 17./19. Oktober 2001 (IV-act. 29) berichtete Dr. B.____, er habe rezidivierend Gelenksschwellungen gesehen, welche die Versicherte als sehr schmerzhaft bezeichnet habe. Er habe die Versicherte auch wieder in deutlich depressiven Zuständen gesehen. Erwartungsgemäss sei sie nun definitiv auch für die leichtesten Arbeiten nicht mehr arbeitsfähig. Der Regionale Ärztliche Dienst (RAD) der Invalidenversicherung bestätigte am 29. Januar 2002 (IV-act. 31-1) eine langdauernde Krankheit mit Beginn am 9. November 1999 und eine Invalidität von 100 % (Valideneinkommen Fr. 48'900.--, Invalideneinkommen Fr. 0.--, IV-act. 31-2). Mit einer Verfügung vom 30. April 2002 (IV-act. 40, 39) sprach die IV-Stelle der Versicherten rückwirkend ab 1. November 2000 eine ganze Rente zu. Bei einer Revision von Amtes wegen im Januar 2005 gaben die Versicherte (IV-act. 45) und Dr. med. C.____, Spezialarzt für Innere Medizin (IV-act. 47), einen stationären Gesundheitszustand an, worauf die IV-Stelle am 26. April 2005 (IV-act. 50) festhielt, da keine Änderung festgestellt worden sei, bestehe weiterhin ein Anspruch auf die bisherige Rente (Invaliditätsgrad 100 %). Anlässlich einer weiteren Revision von Amtes wegen gab Dr. med. D.____, Facharzt für Innere Medizin, am 25. Mai 2009 (IV-act. 57) folgende Diagnosen an: Chronisches primäres Fibromyalgiesyndrom mit Rückenschmerzen, Armschmerzen, Restless legs, Kopfschmerzen, rezidivierende Magendarmschmerzen, Colonpassagestörung (obstructed defecation syndrome) seit 2/09 und iliotibiales Bandsyndrom links lateral 4/09. Er führte weiter aus, der Verlauf sei stetig wechselnd und die Versicherte dränge immer wieder zu einer somatischen Abklärung. Am 22. Juli 2009 (IV-act. 60) teilte die IV-Stelle der Versicherten mit, dass es bei der bisherigen Rente (Invaliditätsgrad 100 %) bleibe. Im April 2013 wurde die nächste Revision von Amtes wegen eingeleitet. Die Versicherte gab am 1. Mai 2013 (IV-act. 65) an, ihr Gesundheitszustand sei gleich geblieben. Sie wisse nicht, ob sie sich vorstellen könnte, mit Hilfe der IV wieder eine Erwerbstätigkeit aufzunehmen. In einem von der IV-Stelle in Auftrag gegebenen polydisziplinären Gutachten vom 5. Mai 2014 (IV-act. 83; Begutachtungen am 16. und 17. Dezember 2013) gab die Ärztliches Begutachtungsinstitut ABI GmbH (im Folgenden: das ABI) als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit einen Status nach einem akuten Schulterimpingement-Syndrom rechts (bei - verkürzt wiedergegeben - intratendinöser Verkalkung an der Supraspinatussehne und deutlich verdickter Bursa subacromialis) an. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien ein chronisches multilokuläres Schmerzsyndrom/Fibromyalgie, akzentuierte Persönlichkeitszüge (infantil), ein unspezifisches zervikal- und lumbalbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom, ein leichtes Karpaltunnelsyndrom beidseits (in Remission), ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ein Restless legs-Syndrom, ein beginnendes metabolisches Syndrom und ein Status nach Nikotinabusus. Körperlich andauernd mittelschwere und schwere Tätigkeiten seien der Versicherten nicht mehr zumutbar. Für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei die Versicherte zu 100 % arbeits- und leistungsfähig, wahrscheinlich schon seit mehreren Jahren, sicher ab dem Untersuchungsdatum (Dezember 2013). Aus

somatischer Sicht habe bisher wahrscheinlich keine länger andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Eine mögliche frühere Depression sei sicherlich remittiert. Der RAD erachtete das Gutachten am 11. Juni 2014 (IV-act. 84) als überzeugend. Die Versicherte liess am 1. September 2014 (IV-act. 95) Berichte von Dr. D.____ vom 27. August 2014 und von Dr. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. August 2014 einreichen. Dr. D.____ hatte erklärt (IV-act. 95-6), dass weiterhin von einer mittelschweren rezidivierenden Depression auszugehen sei. Die Versicherte sei bei ihm in Behandlung. Er führe monatliche Gespräche und setze begleitend Antidepressiva (aktuell Fluoxetin) ein. Dr. E.____ hatte angegeben (IV-act. 95-7 f.), die Versicherte habe ehemals an leichten bis mittelgradigen depressiven Episoden sowie an einem Schmerzsyndrom, möglicherweise im Sinn einer Fibromyalgie, gelitten. Aktuell scheine sich die affektive Situation der Versicherten verschlechtert zu haben. Dr. E.____ diagnostizierte eine schwere rezidivierende depressive Episode sowie Hinweise auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit depressiven-negativistischen, paranoiden und zwanghaften sowie selbstunsicheren Anteilen. Er qualifizierte die Versicherte als aus psychiatrischer Sicht zu 100 % arbeitsunfähig. Die IV-Stelle hob die laufende ganze Rente am 16. September 2014 auf (IV-act. 98). Das Versicherungsgericht wies die Sache zur weiteren Abklärung an die IV-Stelle zurück (IV-act. 119). Die Tagesklinik am Psychiatrischen Zentrum F.____ (med. pract. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie) berichtete der IV-Stelle am 14. Juli 2017 (IV-act. 125), die Versicherte leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit einem somatischen Syndrom, an einem Schlafapnoe-Syndrom und an multiplen Beschwerden des Bewegungsapparates. Eine Migräne und eine Gebärmuttersenkung mit Stressinkontinenz hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ab 1. August 2017 sei die Versicherte zu 20 % arbeitsfähig. Im Rahmen eines Arbeitsversuchs im zweiten Arbeitsmarkt könnte versucht werden, die Leistungsfähigkeit sukzessiv zu erhöhen. Mehr als 50 % schienen aber nicht realistisch. Dr. D.____ gab der IV-Stelle am 20. Juli 2017 (IV-act. 138) als Diagnosen u.a. eine Beckenbodeninsuffizienz mit Belastungsharninkontinenz II, analer Inkontinenz I und pelvic organ prolapse Stage 2 nach ICS-POPQ, eine intermittierende Migräne, eine chronische Bursitis subacromialis, einen St. n. rezidivierenden subacromialen Infiltrationen und einen St. n. Ulcus duodeni 2002 an. Die Versicherte suche, ohne dass er einen Einfluss darauf habe, verschiedene Spezialisten auf und plane, sich nach der Rückkehr aus der Heimat operieren zu lassen. Mit einer Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, hatte in einem Bericht vom 12. Juli 2017 (IV-act. 128) als Diagnose eine Osteochondrose C5/6 mit Cervico-Brachialgie angegeben. Dr. med. I.