

SO_GERICHTE VSBES.2016.28 vom 21. Dezember 2015

SO Obergericht, 2015-12-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.28

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.28 du 21 décembre 2015

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.28 del 21 dicembre 2015

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) sprach der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1974, mit Verfügung vom 13. August 2008 ab 1. Oktober 2002 eine halbe Rente zu, wobei sie von einem Invaliditätsgrad von 56 % ausging (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 103).

1.2 Mit Verfügung vom 21. Dezember 2015 hob die Beschwerdegegnerin die halbe Rente revisionsweise auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats hin auf, da der Invaliditätsgrad nur noch 32 % betrage, und entzog einer dagegen gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 107 E. 1 S. 109). Im vorliegenden Fall steht eine Aufhebung der Rente per Ende Januar 2016 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

2.2 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung / IVG, SR 831.20). Für die Beurteilung der Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die aus objektiver Sicht nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen; (Art. 7 Abs. 2 ATSG, in Kraft seit 1. Januar 2008).

Bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in der seit 1. Januar 2008 geltenden Fassung).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f., 117 V

198 E. 3b S. 199).

Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich auf Grund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_599/2016 vom 29. März 2017 E. 5.2).

2.4 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Die Wiedererwägung dient mit anderen Worten der nachträglichen Korrektur einer ursprünglich unrichtigen Rechtsanwendung oder Sachverhaltsfeststellung durch die Verwaltung (BGE 117 V 8 E. 2c S. 17, 115 V 308 E. 4a/cc S. 314). Sie wirkt sich indes in der Regel nicht rückwirkend, sondern nur ex nunc aus (s. Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung / IVV, SR 831.201).

Die Wiedererwägung rechtskräftiger Verfügungen kommt nur in Betracht, wenn es sich um die Korrektur grober Fehler der Verwaltung handelt. Eine gesetzwidrige Leistungszusprechung gilt jedoch regelmässig als zweifellos unrichtig. Es darf kein vernünftiger Zweifel an der Unrichtigkeit der Verfügung bestehen. Dieses Erfordernis ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache auf Grund falscher Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden (BGE 126 V 399 E. 2b/bb S. 401). Erscheint indessen die Beurteilung einzelner ermessensgeprägter Schritte der Anspruchsprüfung als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Ansonsten würde die Wiedererwägung zum Instrument einer voraussetzungslosen Neuprüfung, was sich nicht mit dem Wesen der Rechtsbeständigkeit formell zugesprochener Dauerleistungen vertrüge (Urteile des Bundesgerichts 9C_551/2012 vom 18. Februar 2013 E. 4 sowie 9C_418/2010 vom 29. August 2011 E. 3.2).

Bei der Beurteilung, ob eine zweifellose Unrichtigkeit vorliegt, muss von der Sach- und Rechtslage ausgegangen werden, wie sie im Zeitpunkt des Verfügungs-erlasses bestanden hat, wozu auch die seinerzeitige Rechtspraxis gehört; eine Praxisänderung vermag aber kaum je die frühere Praxis als zweifellos unrichtig erscheinen zu lassen (BGE 125 V 383 E. 3 S. 389 f., 117 V 8 E. 2c S. 17; vgl. auch BGE 119 V 475 E. 1b/cc S. 479).

Die erhebliche Bedeutung der Korrektur ist bei periodischen Leistungen in jedem Fall zu bejahen (BGE 119 V 475 E. 1c S. 480, 117 V 8 E. 2c/bb S. 20).

2.5 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160).

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

2.6 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Versicherung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Ueli Kieser, Kommentar zum ATSG, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 43 N 86).

Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweismässigkeit zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweismässigkeit liegt kein Verstoß gegen das in Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV, SR 101) gewährleistete rechtliche Gehör (SVR 2003 AHV Nr. 4 E. 4.2.1, 2001 IV Nr. 10 E. 4b; s.a. die zu Art. 4 aBV ergangene, weiterhin geltende Rechtsprechung: BGE 119 V 335 E. 3c S. 344). Auch das Fairnessgebot von Art. 6 Ziff. 1 Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (EMRK, SR 0.101) gewährt in diesem Zusammenhang keinen zusätzlichen Schutz (BGE 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder der Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1 und 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1).

E. 3

Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege unter Einsetzung des Unterzeichneten als unentgeltlichen Rechtsbeistand zu bestellen.

E. 3.1

3.1.1 Die Beschwerdeführerin war seit 1998 bei der B.____ GmbH beschäftigt (IV-Nr. 8 S. 1), zuletzt als [] (IV-Nr. 32 S. 5), einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit [] (IV-Nr. 80 S. 8). Die Arbeitgeberin löste die Anstellung am 11. März 2002 unter Hinweis auf eine Restrukturierung auf (IV-Nr. 8, S. 7). Wegen Rückenschmerzen legte die Beschwerdeführerin die Arbeit am 20. März 2002 nieder (IV-Nr. 3 S. 5 und Nr. 8 S. 1); die Kündigungsfrist verlängerte sich dadurch bis 31. August 2002 (IV-Nr. 8 S. 8 f.).