____, Fachärztin für Orthopädische Chirurgie, hatte am 7. August 2017 (IV-act. 141) berichtet, die Arbeitsfähigkeit sei noch unklar. Dr. E.____ (Praxisnachfolger von Dr. B.____) gab am 22. Januar 2018 (IV-act. 148) als Diagnosen eine rezidivierende schwere depressive Episode, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit depressiv-negativistischen, paranoiden, zwanghaften und selbstunsicheren Anteilen und anamnestisch ein Schlafapnoe-Syndrom an. Er hielt weiter fest, seit dem Beginn der Behandlung sei die Versicherte voll arbeitsunfähig. Mit der Wiederaufnahme einer Tätigkeit könne nicht gerechnet werden. Die MEDAS estimed erstattete am 8. Oktober 2018 (IV-act. 161) ihr von der IV-Stelle in Auftrag gegebenes polydisziplinäres Gutachten. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gaben die Sachverständigen eine Beckenbodeninsuffizienz mit Belastungsharninkontinenz II, eine anale Inkontinenz I, ein

pelvic organ prolapse Stage 2 nach ICS-POPQ, ein chronisches Lumbovertebralsyndrom, ein chronisches Cervikovertebralsyndrom und leichte kognitive Leistungsauffälligkeiten bei verbalen Lernaufgaben bei einem leicht reduzierten Antrieb und einer herabgesetzten Reaktionsgeschwindigkeit an. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien u.a. eine arterielle Hypertonie, eine Adipositas Grad I, eine Hypercholesterinämie, ein obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine Migräne ohne Aura, ein Restless legs-Syndrom, eine Colontpassagestörung, eine Osteochondrose/Bandscheibenvorfall C5/6 ohne radikuläre Symptomatik, ein Bandscheibenvorfall L5/S1 ohne radikuläre Symptomatik, ein Fibromyalgiesyndrom, eine chronische Epicondylitis humeri lateralis und medialis rechts, eine Erschöpfung, eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, eine rezidivierende depressive Störung (im Verlauf unterschiedlichen Schweregrades, zum Untersuchungszeitpunkt subsyndromal ausgeprägt), und akzentuierte Persönlichkeitszüge (ängstlich-vermeidend). Die genannten Diagnosen mit und ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten die Versicherte im Alltag stark. Durch das generalisierte Schmerzbild und durch sozial beeinträchtigende Faktoren (z.B. Inkontinenz) sei sie in ihren Tätigkeiten stark beeinträchtigt (vgl. IV-act. 161-13). In der angestammten Tätigkeit sei sie voll, in einer Verweistätigkeit zu 20 % arbeitsunfähig. Dabei gelte das rheumatologisch, chirurgisch und neuropsychologisch definierte Fähigkeitsprofil (vgl. IV-act. 161-16). Retrospektiv sei eine abschliessende Überprüfung der echtzeitlich erhobenen Befunde und der gestützt darauf erhobenen Diagnosen und damit auch der Arbeitsfähigkeitseinschätzungen nicht möglich; möglich sei nur eine Würdigung aus aktueller Sicht. Aufgrund der aktuellen Befunde und Diagnosen erschienen die echtzeitlich vorgenommenen, vom estimed als wesentlich erachteten Beurteilungen mehrheitlich als nachvollziehbar. Die Versicherte habe in den letzten 18 Jahren nicht mehr regelmässig gearbeitet, sondern sei arbeitsunfähig geschrieben gewesen. Das sei bei der depressiven Episode und bei den somatischen Beschwerden (Schmerzen) nachvollziehbar. Mit dieser Bemessung werde die Ansicht des ABI geteilt, das für eine angepasste Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit der Versicherten von 100 % angegeben habe. Im Gegensatz dazu liege - als unwesentliche Differenz - eine leichte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 20 % vor (vgl. IV-act. 161-18). Diese Arbeitsunfähigkeit von 20% für eine Verweistätigkeit war rein neuropsychologisch bedingt (vgl. IV-act. 161-16). Den Gutachtern hatte ein Bericht der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Endokrin- und Transplantationschirurgie am Kantonsspital St. Gallen vom 1. Mai 2018 (IV-act. 161-232 f.) vorgelegen, laut dem die Versicherte nach wie vor an Blähungen und einem mehrheitlich unwillkürlichen analen Luftabsetzen litt. Der Rechtsdienst der IV-Stelle hielt fest (IV-act. 167), die Rente sei gestützt auf das estimed-Gutachten in Anwendung der lit. a der Schlussbestimmungen (SchlBest.) der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) aufzuheben. Die Prüfung der Standardindikatoren erübrige sich, weil keine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit vorliege. Mit Vorbescheid vom 6. Februar 2019 (IV-act. 170) stellte die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen der Rechtsvertreterin der Versicherten eine rückwirkende Aufhebung der Rente auf den 31. Oktober 2014 in Aussicht. Daraufhin liess die Versicherte eine Reihe von Berichten behandelnder Ärzte einreichen. Dr. E.____ berichtete am 17. März 2020 (IV-act. 207), die Versicherte sei nach wie vor schwer depressiv und zeige eine multiple Schmerzsymptomatik. Ihre Auffassung sei unauffällig, die Konzentration leicht gestört. Die Versicherte könne sich an neue Situationen auch beruflicher Art nicht anpassen und sei nicht teamfähig. Anpassungen einer Tätigkeit (wie vermehrte Pausen, Weglassen von

Schichtarbeit, Reduzieren von Kundenkontakt oder Routinearbeiten) würden nicht dazu führen, dass sie dauerhaft tätig sein könnte. Der RAD notierte am 8. April 2020 (IV-act. 212), seit der Begutachtung von 2018 habe die Versicherte sich an nicht wenigen Stellen für ärztliche Konsultationen vorgestellt. Den entsprechenden Berichten sei zu entnehmen, dass es nicht zu Veränderungen mit anhaltenden relevanten Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gekommen sei. Aus rein somatischer Sicht bleibe es bei der im Gutachten festgestellten Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht sei zur diagnostischen Einschätzung und zur Klärung der Arbeitsfähigkeit eine erneute Begutachtung notwendig. Der Gutachter Dr. med. J. ____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte Dr. E. ____, diverse Fragen. Dieser gab am 30. August 2020 an (IV-act. 225), er habe Cymbalta, Mirtazapin, Topiramal und Venlafaxin verordnet, aber keine Medikamentenspiegel erhoben. Die Erkrankung des ____, und des ____, hätten die Versicherte zeitlich begrenzt belastet. Bei ihm habe die Versicherte sich durchgehend schwer depressiv gezeigt. Auf die Frage, wie sich das über weite Strecken hohe Funktionsniveau mit rezidivierenden schweren depressiven Episoden vereinbaren lasse, gab er an, es sollte geprüft werden, ob die Angaben zum Tagesablauf so richtig seien. Es scheine ihm, dass die Versicherte je nach Fragetechnik viele bejahende Antworten gegeben habe. Auf die Frage, wie sich die Diagnose einer kombinierten Persönlichkeitsstörung ohne jeden sozialen Rückzug und ohne durchgängige Krankheitsentwicklung zwischen dem fünfzehnten und dem 28. bzw. 35. Altersjahr stellen lasse, gab er an, die Diagnose sei anhand eines SKID II-Tests 2014 gestellt worden; nach seinen Informationen bestehe ein sozialer Rückzug. In seinem Gutachten vom 22. August 2020 (IV-act. 229) gab Dr. J. ____, als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine somatoforme Schmerzstörung mit körperlichen Faktoren, eine rezidivierende Störung mit remittierten leichten, mittelschweren und schweren Episoden, akzentuierte Persönlichkeitszüge und eine Vitamin D-, Vitamin B12- und Ferritin-Insuffizienz an (vgl. IV-act. 229-58). In der bisherigen Tätigkeit sei die Versicherte (psychiatrisch gesehen) zu 25 % arbeitsfähig. Für die Versicherte angepasst seien Hilfsarbeitertätigkeiten an einem gut temperierten Arbeitsplatz mit leichten wechselbelastenden, nicht repetitiven Arbeiten, bei denen keine Lasten über 5 kg getragen oder gehoben werden müssten und keine Maschinenbedienung unter Stückzahl- oder Zeitdruck, kein Kundenverkehr, keine Schichtarbeit, kein Termindruck und keine zeitabhängige Teamarbeit erforderlich und bei der eine grosszügige Pausengestaltung möglich sei. In einer so angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % bei Zumutbarkeit einer vollen Präsenzzeit (vgl. IV-act. 229-79 f.), und zwar seit dem Vorgutachten von 2018 (vgl. IV-act. 229-81). Gegenwärtig liege eine leicht- bis mittelgradige depressive Episode der rezidivierenden Störung vor (vgl. IV-act. 229-81). Der Beginn und der zeitliche Verlauf der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei rückwirkend ab 2001 nicht beurteilbar; eine Arbeitsfähigkeit könne nur zeitgleich durch persönliche Untersuchung anhand von Akten festgestellt werden. Lediglich die Konsistenz und die Plausibilität früherer Befunde, Diagnosen und Arbeitsfähigkeitsbeurteilungen könnten retrospektiv über so lange Zeiträume hinweg noch gewürdigt werden. Eine solche Würdigung sei ausführlich erfolgt. Die Arbeitsfähigkeitsbeurteilung beziehe sich auf den Zeitraum seit der estimed-Beurteilung 2018 (vgl. IV-act. 229-80). Mindestens seit 2014 sei von einer rezidivierenden depressiven Störung (und nicht von einer Anpassungsstörung) auszugehen. Wiederkehrende depressive Episoden und die Psychopharmakotherapie beim Hausarzt hätten zu einer Chronifizierung des Zustandsbilds geführt. Im Rahmen der somatoformen Schmerzstörung hätten sich auch orthopädische Erkrankungen und koronare

Herzerkrankungen als somatische Basis tatsächlich vorhandener, die Schmerzen teilweise begründender somatischer Ursachen hinzugesellt (nebst Fibromyalgie). Die Chronifizierung sei schleichend vom Erst- bis zum Zweitgutachten und ab 2014 rasch zunehmend beschreibbar. Im Jahr 2019 sei von einer vorübergehenden Verschlechterung auszugehen (mit einer schweren depressiven Episode). Im Vergleich zur Vorbegutachtung 2018 liege derzeit die erwähnte leicht- bis mittelgradige depressive Episode vor und die funktionellen Auswirkungen der somatoformen Schmerzstörung hätten sich verstärkt (IV-act. 229-81). Der RAD hielt am 15. September 2020 (IV-act. 230) fest, das Gutachten erfülle die versicherungsmedizinischen Anforderungen. An der Renteneinstellung auf den 31. Oktober 2014 gemäss den Schlussbestimmungen könne festgehalten werden. Von Januar 2019 bis Januar 2020 habe eine schwere depressive Episode vorgelegen. Seit dem Gutachten der estimated 2018 habe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % bestanden. Mit einem Vorbescheid vom 16. Februar 2021 (IV-act. 236) wurde die Aufhebung der Rente auf den 31. Oktober 2014 angekündigt (Invaliditätsgrad 6 %; Aufhebung gemäss den Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a). In einem weiteren Vorbescheid vom gleichen Tag (IV-act. 238) gab die IV-Stelle an, sie werde ab 1. Februar 2019 eine ganze Rente und ab 1. Dezember 2020 eine halbe Rente (bei einem Invaliditätsgrad von 53 %; Valideneinkommen Fr. 58'086.--, Invalideneinkommen Fr. 27'288.--) zusprechen. Am 30. April 2021 (IV-act. 243) liess die Versicherte u.a. einwenden, auch gemäss dem estimated-Gutachten verfüge sie über keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Jenes Gutachten habe sich nicht zum Verlauf geäussert; aus ihm könne nicht der Schluss gezogen werden, dass ab 31. Oktober 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bestanden habe. Werde auf das estimated-Gutachten abgestellt, so dürfte diese Arbeitsfähigkeit frühestens ab Oktober 2018 angenommen werden. Schon im Dezember 2018 sei aber von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % auszugehen. Mit einer Verfügung vom 9. Oktober 2021 (IV-act. 247) hob die Sozialversicherungsanstalt/IV-Stelle des Kantons St. Gallen den Rentenanspruch der Versicherten per 31. Oktober 2014 auf. Mit einer Verfügung vom 21. Oktober 2021 (IV-act. 250) sprach sie der Versicherten ab 1. November 2021 eine halbe Rente zu. Schliesslich erging am 15. Dezember 2021 (IV-act. 253) eine Verfügung, mit der die IV-Stelle der Versicherten für die Zeit vom 1. Februar 2019 bis zum 30. November 2020 eine ganze und für die Zeit vom 1. Dezember 2020 bis zum 31. Oktober 2021 eine halbe Rente zusprach. Gegen