3.1.2 Das Gutachten der Gutachterstelle C.____ vom 16. Januar 2007 (IV-Nr. 80) enthielt folgende Diagnosen (S. 15):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Nachdem die Beschwerdeführerin im Jahr 2001 zu einer vorwiegend sitzenden [Tätigkeit] gewechselt habe, hätten die Nacken- und lumbalen Rückenschmerzen zugenommen. Das lumboradikuläre Schmerzsyndrom sei auf eine Diskushernie L4/S1 rechts zurückgeführt

und am 29. November 2001 operativ angegangen worden. Nach initialer Besserung der Symptomatik hätten die Beschwerden mit dem Verlust der Arbeitsstelle zugenommen. Bei bekannter okzipito-zervikaler Übergangsanomalie sei im Februar 2006 eine C1-/C2-Instabilität stabilisiert worden. An den Beschwerden habe dies nichts geändert, die Beschwerdeführerin leide nach wie vor an starken chronischen Schmerzen im Bereich des Nackens und des Kreuzes mit wiederholten, über Tage dauernden migräniformen Kopfschmerzattacken. Objektiv falle in der Untersuchung die deutliche partielle Hyperlaxizität auf mit sehr guter Beweglichkeit der Wirbelsäule im Brust- und Lendenbereich und postoperativ deutlich eingeschränkter Beweglichkeit im zervikalen Bereich der Halswirbelsäule. Die ausgeprägten Allodynien im Bereich der Lenden- und Halswirbelsäule sprächen für eine Schmerzverarbeitungsstörung. Die Hyperlaxizität dürfte zusammen mit der anlagebedingten Übergangsanomalie im Okzipitozervikalbereich für die frühzeitigen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäulen eine Rolle spielen. Rein somatisch könne man aber die ausgeprägten Schmerzen nicht erklären, weshalb man eine psychiatrische Begutachtung empfehle (S. 13).

Die Beschwerdeführerin könne auf Grund der körperlichen Beschwerden nicht länger als 30 Minuten am Stück sitzen und dürfe keine die Wirbelsäule belastenden Tätigkeiten ausüben (S. 17 + 20). Rein rheumatologisch sei sie theoretisch für eine leichte körperliche Tätigkeit mit optimaler Arbeitsplatzgestaltung zu 100 % arbeitsfähig (S. 14 + 20). Dasselbe gelte für die bisherige Tätigkeit am [], sofern Wechselpositionen möglich seien (S. 17 + 18). Hier wie dort sei die Beschwerdeführerin aber wegen der ausgeprägten muskulären Dekonditionierung anfänglich nur mit einer Leistung von 50 % einsetzbar (S. 14 / 18 / 20). Therapeutisch empfehle man zur Rekonditionierung eine erneute physiotherapeutische Behandlung inkl. Rückenergonomie und Instruktion in eine medizinische Trainingstherapie. Da die Krankenkasse eine stationäre Rehabilitation wohl nicht übernehme, schlage man ein ambulantes Setting in einem Spital vor (S. 14 + 19). Theoretisch sollte nach mindestens dreimonatiger intensiver Behandlung eine angepasste Arbeit zu 100 % durchführbar sein (S. 20).

3.1.3 Dr. med. D.____, Arzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Gutachten vom 18. April 2007 (IV-Nr. 85) folgende Diagnosen (S. 13):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin leide seit mehreren Jahren an Rückenschmerzen, welche sich trotz intensiver ambulanter und stationärer resp. teilstationärer Behandlung einschliesslich Medikamenten, Physiotherapie und Ergotherapie nicht gebessert hätten (S. 10). Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert. Sie mache bei beiden Gesprächen aufmerksam und konzentriert mit (S. 12). Das Denken sei formal unauffällig und inhaltlich nicht eingengt. Fehlwahrnehmungen oder wahnhafte Ideen seien nicht ersichtlich. Emotional schwinde die Beschwerdeführerin je nach Thema mit. Insgesamt wirke sie erstaunlich locker, die schon früher beschriebene aggressive Seite komme manchmal zum Vorschein, wenn die Beschwerdeführerin über die Kündigung oder das langsame IV-Verfahren schimpfe (S. 13).

Eine depressive Störung lasse sich derzeit nicht feststellen. Die Schmerzsymptomatik sei durch psychosoziale und kulturelle Faktoren beeinflusst (S. 13). Gemäss Blutuntersuchung würden weder die verordneten Antidepressiva noch die Schmerzmittel eingenommen. Die

Prognose bezüglich der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit sei nicht besonders gut, da die Beschwerdeführerin schon fünfeinhalb Jahre nicht mehr gearbeitet habe und (auch rein muskulär) deconditioniert sei. Auf der psychisch-geistigen Ebene bestehe keine Beeinträchtigung. Sozial tendiere die Beschwerdeführerin dazu, sich zu Hause zurückzuziehen. Sie pflege allerdings die familiären Beziehungen, schaue zu ihrem Sohn, gehe täglich zwei Mal für jeweils eine halbe Stunde spazieren und habe sowohl zu einer älteren Nachbarin als auch zu einer Freundin Kontakt (S. 14). Aus psychiatrischer Sicht könnten nach einer Trainingszeit von etwa zwei bis drei Monaten sowohl die bisherige als auch eine andere Tätigkeit wieder acht Stunden am Tag ohne Leistungseinbusse ausgeübt werden (S. 15 ff.).