die Verfügung vom 9. Oktober 2021 liess die Versicherte (nachfolgend: die Beschwerdeführerin) am 12. November 2021 eine Beschwerde erheben (act. G 1). Beantragt wurde die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und die Zusprache einer Rente über den 31. Oktober 2014 hinaus. Zur Begründung wurde ausgeführt, nachdem die Ärzte aufgrund eines Arbeitsversuchs eine Verschlechterung des Gesundheitszustands festgestellt hätten, sei rückwirkend ab November 1999 (recte: 2000) eine ganze Rente zugesprochen worden. Wie sich aus dem estimated-Gutachten ergebe, habe sich ihr Gesundheitszustand seither nicht mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit verbessert. Im Gegenteil seien weitere pathologische Diagnosen hinzugekommen. Die IV-Stelle (nachfolgend: die Beschwerdegegnerin) anerkenne denn auch, dass kein eigentlicher Revisionsgrund im Sinn einer Zustandsverbesserung eingetreten sei, wolle sie doch eine Revision nach lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (IV-Revision 6a) durchführen. Der Gutachter Dr. J. ___ sei aber in der Abhandlung der Beurteilungsindikatoren für pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage zum Ergebnis gekommen, dass sich neben der depressiven Störung eine Schmerzstörung auf die Arbeitsfähigkeit auswirke

und dass zwischen diesen beiden Krankheiten eine Wechselwirkung bestehe. Die Beurteilung habe er einzig für den Begutachtungszeitpunkt abgegeben, während ihm eine retrospektive Schätzung nicht möglich gewesen sei. Aufgrund seiner Beurteilung müsste gefragt werden, wie glaubhaft das estimated-Gutachten sei. Es könne nicht davon ausgegangen werden, dass im Oktober 2014 keine die Arbeitsfähigkeit herabsetzende gesundheitliche Beeinträchtigung bestanden habe. Werde aber auf das estimated-Gutachten abgestellt, könnte die Arbeitsfähigkeit von 80 % erst auf den Zeitpunkt des Gutachtens vom Oktober 2018 angenommen werden. Auf eine Einstellung sei zu verzichten, weil bereits im Dezember 2018 von einer vollen Arbeitsunfähigkeit auszugehen sei. Auch gemäss dem estimated-Gutachten verfüge sie über keine verwertbare Arbeitsfähigkeit. Im chirurgischen Teilbereich werde neben der körperlichen Belastung der Umstand erwähnt, dass es zu unkontrollierten Luftabgängen komme. Das sei ihr und ihrem Arbeitsumfeld nicht zumutbar. Das rheumatologische Teilgutachten gelange zum Ergebnis, dass langes Sitzen am Stück für mehr als zwei Stunden nicht zumutbar sei, während aus chirurgischer Sicht gerade eine vorwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit erforderlich sei. Es könne nicht ermessen werden, wie sie unter diesen Umständen noch eine Arbeitsfähigkeit verwerten sollte. Am 15. /17. Februar 2022 (act. G 7) beantragte die Beschwerdeführerin die Abweisung der Beschwerde. Sie führte aus, die Rentenzusprachen vom 21. Oktober 2021 und vom 15. Dezember 2021 seien inzwischen in Rechtskraft erwachsen. Strittig sei die Rechtmässigkeit der Rentenaufhebung auf Ende Oktober 2014. Einer Überprüfung der Rente der Beschwerdeführerin nach den SchlBest. IVG (der Änderung des IVG vom 18. März 2011) stehe kein Ausschlussgrund nach deren Abs. 4 entgegen. Aus den medizinischen Unterlagen und dem Rückweisungsentscheid des Versicherungsgerichts sei zu schliessen, dass die Beschwerdeführerin an einem unklaren Beschwerdebild gelitten habe. Es habe eine allseitige Prüfung zu erfolgen. Der Entzug der aufschiebenden Wirkung dauere bei Rückweisung zur Abklärung auch noch bis zum Erlass der neuen Verfügungen an. Der psychiatrische estimated-Gutachter habe die bedeutsamen Aspekte umfassend und nachvollziehbar beschrieben. Dass er die Arbeitsfähigkeit retrospektiv nicht abschliessend beurteilen könne, schmälere den Beweiswert nicht. Aus der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters des ABI im Dezember 2013 lasse sich mit überwiegender Wahrscheinlichkeit schliessen, dass schon im Dezember 2013 eine volle Arbeitsfähigkeit vorgelegen habe, die bis zur estimated-Begutachtung und darüber hinaus angehalten habe. Dr. J. ___ habe die Beschwerdeführerin mehr als zwei Jahre später im August 2020 nach einer durchgestandenen psychischen Krise mit zwischenzeitlich verstärkter depressiver Symptomatik exploriert. Die RAD-Ärztin habe ausgeführt, ab dem Eintritt in die Klinik K. ___ sei eine Verschlechterung eingetreten. Auf die (von der estimated) neuropsychologisch attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20 % könne zudem nicht abgestellt werden, vielmehr sei von einer vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Massnahmen zur Wiedereingliederung nach lit. a Abs. 2 und 3 SchlBest. IVG seien wegen der subjektiven vollen Arbeitsunfähigkeit ausser Betracht gefallen. Die Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit sei zu bejahen. Die Aufhebung der ganzen Rente auf Ende Oktober 2014 sei nicht zu beanstanden. In ihrer Replik vom 10. Juni 2022 (act. G 15) liess die Beschwerdeführerin geltend machen, gemäss dem Entscheid des Versicherungsgerichts habe das ABI-Gutachten vom 5. Mai 2014 keine schlüssige Beurteilung zugelassen. Daher könne daraus nicht gefolgert werden, dass im Revisionszeitpunkt keine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit mehr vorhanden gewesen sei. Beurteilungsgrundlage könne einzig das estimated-Gutachten sein. Darin sei deutlich gemacht worden, dass sich die Beurteilung

einzig auf den Gutachtenszeitpunkt beziehe und dass keine genaueren Angaben zum Verlauf in der Vergangenheit möglich seien. Die Beschwerdeführerin liess festhalten, dass die Arbeitsfähigkeit von 80 % also erst ab dem Gutachten der estimed gelten könne. Die Beschwerdegegnerin verzichtete am 24./27. Juni 2022 (act. G 17) auf eine Duplik. Erwägungen Die Beschwerdegegnerin hat mit einer Verfügung vom 9. Oktober 2021 die Rente per 31. Oktober 2014 revisionsweise aufgehoben. Mit einer Verfügung vom 21. Oktober 2021 hat sie der Beschwerdeführerin eine halbe Rente ab 1. November 2021 zugesprochen. Mit einer Verfügung vom 15. Dezember 2021 hat sie schliesslich der Beschwerdeführerin für die Periode 1. Februar 2019 bis 30. November 2020 eine ganze Rente und für die Periode 1. Dezember 2020 bis 31. Oktober 2021 eine halbe Rente zugesprochen. Die Beschwerdegegnerin hat bewusst die Aufhebung der Rente per 31. Oktober 2014 und die erneute Zusprache einer Rente ab dem 1. Februar 2019 getrennt verfügt. Die Beschwerdeführerin hat genauso bewusst nur die revisionsweise Aufhebung der Rente per 31. Oktober 2014, also die Verfügung vom 9. Oktober 2021, angefochten und damit die Verfügungen vom 21. Oktober 2021 und vom 15. Dezember 2021 in formelle Rechtskraft erwachsen lassen. Müsste die Beschwerde gegen die Verfügung vom 9. Oktober 2021 gutgeheissen werden, wäre somit nur eine Rentenzusprache bis maximal 31. Januar 2019 möglich. Anfechtungsgegenstand dieses Beschwerdeverfahrens ist also nur die Verfügung vom 9. Oktober 2021; der Streitgegenstand besteht in einem möglichen Rentenanspruch zwischen dem 1. November 2014 und dem 31. Januar 2019. Auch wenn eine Rentenzusprache bis zum 31. Januar 2019 dazu führen würde, dass es per 1. Februar 2019 zu einem "Rentensprung" (z.B. bis zum 31. Januar 2019 eine Viertelsrente, ab dem 1. Februar 2019 eine ganze Rente gemäss der formell rechtskräftigen Verfügung vom 15. Dezember 2021) käme, der sich revisionsrechtlich nicht rechtfertigen liesse, würde das offensichtlich keine "Ausdehnung" des Beschwerdeverfahrens auf die beiden unangefochten in formelle Rechtskraft erwachsenen Verfügungen vom 21. Oktober 2021 und vom 15. Dezember 2021 erlauben. Ebenso wenig können die drei Verfügungen als eine einzige Verfügung interpretiert werden (womit die Beschwerde sich gegen alle drei "Verfügungen" richten würde), denn die Beschwerdegegnerin hat bewusst drei Verfügungen erlassen und die Beschwerdeführerin hat bewusst nur eine dieser drei Verfügungen angefochten und die anderen beiden in formelle Rechtskraft erwachsen lassen. Die angefochtene Verfügung ist damit begründet worden, dass kein medizinischer Revisions- (d.h. Anpassungs-)grund vorliege, dass aber gemäss der als Verfügungsbestandteil zu betrachtenden Stellungnahme des Rechtsdienstes vom 3. Januar 2019 eine Rentenaufhebung nach den Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a erfolgen könne. Der Invaliditätsgrad betrage 6 %. Massnahmen zur Wiedereingliederung seien ausser Betracht gefallen, weil sich die Beschwerdeführerin in der Vergangenheit subjektiv nie arbeitsfähig gefühlt habe. Nach Art. 28 Abs. 2 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20; in der vorliegend anwendbaren, bis 31. Dezember 2021 in Kraft gewesenen Fassung, vgl. BGE 132 V 215 E. 3.1.1) besteht der Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % 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). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind

ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach der aktuellen bundesgerichtlichen Rechtsprechung (BGE 143 V 418 E. 7.1 f.) sind grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss den Vorgaben in BGE 141 V 281 zu unterziehen. Aus rein somatischer Sicht war im Gutachten der Klinik Valens vom April 2001 für eine adaptierte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin mit einem Bedarf nach zusätzlichen Pausen, im Ergebnis somit eine Arbeitsunfähigkeit von 12 %, festgestellt worden. Das ABI hatte in seinem Gutachten vom Mai 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 100 % angenommen und erklärt, unter dem somatischen Aspekt habe auch zuvor wahrscheinlich keine länger andauernde höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden. In somatischer Hinsicht ist das ABI-Gutachten im Entscheid des Versicherungsgerichts nicht beanstandet worden. Bei der Begutachtung durch die estimed (zwischen Mai und August) 2018 hat die somatische Beurteilung durch das ABI eine Bestätigung gefunden und es ist für die damalige Zeit vom estimed wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 100 % angenommen worden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit kann also aus rein somatischer Sicht von einer Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 12 % bis dahin (Oktober 2018) ausgegangen werden. Die verschiedenen somatischen Beeinträchtigungen sind nach der Aktenlage nämlich jeweils umfassend erhoben und berücksichtigt worden. Insbesondere kann auch darauf hingewiesen werden, dass sich die Beurteilung durch die Klinik Valens auf die Ergebnisse einer EFL hatte stützen können. In psychiatrischer Hinsicht hatte der von der Klinik Valens als Gutachter beigezogene Dr. B. ___ im Gutachten vom April 2001 ausgeführt, die Beschwerdeführerin beteuere immer wieder, eigentlich arbeiten zu wollen. Als Diagnose war eine Anpassungsstörung mit lediglich zeitweise leichten bis mittelgradigen depressiven Äquivalenten angegeben worden. Damit war der Umgang der Beschwerdeführerin mit dem rheumatologisch diagnostizierten Fibromyalgiesyndrom und den dazugehörigen diffusen Schmerzen des gesamten Bewegungsapparats gemeint gewesen. Der Gutachter hatte ausgeführt, die einfach strukturierte Beschwerdeführerin vermöge dem Schmerzsyndrom keine progressive Strategie entgegenzusetzen und wähle offenbar den regressiven Weg in die Berentung. Eine nicht zu unterschätzende Rolle spiele die psychosoziale Situation, denn die Familie werde ohne den Verdienst der Beschwerdeführerin in arge Finanznöte geraten. Sowohl die Diagnose einer Anpassungsstörung (somit eines reaktiven Leidens, noch nicht einer depressiven Episode entsprechend) wie deren Begründung deuten darauf hin, dass damals psychiatrisch kein Leiden mit einem rentenrelevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bestanden hatte, sondern dass psychosoziale Faktoren ausschlaggebend gewesen waren. Hieran ändert nichts, dass der (nicht nur als Gutachter eingesetzte, sondern auch behandelnde, vgl. IV-act. 12) Psychiater einen Einsatz der Beschwerdeführerin für einige Monate in einer geschützten IV-Werkstätte vorgeschlagen hatte, weil diese auf äusseren Druck wahrscheinlich mit einer Verschlimmerung des psychosomatischen Leidens reagieren werde und weil eine volle Berentung in ihrem noch sehr jungen Alter zu früh sei (vgl. IV-act. 18-27). Bei der ABI-Begutachtung vom Dezember 2013 (Gutachten vom Mai 2014) war kein psychisches Leiden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erhoben worden. Der psychiatrische Gutachter des ABI hatte festgehalten, eine Arbeitsunfähigkeit würde sich lediglich durch die anhaltende somatoforme Schmerzstörung (als Verdachtsdiagnose) begründen lassen. Er hatte dargelegt, unter Beachtung der (damals massgebenden) Foerster'schen Kriterien habe sich jedoch keine komorbide Störung von anhaltender Dauer,