3.1.4 Am 12. Juni 2007 leitete die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein (IV-Nr. 90). Sie forderte die Beschwerdeführerin auf, sich einer intensiven ambulanten Physiotherapie von mindestens drei Monaten Dauer zu unterziehen.

Die Beschwerdeführerin trat daraufhin im [Spital] E.____ eine Physiotherapie mit zwei Trainingsterminen pro Woche an. Gemäss Bericht vom 9. Oktober 2007 (IV-Nr. 94 S. 6 f.) führte die Therapie jedoch immer wieder zu Schmerz-exazerbationen und gesamthaft gesehen eher zu einer Zustandsverschlechterung. Die Ärzte des [Spitals] E.____ sahen daher eine Weiterführung als nicht sinnvoll an. Zu dieser Auffassung gelangte am 20. November 2007 auch der Hausarzt Dr. med. F.____, Arzt für Allg. Medizin FMH (IV-Nr. 94 S. 2).

Dr. med. G.____, Arzt für Allg. Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), hielt in seiner Stellungnahme vom 29. November 2007 (IV-Nr. 95) fest, nachdem das Mahn- und Bedenkzeitverfahren erfüllt worden sei, die Therapie aber keine Besserung bewirkt habe, seien sowohl die angestammte Arbeit als auch Verweistätigkeiten zu 50 % zumutbar.

3.1.5 In der Folge erhielt die Beschwerdeführerin am 13. August 2008 per 1. Oktober 2002 eine halbe Rente zugesprochen (IV-Nr. 103).

E. 3.2

3.2.1 Ab 1. Mai 2011 war die Beschwerdeführerin mit einem Pensum von 22 Wochenstunden als [...] bei der Firma H.____ angestellt (IV-Nr. 109 S. 2).

Aus einem Artikel in der Zeitung [...] vom [...] 2013 (IV-Nr. 120) ergab sich, dass die Beschwerdeführerin für die I.____ GmbH im [...] tätig war.

3.2.2 Am 9. Januar 2014 leitete die Beschwerdegegnerin ein Revisionsverfahren ein. Im entsprechenden Fragebogen gab die Beschwerdeführerin am 14. Januar 2014 an (IV-Nr. 112), ihr Zustand habe sich verschlimmert. Arm und Bein würden einschlafen, sie habe weniger Kraft.

3.2.3 Dr. med. F.____ nannte in seinem Bericht vom 18. Februar 2014 (IV-Nr. 116 S. 1 ff.), gestützt auf die MRI-Untersuchungen vom 27. und 29. Januar 2014 (IV-Nr. 116 S. 5 ff.), folgende Diagnosen:

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Eine leichte Arbeit ohne Bücken und Heben von Lasten, mit relativ häufigem Wechsel der Körperhaltung, sei höchstens zu 50 % möglich. Die Leistungsfähigkeit in diesem Rahmen

müsste getestet werden.

Gemäss Bericht des [Spitals] J.____ vom 3. März 2014 (IV-Nr. 117 S. 5 f.) klagte die Beschwerdeführerin seit der Stabilisation C0 bis C3 über unspezifische nuchale Schmerzen ohne sensomotorische Defizite, aber mit Blackouts. Ausserdem lägen eine chronische Depression und Adipositas vor. Die Beschwerden liessen sich durch die aktuelle MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule nicht erklären.

Der Bericht der Klinik K.____ vom 23. April 2014 (IV-Nr. 128.7 S. 1 f.) führte folgende Hauptdiagnosen auf:

rechtsdominante, seit einem Jahr progrediente Zervikalgien mit / bei

links lumboradikuläre Schmerzen mit / bei

3.2.4 Anlässlich des Revisionsgesprächs vom 21. Mai 2014 deponierte die Beschwerdeführerin (IV-Nr. 121), die Symptome seien die gleichen wie bei der Rentenzusprache. Im März 2013 habe sich die Situation verschlechtert. Die Schmerzen seien stärker geworden. Hauptproblem sei momentan der Nacken. Die finanzielle Lage schlage auf ihre Psyche, welche grossen Schwankungen unterliege; manchmal sei sie aggressiv, manchmal ziehe sie sich vollständig zurück. Sie besuche weder einen Psychiater noch nehme sie Antidepressiva ein. Die Anstellung bei der Firma H.____ sei wegen Arbeitsmangel per Ende 2012 aufgelöst worden (s.a. IV-Nr. 114 S. 2). Was die I.____ GmbH angehe, so habe sie weder einen Vertrag noch erhalte sie einen Lohn für ihre Tätigkeit in der [...]. Sie mache dies nur wegen der Tagesstruktur. Die RAD-Ärztin Dr. med. L.____ hielt fest, die Beschwerdeführerin mache keinen depressiven Eindruck.

E. 3.3

3.3.1 Das Gutachten der Gutachterstelle M.____ vom 31. Oktober 2014 (IV-Nr. 128.1) gelangte in der Gesamtbeurteilung zu folgenden Diagnosen (S. 30):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

3.3.2 Gemäss dem Teilgutachten von Dr. med. N.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 10. September 2014 (IV-Nr. 128.4) ergab sich auf internistischer Ebene keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 6).