Intensität und Schwere nachweisen lassen. Leichtere Verstimmungen seien im Rahmen der Grundstörung zu erklären. Es liege ein regressives Vermeidungsverhalten vor. Eine chronisch-körperliche Begleiterkrankung bestehe nicht, ein sozialer Rückzug in allen Lebensbelangen ebenso wenig. Ein unbewusster psychischer Konflikt bei Ausbruch der Störung (primärer Krankheitsgewinn) könne nicht nachgewiesen werden. Ein mehrjähriger chronifizierter Verlauf mit unveränderter oder progredienter Symptomatik lasse sich nicht bestätigen; der Verlauf zeige eine Besserungstendenz. Eine Therapieresistenz könne nicht bestätigt werden, da die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren keine spezifische Behandlung mehr verfolgt habe. Es bestünden verschiedene erhebliche Ressourcen und die Beschwerdeführerin erweise sich als konzentrationsfähig und verkehrstauglich. Eine aus psychiatrischen Gründen eingeschränkte Arbeitsfähigkeit könne nicht attestiert werden (vgl. IV-act. 83-11 f.). Die Beschwerdeführerin sei in ihrer Selbsteinschätzung sehr vage und unbestimmt geblieben. Ein schwerwiegendes psychiatrisches Krankheitsbild liege nicht vor. Es könnten Inkonsistenzen beschrieben werden; die Beschwerdeführerin führe ein ausbalanciertes Alltagsleben mit verschiedenen Interessen und Aktivitäten (vgl. IV-act. 83-12). Der psychiatrische Gutachter hatte weiter festgehalten, die Beschwerdeführerin habe auch zu früheren psychiatrischen Behandlungen sehr vage und unbestimmte Angaben gemacht. Nach mehrmaligem Nachfragen habe sich herauskristallisiert, dass derzeit keine psychiatrische Behandlung erfolge und die Beschwerdeführerin auch keine Psychopharmaka einnehme (vgl. IV-act. 83-9). In den beiden Gutachten 2001 (Valens) und 2013 (ABI) waren verschiedene Hinweise auf eine nicht authentische Beschwerdeschilderung beschrieben worden. So war bereits im April 2001 durch die Klinik Valens festgehalten worden, über alle Zeiten gleich geblieben seien die monotonen Klagen über einen diffusen Schmerzzustand, den die Beschwerdeführerin schlecht im Einzelnen habe beschreiben können. Gezielte Nachfragen nach ihren wirklichen wirtschaftlichen Verhältnissen ([...]) hätten bei ihr heftige aversive Reaktionen und sofort eine Verschlechterung des Gesundheitszustands ausgelöst. Keine Massnahme medikamentöser oder physikalischer Therapieform habe auch nur teilweise eine Linderung bringen können (vgl. IV-act. 18-33). Das Zittern sei bei Ablenkung verschwunden (vgl. IV-act. 18-10, -21). Bei der ABI-Begutachtung 2013 war angenommen worden, das Paracetamol sei wahrscheinlich deutlich überdosisiert (vgl. IV-act. 83-19). Der Medikamentenspiegel hatte jedoch, obwohl multilokuläre Schmerzen beklagt worden waren, unter der Nachweisgrenze gelegen (vgl. IV-act. 83-7). Es war festgehalten worden, in der Selbsteinschätzung sei die Beschwerdeführerin sehr vage geblieben (vgl. IV-act. 83-12). Da sie weder über Dauer noch Art der Behandlung habe Angaben machen können, sei zu vermuten, dass sie schon seit längerer Zeit nicht mehr in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung stehe (vgl. IV-act. 83-11 und 83-14). Für die Beschwerdeführerin seien die wechselnd auftretenden Schmerzlokalisationen und die Schmerzintensität nicht mit spezifischen Alltagssituationen in Verbindung zu bringen gewesen. Dementsprechend seien sie kaum nachvollziehbar gewesen (vgl. IV-act. 83-19). Bei beiden Begutachtungen (2001 und 2013) war jeweils ein hohes Aktivitätensniveau der Beschwerdeführerin beschrieben worden (vgl. IV-act. 18-13, IV-act. 83-10). Das ABI-Gutachten war allerdings in psychiatrischer Hinsicht gerichtlich zunächst als nicht überzeugend beurteilt worden. Die aufgrund der entsprechenden Zweifel an der Stichhaltigkeit des ABI-Gutachtens in der Folge veranlasste Begutachtung durch die MEDAS estimated hat gemäss dem Gutachten vom 8. Oktober 2018 in psychiatrischer Hinsicht wiederum kein psychiatrisches Leiden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ergeben (vgl. IV-act. 161-12). Der estimed-Gutachter hat eine ausreichende Konsistenz mit den Vorbefunden, den Eigenangaben der Beschwerdeführerin, dem psychopathologischen Befund und den psychometrischen Untersuchungen feststellen können (vgl. IV-act. 161-222). Es hat keine Hinweise u.a. auf eine Aggravation oder Simulation, auf eine Dissimulation oder Anosognosie gegeben (vgl. IV-act. 161-223). Den psychiatrischen Diagnosen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung (zum Untersuchungszeitpunkt subsyndromal ausgeprägt) und akzentuierter Persönlichkeitszüge ist keine die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Wirkung zugeschrieben worden (vgl. IV-act. 161-217 und -13). Die estimed hat im Ergebnis festgehalten, mit ihrer Arbeitsfähigkeitsbemessung teile sie die Ansicht des ABI, das für eine angepasste Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 100 % angegeben habe. Im Unterschied dazu werde aber eine leichte Einschränkung der Restarbeitsfähigkeit um 20 % attestiert (vgl. IV-act. 161-18). Diese Arbeitsunfähigkeit von 20 % ist der neuropsychologischen (Haupt-) Diagnose, nämlich leichten kognitiven Leistungsauffälligkeiten bei verbalen Lernaufgaben bei leicht reduziertem Antrieb und herabgesetzter Reaktionsgeschwindigkeit (vgl. IV-act. 161-12), zugeschrieben worden (vgl. IV-act. 161-16). Der estimed-Gutachter der Psychiatrie hat die von ihm gestellte Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung damit begründet, dass in den Vorberichten in differentialdiagnostischer Hinsicht mehrfach auf das Vorliegen einer (rezidivierend verlaufenden) depressiven Störung (unterschiedlichen Schweregrads) hingewiesen worden sei, was sich angesichts der Eigenangaben der Beschwerdeführerin und des aktendokumentierten Verlaufs durchaus nachvollziehen lasse. Psychopathologisch habe sich jedoch zum Untersuchungszeitpunkt keine Befundlage gezeigt, welche die ICD-Kriterien einer depressiven Episode erfüllt hätte. Auch hinsichtlich des Tagesablaufs bzw. des beschriebenen Aktivitätsniveaus habe sich keine schwere Beeinträchtigung ableiten lassen. Es sei von einer erhalten gebliebenen sozialen Teilhabe auszugehen (vgl. IV-act. 161-219). Eine Persönlichkeitsstörung - zumal eine kombinierte Persönlichkeitsstörung - sei angesichts der weitgehend unauffälligen schulischen, beruflichen und familiären Entwicklung nicht zu diagnostizieren. Die diesbezügliche Einschätzung von Dr. E. ___ könne nicht nachvollzogen werden. Eine Akzentuierung der Persönlichkeit sei aber anzunehmen (vgl. IV-act. 161-222). Der estimed-Gutachter hat die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht als voll arbeitsfähig qualifiziert (vgl. IV-act. 161-224). Besonderes Gewicht kommt in der Beweiswürdigung den Angaben zur Befundlage (vgl. IV-act. 161-212 ff.) zu. Diese deuten nicht auf schwere Beeinträchtigungen hin. Der psychiatrische Gutachter hat neben einer ausgeprägten Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge (Aufmerksamkeitsfokussierung) verschiedene lediglich leichte Beeinträchtigungen festgestellt (leichte Verlangsamung im formalen Gedankengang; gedrückte, leicht labile Grundstimmung, leicht verminderte affektive Modulationsfähigkeit, leicht verminderter Antrieb). Hinsichtlich der komplexen Ich-Funktionen haben sich gesamthaft ebenfalls nur leichte Beeinträchtigungen (im Sinn einer verminderten Durchhaltefähigkeit) ergeben (vgl. IV-act. 161-220). Ein Interessenverlust ist angesichts des beschriebenen Aktivitätsniveaus zudem nicht festgestellt worden (vgl. IV-act. 161-219). Der Gutachter hat auch die beruflichen Erfahrungen, die freundliche Wesensart, das unterstützende Umfeld und die erhalten gebliebene soziale Teilhabe als Ressourcen der Beschwerdeführerin feststellen können (vgl. IV-act. 161-220). Retrospektiv hat der psychiatrische estimed-Gutachter darauf hingewiesen, dass eine depressive Begleitsymptomatik durchgehend beschrieben worden

sei. Den Verlaufsberichten und dem ABI-Gutachten von 2014 sei ein wechselhafter Verlaufskarakter mit depressiven Episoden unterschiedlichen Schweregrads zu entnehmen (vgl. IV-act. 161-222). Dabei hat er namentlich erwähnt, dass Dr. E.____ am 28. August 2014 eine schwere depressive Episode beschrieben habe (vgl. IV-act. 161-222). Dr. E.____ hat jedoch auch ein Dreivierteljahr vor der estimed-Begutachtung, am 22. Januar 2018 (IV-act. 148; mit Arbeitsunfähigkeit seit 10. Juli 2014), von einem schwer depressiven Zustand der Beschwerdeführerin berichtet, was angesichts des Ergebnisses des estimed-Gutachtens den Beweiswert seines Berichts in Frage stellt. In der estimed-Konsensbeurteilung ist darauf hingewiesen worden, dass die echtzeitlich vorgenommenen, vom estimed als wesentlich erachteten Beurteilungen mehrheitlich als nachvollziehbar erschienen. Das dürfte sich auf die Atteste der Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bezogen haben; die ABI-Beurteilung hat wie erwähnt eine Bestätigung gefunden. Wie damals 2014 ist auch im estimed-Gutachten keine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin festgestellt worden. Im rheumatologischen estimed-Teilgutachten ist darauf hingewiesen worden, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin 2014 durch das ABI interdisziplinär auf 100 % geschätzt worden sei, womit sich im Vergleich zur aktuellen Beurteilung keine "Inkonsistenz" (bzw. Differenz) ergebe (vgl. IV-act. 161-163). Polydisziplinär ist vom estimed darauf hingewiesen worden, dass bei seiner Begutachtung (2018; mit dem Ergebnis von 20 % Arbeitsunfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten aus neuropsychologischen Gründen, vgl. IV-act. 161-16) mehr pathologische Diagnosen vorgelegen hätten als 2002 (vgl. IV-act. 161-20). Schliesslich ist (unter Einbezug einer Persönlichkeitstestdiagnostik durch eine Fachpsychologin für Psychotherapie FSP) noch eine weitere, dieses Mal monodisziplinäre psychiatrische Exploration (vgl. IV-act. 229-3) erfolgt. Dr. J.____ hat im entsprechenden Gutachten vom 22. August 2020 dargelegt, eine klare (retrospektive) Arbeitsfähigkeitsbeurteilung für den Zeitraum von 2001 bis 2014 könne ohne echtzeitliche Untersuchung nicht abgegeben werden, doch könne anhand von Befunden die Schlüssigkeit damaliger Diagnosestellung und anhand von Funktionseinschränkungen jene der Arbeitsfähigkeit beurteilt werden (vgl. IV-act. 229-64). In seiner rückblickenden Beurteilung der Vorakten hat Dr. J.____ allerdings u.a. darauf hingewiesen, dass das Ausmass der Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (voll) und der folgenden Berentung ab 1999 diskussionswürdig bzw. nicht oder nur eingeschränkt nachvollziehbar sei (vgl. IV-act. 229-61). Anlässlich der Revision 2013 seien (durch Dr. D.____) ein erhebliches Ressourcenprofil und eine offenbar nicht medikationswürdige Depressionsausprägung dargelegt worden (vgl. IV-act. 229-63). Nachdem der Beweiswert des ABI-Gutachtens 2014 für sich allein genommen zunächst untauglich gewesen war, lässt sich demnach aufgrund der weiteren Begutachtung durch das estimed nunmehr insgesamt mit überwiegender Wahrscheinlichkeit darauf schliessen, dass über das Jahr 2014 hinaus bis Oktober 2018 in psychiatrischer Hinsicht kein die Arbeitsfähigkeit tangierendes Leiden (einzig neuropsychologisch aber eine Arbeitsunfähigkeit von 20 %) bestanden hat. Damit ergibt sich zusammenfassend, dass die Beschwerdeführerin bis Oktober 2018 in einer adaptierten Tätigkeit nicht rentenrelevant arbeitsunfähig gewesen ist, weshalb die Voraussetzungen eines Rentenanspruchs (Art. 7 ATSG) mindestens bis dahin nicht erfüllt gewesen sind. Denn in einem Einkommensvergleich mit einem durchschnittlichen Valideneinkommen ergibt sich mit einer Arbeitsunfähigkeit von 12 % kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Gemäss dem estimed-Gutachten vom Oktober 2018 hatte sich in solchen Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % entwickelt. Aber auch damit ergibt sich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad. Gemäss dem Abs. 1 der lit. a