3.3.3 Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, hielt in seinem Teilgutachten vom 25. September 2014 (IV-Nr. 128.2) fest, die Beschwerdeführerin berichte vor allem von Schmerzen im Nacken, ferner von tieflumbalen Rückenbeschwerden (S. 2). Seit der operativen Stabilisierung der kongenitalen craniocervicalen Übergangsanomalie am 23. Februar 2006 sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule insgesamt und vor allem im oberen cervicalen Drittel deutlich konzentrisch eingeschränkt. Postoperativ hätten sich die bildgebend beschriebenen sekundären degenerativen Facettengelenkarthrosen und Spondylarthrosen entwickelt. Komplikationen wie eine cervicale Myelopathie / Radiculopathie seien nicht festzustellen. Die statische Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule und des Rumpfes sei angesichts der Diskushernierung L4/5, des ausgeprägten rumpfmuskulären Globaldefizits und der ■ glücklicherweise in Regredienz befindlichen ■ Adipositas noch deutlich beeinträchtigt. Rücken- und rumpfbelastende Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Zusammenfassend bestünden wesentliche funktionelle Einbussen in der Beweglichkeit und der Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule

sowie des Rumpfes (S. 7).

Die zuletzt im Jahr 2012 ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem [...] sei sitzend ausgeführt worden und mit [...] verbunden gewesen. Die Wirbelsäulenpathologie gestatte jedoch keine solchen Tätigkeiten mehr, d.h. die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit liege bei 0 %. Im Vergleich zum Gutachten vom 16. Januar 2007 habe sich die körperliche Belastbarkeit aus orthopädisch-somatischer Sicht verschlechtert, dies wegen einer weitergehend eingeschränkten Funktion der Halswirbelsäule und einer verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. Zielführend seien rumpfmuskuläre Stabilisierungen für die Lenden- und Brustwirbelsäule. Die Beschwerdeführerin sei cervical belastenden Tätigkeiten, einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen an die Halswirbelsäule und an den Kopf sowie Zwangshaltungen [...] dauerhaft nicht mehr gewachsen. Im Hinblick auf lumbovertbrale Rückenbeschwerden seien überwiegend oder ausschliesslich sitzend zu verrichtende Tätigkeiten obsolet. Die dabei ausgelösten cervicovertebralen und -spondylogenen sowie lumbovertbralen Rückenbeschwerden seien nachvollziehbar. Geeignet seien sehr leichte bis zeitweise leichte Tätigkeiten. Diese müssten wechselbelastend gestaltbar sein, d.h. mit einem freien Wechsel der Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei auf 5 kg bis maximal 10 kg limitiert (S. 9). Angepasste Tätigkeiten wie beschrieben seien mit einem vollen Pensum bei einer um 20 % reduzierten Leistung möglich. Diese Leistungseinbusse gehe zu Lasten von ■ auch in angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren ■ cervicalen und panvertebralen Beschwerden, welche das Arbeitstempo verlangsamen und die Produktivität beeinträchtigen. Damit werde die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit seit 2007 berücksichtigt (S. 10).

3.3.4 Dr. med. P.____, Fachärztin für Neurologie, stellte in ihrem Teilgutachten vom 11. September 2014 (IV-Nr. 128.3) fest, die Beschwerdeführerin leide seit Mai des letzten Jahres vermehrt an mal mehr, mal weniger starken Nackenschmerzen, die in den Hinterkopf ausstrahlten (S. 1 f.). Seit dem Eingriff vom 23. Februar 2006 seien die Gefühlsstörungen und die Kraftlosigkeit der linken Körperseite nicht mehr aufgetreten. Bezüglich der Diskushernie L4/5 könnten aktuell keine klinisch korrelierenden Befunde festgestellt werden. Für bleibende neurologische Ausfälle gebe es derzeit keine Hinweise. Es fänden sich weder für eine Wurzelirritation C3 ■ C4 rechts noch für eine unilaterale / bilaterale Wurzelirritation L5 sichere Anzeichen. Der aktuelle MRT-Befund zeige neu aufgetretene Veränderungen im Segment C2/3 rechts. Insbesondere für die beschriebene hochgradige foraminale Stenose C3 rechts fehle es klinisch an Auffälligkeiten. Der lumbale MRT-Befund beschreibe somit ausschliesslich bildgebende und keine neurologisch-klinischen Wurzelreizsymptome. Auf neurologischem Gebiet bestünden keine dauerhaften Funktionseinschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt. Auf Grund der bekannten cranio-cervicalen Übergangsanomalie und der erfolgten Operation mit dorsaler Stabilisation sei bei fortschreitendem Alter mit zunehmenden degenerativen Veränderungen zu rechnen. Dies zeige sich auch in den kernspintomographischen Verlaufsuntersuchungen der Hals- und oberen Brustwirbelsäule (S. 5).