der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket; IVG-Revision 6a) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Das Versicherungsgericht des Kantons St. Gallen hat in einem Entscheid vom 29. März 2022 (IV 2018/113 E. 2.1) festgehalten, diese Bestimmung könne nur so gemeint sein, dass eine Anpassung einer laufenden Rente an das geänderte Recht nur dann notwendig sei, wenn nicht bereits eine nachträgliche Veränderung des anspruchsbegründenden Sachverhalts allein die (revisionsweise) Herabsetzung oder Aufhebung der Rente zulasse. Zunächst müsse also gestützt auf den Art. 17 Abs. 1 ATSG geprüft werden, ob eine verfügte Rentenaufhebung rechtmässig gewesen sei. Eine solche rentenrelevante Veränderung des medizinischen Sachverhalts ist vorliegend nicht dokumentiert. Nach dem oben Dargelegten ist schon für die Zeit bei Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 30. April 2002 nicht von einer rentenbegründenden Invalidität auszugehen. Eine Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG ist demnach nicht zulässig. Mit der lit. a SchlBest. der IV-Revision 6a ist ein Eingriff in die Rechtskraft von Verfügungen zur Umsetzung der Praxisänderung gemäss BGE 130 V 352 vorgesehen worden. Der Gesetzgeber hat damit für Invalidenrenten, die aufgrund medizinisch diffuser Beschwerdebilder gesprochen wurden, eine voraussetzungslose Neuprüfung bei unverändertem Sachverhalt eingeführt (vgl. BGE 140 V 15 E. 5.3.4.1 f.). Inzwischen ist eine weitere Praxisänderung hin zur Standardindikatorenprüfung erfolgt (vgl. BGE 141 V 281). Unverändert handelt es sich aber um eine Rechtsprechung zur Objektivierung von Beschwerdebildern. Die Schlussbestimmung lässt es zu, bei der Prüfung der Rentenzusprachen auch die aktuelle Rechtsprechung anzuwenden. Sowohl eine Prüfung nach der früheren wie eine solche nach der aktuellen Rechtsprechung ergibt indessen im vorliegend zu beurteilenden Fall, dass die Voraussetzungen für einen Rentenanspruch nicht erfüllt sind. In Abs. 4 der lit. a der SchlBest. ist eine Ausnahme von der Anwendbarkeit von Abs. 1 festgelegt worden: Danach findet Abs. 1 keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung, also am 1. Januar 2012, das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. Am 1. Januar 2012 war die Beschwerdeführerin noch nicht 55-jährig. Im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung des Rentenanspruchs eingeleitet wurde (vgl. Bundesgerichtsurteil vom 26. Oktober 2015, 8C_286/2015 E. 3.2.2; wobei nicht von Belang ist, unter welchem Titel, vgl. Bundesgerichtsurteil vom 27. Dezember 2017, 9C_602/2017 E. 3.2.2, und wobei die substituierte Begründung in jedem möglichen Verhältnis unter den in Betracht fallenden Rückkommenstiteln gilt, vgl. Bundesgerichtsurteil vom 28. Februar 2018, 8C_377/2017 E. 8.3.6), nämlich im April 2013, bezog sie auch noch nicht während fünfzehn Jahren eine Rente. Sie fällt daher nicht unter die Ausnahmebestimmung. Die Rente war daher aufzuheben. In der Invalidenversicherung erfolgt die revisionsweise Aufhebung einer Rente in der Regel auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (Art. 88 bis Abs. 2 lit. a IVV). Diese Bestimmung ist auf die Anpassung einer Rente an die Praxisänderung gemäss der lit. a SchlBest. IVG lückenfüllend analog anwendbar. Vorliegend hatte die Beschwerdegegnerin bereits am 16. September 2014 eine Aufhebung der Rente verfügt (und einer Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen, deren

Wiederherstellung dann gerichtlich abgelehnt worden war). Die Beschwerdeführerin musste ab jenem Zeitpunkt mit der Einstellung der Rente rechnen (vgl. Entscheide des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 18. November 2014, IV 2012/226 E. 8.5, und vom 26. April 2022, IV 2021/28 E. 2.6). Die Renteneinstellung hat deshalb rückwirkend per 31. Oktober 2014 erfolgen müssen. Ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach lit. a Abs. 2 SchlBest. IVG setzt voraus, dass die Massnahmen "sinnvoll und nutzbringend" sind. Eine Rentenaufhebung ohne Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung (Art. 8a IVG) nach lit. a Abs. 2 und 3 der SchlBest. IVG ist daher nicht zu beanstanden, wenn die Eingliederung mangels Interesses der versicherten Person nicht erfolgversprechend wäre (vgl. BGE 141 V 385 E. 5.3). In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin damals zwar einen Arbeitsversuch im geschützten Rahmen beantragen liess, sich aber gleichzeitig auf eine Beurteilung von Dr. E. ___ berief, wonach sie voll arbeitsunfähig sei, so dass ein Eingliederungsversuch offensichtlich nicht erfolgversprechend gewesen wäre. Die Rente ist somit zu Recht per 31. Oktober 2014 aufgehoben worden. Im Sinn der vorstehenden Erwägungen ist die Beschwerde abzuweisen. Nach Art. 69 Abs. 1 bis IVG (vgl. Art. 61 lit. f bis ATSG) ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten über IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von 200 bis 1000 Franken festgelegt. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Gerichtskosten zu bezahlen (vgl. Art. 95 Abs. 1 VRP). Diese sind ermessensweise auf Fr. 600.-- zu veranschlagen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Ein Anspruch auf eine Parteientschädigung besteht bei vollem Unterliegen nicht. Entscheid Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet. Das Gesuch um eine Parteientschädigung wird abgewiesen.

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