3.3.5 Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beschrieb in seinem Teilgutachten vom 17. September 2014 (IV-Nr. 128.5) den Psychostatus wie folgt: Die Beschwerdeführerin berichte sehr lebendig über ihre berufliche und gesundheitliche Situation. Sie sei zu allen Qualitäten orientiert. Auch gegen Ende der Untersuchung hätten

sich keine Konzentrationsstörungen gezeigt. Die Beschwerdeführerin spreche mit gut modulierter Stimme. Der formale Gedankengang sei geordnet. Es fänden sich kein Wahn, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen und keine Störungen des Ich-Bewusstseins. Für intellektuelle Defizite lägen keinerlei Hinweise vor, die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert, die Intelligenz zeige sich passend zur Schulbildung und zum beruflichen Werdegang durchschnittlich. Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt. Die Willenskräfte seien strukturiert und regelrecht. Die Antriebslage sei ausreichend. Psychomotorik und Gestik seien lebhaft. Affektiv präsentiere sich die Beschwerdeführerin in leicht dysphorisch-misstrauiger Grundstimmung, sei über neutrale Themen aber modulierbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht reduziert (S. 5). Es zeigten sich keine Anhedonie, keine Interessenlosigkeit und kein sozialer Rückzug. Zwangssymptome und phobische Ängste würden nicht berichtet. Die Beschwerdeführerin sei kontaktfreudig, extrovertiert und sehr lebhaft im Gefühlsausdruck. Es gebe Hinweise für impulsive Persönlichkeitszüge, jedoch ohne eine soziale Unverträglichkeit; die Beschwerdeführerin gerate nicht in auffälliger Weise in Konflikte mit anderen. Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten. Die Beschwerdeführerin zeige sich motiviert, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einem [...] im Umfang von ca. 30 % auszuüben. Sie berichte über eine Durchschlafstörung (S. 6).

In diagnostischer Hinsicht liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Einerseits seien die bestehenden Schmerzen nicht vollständig durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklärbar. Andererseits würden die Schmerzen in Verbindung mit langjährigen emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen auftreten, vor dem Hintergrund einer schwierigen Biographie mit einer unglücklichen Kindheit und einer unglücklichen, durch Zwangsverheiratung entstandenen Ehe (S. 6). In der Vergangenheit seien stark ausgeprägte Depressionen aufgetreten. Diesbezüglich sei von 2004 bis ca. 2010/2011 eine ambulante psychiatrische Behandlung erfolgt. Eine eigenständige Depressionserkrankung liege eindeutig nicht mehr vor. Die Beschwerdeführerin beschreibe aktuell ausschliesslich Stimmungsverschlechterungen im Zusammenhang mit stärker ausgeprägten Schmerzen, im Sinne einer depressiven Begleitsymptomatik der somatoformen Schmerzstörung, die nicht als eigenständiges Krankheitsbild anzusehen sei. Die impulsiven Persönlichkeitszüge hätten keinesfalls Auswirkungen auf die soziale Verträglichkeit. Hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung seien die sog. Försterkriterien zu prüfen. Eine sozial-medizinisch relevante psychische Komorbidität liege nicht vor. Es bestehe kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer Verlauf; bislang sei mangels Motivation keine Psychotherapie durchgeführt worden. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen liege nicht vor.

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Im Zeitpunkt des C.____-Gutachtens seien die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Störung noch nicht erfüllt gewesen (S. 7). Der Bericht des [Spitals] J.____, vom 3. März 2014 diagnostiziere eine chronische Depression. Dies sei nicht nachvollziehbar, da ausschliesslich körperliche Beschwerden, aber keinerlei Depressionssymptome erwähnt würden. Die Beschwerdeführerin könne eine ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeit, die auch ihrem körperlichen Belastungsprofil gerecht werde, ausüben. Auf Grund

der Persönlichkeitsakzentuierung seien Tätigkeiten, die eine überdurchschnittliche emotionale Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit erforderten (z.B. Beschwerdemanagement), nicht geeignet. Die bisherige Tätigkeit könne medizin-theoretisch vollumfänglich, ohne Minderung des Leistungsvermögens verrichtet werden. Eine adaptierte Verweistätigkeit sei 8,5 Stunden täglich ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit möglich (S. 8). Die Rentenzusprache habe auf körperlichen Erkrankungen beruht. Im psychiatrischen Fachgebiet hätten keine invalidisierenden Krankheitsbilder bestanden (S. 8 f.). Dies gelte auch für die Zeit ab der IV-Verfügung von 2008. Der psychische Gesundheitszustand habe sich verbessert, als 2010/2011 eine langjährig bestehende, durch eine massive Eheproblematik bedingte Depression abgeklungen sei (S. 9).

3.3.6 In der interdisziplinären Konsensbesprechung gelangten die Gutachter zum Schluss, es fänden sich ausschliesslich orthopädisch-somatische Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Die Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des Rumpfes insgesamt sei reduziert. Der Bewegungsradius der Halswirbelsäule sei postoperativ dauerhaft eingeschränkt. Bei Status nach Diskushernienoperation L5/S1 im Jahr 2001 und der aktuellen Diskushernie L4/5 mit einer assoziierten Facettengelenkarthrose und einer Hypertrophie der Ligamenta flava bestehe eine längerfristig eingeschränkte statische Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule und des Rumpfes. Hinzu komme der Aspekt der noch vorliegenden rumpfmuskulären Globalinsuffizienz mit einer (derzeit in Regredienz befindlichen) fehl- und überbelastenden Adipositas. Neurologisch, internistisch und psychiatrisch liege keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 128.1 S. 31). Längerfristig sitzende Tätigkeiten ■ wie die zuletzt ausgeübte ■ kämen im Hinblick auf Hals- und Lendenwirbelsäule nicht in Frage. Angepasste Tätigkeiten seien bei einem vollen Pensum mit einer Leistung von 80 % möglich, da auch hier cervicale und panvertebrale Beschwerden, welche das Arbeitstempo minderten und die Produktivität beeinträchtigten, nicht vermeidbar seien (S. 32 f.). Aus orthopädischer Optik habe sich die körperliche Belastbarkeit seit 2007 verschlechtert, sei doch seinerzeit rheumatologisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert worden. Retrospektiv gelte die aktuelle Beurteilung ab ca. 2008. Seit der Operation im Februar 2006 seien keine neurologischen Ausfälle mehr aufgetreten, weshalb eine Besserung resultiere. Internistisch sei die Arbeitsfähigkeit zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Psychiatrisch hätten weder vor der Rentenzusprache am 13. August 2008 noch danach invalidisierende Erkrankungen bestanden. Der Gesundheitszustand habe sich verbessert, indem 2010/2011 eine langjährige Depression abgeklungen sei (S. 33).

3.4 Die RAD-Ärztin L.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, gelangte in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 (IV-Nr. 131 S. 2 ff.) zum Schluss, dass dem M.____-Gutachten zu folgen sei.

Der Bericht der K.____-Klinik vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 137) diagnostizierte ein progredientes, aktuell linksbetontes hochzervikales Schmerzsyndrom mit / bei:

Die zervikalen Schmerzen hätten zugenommen und würden wie vor zehn Jahren bestehen. Sie seien auf subfusionelle degenerative Veränderungen zurückzuführen. Im Bericht vom 2. Juli 2015 (IV-Nr. 142) wurde ergänzt, der Verlauf seit dem 23. September 2014 sowie das Tätigkeitsprofil im letzten Beruf seien nicht bekannt.

E. 3.5

3.5.1 Was den massgeblichen Vergleichszeitpunkt angeht, so ist die Situation im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung derjenigen bei der Rentenzusprache am 13. August 2008 gegenüberzustellen.

3.5.2 Das M.____ -Gutachten von 2014 ist für sich allein genommen durchaus beweiswertig. Vergleicht man es indes mit dem C.____ -Gutachten von 2007, so lässt sich entgegen der Auffassung der Beschwerdegegnerin keine relevante Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Leistungsfähigkeit erkennen:

In organischer Hinsicht leidet die Beschwerdeführerin damals wie heute unter Nacken- und Kreuzbeschwerden, welche zu einer verminderten Beweglichkeit und Belastbarkeit führen und nur noch angepasste wechselstellige Arbeiten erlauben. Eine grundsätzliche diagnostische Veränderung ist nicht eingetreten, von den für die Arbeitsunfähigkeit verantwortlichen Krankheitsbildern, welche auf postoperativen Zuständen und degenerativen Veränderungen beruhen, ist keines weggefallen. Auch von einer geringeren Intensität der Beschwerden kann keine Rede sein. Im Gegenteil, das M.____ -Gutachten spricht bezogen auf ein Vollzeitpensum von einer Leistungseinbusse um 20 %, da die Beschwerden die Produktivität auch in einer angepassten Tätigkeit schmälerten. Das C.____ -Gutachten erwähnte noch keine solche Einschränkung. Die dort attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % wurde vielmehr allein aus der Dekonditionierung der Beschwerdeführerin abgeleitet. Die Behauptung der Beschwerdegegnerin, dieser Zustand sei mittlerweile behoben worden, ist aktenwidrig, diagnostiziert doch das M.____ -Gutachten nach wie vor ein rumpfmuskuläres Globaldefizit und eine Langzeitdekonditionierung (IV-Nr. 128.1 S. 30). Damit fehlt es auch unter diesem Blickwinkel an einer Verbesserung; wenn die M.____ -Gutachter die Dekonditionierung bei der Arbeitsfähigkeit unberücksichtigt lassen, dann stellt dies lediglich eine andere Beurteilung der gleichen Situation dar, welche unerheblich ist (s. dazu BGE 112 V 371 E. 2b S. 372). Unbehelflich ist der Hinweis, nach dem Eingriff im Februar 2006 sei es zu keinen neurologischen Ausfällen mehr gekommen, denn dies ist rund zweieinhalb Jahre vor der Rentenzusprache im Oktober 2008 geschehen. Aus dem Verhalten der Beschwerdeführerin lässt sich ebenfalls nichts zu Gunsten der Beschwerdegegnerin ableiten. Wohl bewegt sie sich jetzt mehr (s. IV-Nr. 128.2 S. 2), doch hat dies (noch) nicht zu einer verbesserten Kondition geführt. Dasselbe gilt für das Arbeitsverhältnis mit der I.____ GmbH. Dieses muss zudem nach Aktenlage als eine Art Beschäftigungstherapie betrachtet werden, welche der Beschwerdeführerin in erster Linie eine Tagesstruktur bieten soll. Namentlich muss sie keine Arbeit erledigen, wenn sie sich dazu gerade nicht in der Lage fühlt (A.S. 19), was mit der Unentgeltlichkeit der Tätigkeit korrespondiert. Vor diesem Hintergrund kann nicht davon ausgegangen werden, dass eine Arbeitsleistung erbracht wurde, die bei einer Entlohnung zu einem rentenausschliessenden Einkommen geführt hätte. Die Anstellung bei der Firma H.____ wiederum betraf ein Halbtagspensum, schloss also eine fortbestehende Arbeitsunfähigkeit von 50 % nicht aus.

Zum psychischen Gesundheitszustand erklärt der M.____ -Gutachter, angesichts der remittierten Depression sei eine Besserung eingetreten. Er bezieht sich dabei aber auf das Jahr 2010/2011. Entscheidend sind indes die Verhältnisse im Jahr 2008, als wie 2014 keine depressive Störung vorlag; die dazwischen aufgetretene depressive Episode, welche wieder abgeklungen ist, spielt hier keine Rolle. Andererseits wurde sowohl 2008 als auch 2014 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert; mangels einer Veränderung dieses Leidens ist es unerheblich, dass das

M.____ -Gutachten die Arbeitsfähigkeit nicht ■ wie für somatoforme Schmerzstörungen seit BGE 141 V 281 vorgeschrieben ■ anhand der sog. Standardindikatoren bestimmt hat. Der M.____ -Psychiater hält im Übrigen an anderer Stelle fest, schon vor 2008 habe keine invalidisierende psychische Erkrankung bestanden, was mit anderen Worten heisst, dass der aktuelle Zustand keine Verbesserung darstellt. Dies wird auch dadurch bekräftigt, dass die Beschwerdeführerin schon vor der Rentenzusprache keine Antidepressiva mehr eingenommen hatte.

3.5.3 Zusammenfassend ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit dem 13. August 2008 bis zur angefochtenen Verfügung verbessert haben. Von weiteren Abklärungen sind angesichts des umfassenden M.____ -Gutachtens keine neuen Erkenntnisse zu erwarten. Eine Revision entfällt damit.

Eine Bestätigung der Rentenreduktion mit der substituierten Begründung der Wiedererwägung kommt ebenfalls nicht in Frage. Die Zusprache einer halben Rente im Jahr 2008 konnte sich nämlich auf die im C.____ -Gutachten attestierte Arbeitsunfähigkeit von 50 % für eine angepasste Tätigkeit stützen und war damit nicht offenkundig falsch. Der Umstand, dass die fragliche Arbeitsunfähigkeit auf einer Dekonditionierung beruhte, ändert daran nichts. Entscheidend ist, ob das Training, welches für das Erreichen der aus medizinisch-funktioneller Sicht möglichen Arbeitsfähigkeit erforderlich ist, der versicherten Person allein überantwortet werden kann (vgl. Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 601/05 vom 11. August 2006 E. 2.3.2). Dies ist hier nicht der Fall, da das C.____ -Gutachten als Voraussetzung für die Rekonditionierung und Wiederherstellung der vollen Leistungsfähigkeit eine Physiotherapie in einem Spital verlangte, welche dann aber erfolglos abgebrochen werden musste. Dementsprechend blieb es bei der attestierten Arbeitsunfähigkeit von 50 %.

3.6 Die angefochtene Verfügung wird folglich in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2016 weiterhin eine halbe Rente auszurichten.

E. 4

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin gegenüber der Beschwerdegegnerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GebT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 52 f.) weist einen Zeitaufwand von 14,13 Stunden aus. Darin ist sog. Kanzleiaufwand enthalten, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klientin»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u. ä. auszugehen ist (7 x 0,17 = 1,19 Stunden), das Gesuch um Akteneinsicht bei der Beschwerdegegnerin vom 27. Januar 2016 (0,25 Stunden) sowie das Fristerstreckungsgesuch vom 17. Juni 2016, das keine besondere Begründung enthält (0,25 Stunden). Somit verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 12,44 Stunden. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 beläuft sich die

Parteientschädigung somit auf CHF 3'472.85, einschliesslich CHF 105.60 Auslagen und CHF 257.25 Mehrwertsteuer.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bisIVG).

Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 21. Dezember 2015 wird in Gutheissung der Beschwerde aufgehoben. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin ab 1. Februar 2016 weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 3'472.85 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

E. 4.2

Die vom Vertreter eingereichte Kostennote (A.S. 52 f.) weist einen Zeitaufwand von 14,13 Stunden aus. Darin ist sog. Kanzleiaufwand enthalten, welcher im Stundenansatz eines Anwaltes bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Klientenbriefe («Brief an Klientin»), bei denen mangels eindeutiger Bezeichnung praxisgemäss von Orientierungskopien u. ä. auszugehen ist (7 x 0,17 = 1,19 Stunden), das Gesuch um Akteneinsicht bei der Beschwerdegegnerin vom 27. Januar 2016 (0,25 Stunden) sowie das Fristerstreckungsgesuch vom 17. Juni 2016, das keine besondere Begründung enthält (0,25 Stunden). Somit verbleibt ein zu entschädigender Aufwand von 12,44 Stunden. Mit dem geltend gemachten Stundenansatz von CHF 250.00 beläuft sich die Parteientschädigung somit auf CHF 3'472.85, einschliesslich CHF 105.60 Auslagen und CHF 257.25 Mehrwertsteuer.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht ist bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69

Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

E. 5

Spannungskopfschmerz beidseits

E. 6

Adipositas

E. 7

Dekompensierte Platt-Knick-Spreizfüsse beidseits

E. 8

Aktenanamnestisch Status nach Tenodese des unteren Sprunggelenkes rechts (1985)

E. 9

Aktenanamnestisch Status nach Vorfussoperation. zur Korrektur einer Syndaktylie als Kleinkind

E. 10

Nikotinabusus 3.3.2 Gemäss dem Teilgutachten von Dr. med. N.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, vom 10. September 2014 (IV-Nr. 128.4) ergab sich auf internistischer Ebene keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (S. 6). 3.3.3 Dr. med. O.____, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie, hielt in seinem Teilgutachten vom 25. September 2014 (IV-Nr. 128.2) fest, die Beschwerdeführerin berichte vor allem von Schmerzen im Nacken, ferner von tieflumbalen Rückenbeschwerden (S. 2). Seit der operativen Stabilisierung der kongenitalen craniocervicalen Übergangsanomalie am 23. Februar 2006 sei die Beweglichkeit der Halswirbelsäule insgesamt und vor allem im oberen cervicalen Drittel deutlich konzentrisch eingeschränkt. Postoperativ hätten sich die bildgebend beschriebenen sekundären degenerativen Facettengelenkarthrosen und Spondylarthrosen entwickelt. Komplikationen wie eine cervicale Myelopathie / Radiculopathie seien nicht festzustellen. Die statische Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule und des Rumpfes sei angesichts der Diskushernierung L4/5, des ausgeprägten rumpfmuskulären Globaldefizits und der – glücklicherweise in Regredienz befindlichen – Adipositas noch deutlich beeinträchtigt. Rücken- und rumpfbelastende Tätigkeiten seien nicht zumutbar. Zusammenfassend bestünden wesentliche funktionelle Einbussen in der Beweglichkeit und der Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des Rumpfes (S. 7). Die zuletzt im Jahr 2012 ausgeübte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einem [...] sei sitzend ausgeführt worden und mit [...] verbunden gewesen. Die Wirbelsäulenpathologie gestatte jedoch keine solchen Tätigkeiten mehr, d.h. die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit liege bei 0 %. Im Vergleich zum Gutachten vom 16. Januar 2007 habe sich die körperliche Belastbarkeit aus orthopädisch-somatischer Sicht verschlechtert, dies wegen einer weitergehend eingeschränkten Funktion der Halswirbelsäule und einer verminderten Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule. Zielführend seien rumpfmuskuläre Stabilisierungen für die Lenden- und Brustwirbelsäule. Die Beschwerdeführerin sei cervical belastenden Tätigkeiten, einhergehend mit repetitiven Bewegungsanforderungen an die Halswirbelsäule und an den Kopf sowie Zwangshaltungen [...] dauerhaft nicht mehr gewachsen. Im Hinblick auf lumbovertbrale Rückenbeschwerden seien überwiegend oder ausschliesslich sitzend zu verrichtende Tätigkeiten obsolet. Die dabei ausgelösten cervicovertebralen und

-spondylogenen sowie lumbovertebralen Rückenbeschwerden seien nachvollziehbar. Geeignet seien sehr leichte bis zeitweise leichte Tätigkeiten. Diese müssten wechselbelastend gestaltbar sein, d.h. mit einem freien Wechsel der Arbeitsposition zwischen Sitzen, Stehen und Umhergehen. Das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten sei auf 5 kg bis maximal 10 kg limitiert (S. 9). Angepasste Tätigkeiten wie beschrieben seien mit einem vollen Pensum bei einer um 20 % reduzierten Leistung möglich. Diese Leistungseinbuße gehe zu Lasten von – auch in angepassten Tätigkeiten nicht gänzlich vermeidbaren– cervicalen und panvertebralen Beschwerden, welche das Arbeitstempo verlangsamen und die Produktivität beeinträchtigen. Damit werde die Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit seit 2007 berücksichtigt (S. 10).

3.3.4 Dr. med. P.____, Fachärztin für Neurologie, stellte in ihrem Teilgutachten vom 11. September 2014 (IV-Nr. 128.3) fest, die Beschwerdeführerin leide seit Mai des letzten Jahres vermehrt an mal mehr, mal weniger starken Nackenschmerzen, die in den Hinterkopf ausstrahlten (S. 1 f.). Seit dem Eingriff vom 23. Februar 2006 seien die Gefühlsstörungen und die Kraftlosigkeit der linken Körperseite nicht mehr aufgetreten. Bezüglich der Diskushernie L4/5 könnten aktuell keine klinisch korrelierenden Befunde festgestellt werden. Für bleibende neurologische Ausfälle gebe es derzeit keine Hinweise. Es fänden sich weder für eine Wurzelirritation C3 – C4 rechts noch für eine unilaterale / bilaterale Wurzelirritation L5 sichere Anzeichen. Der aktuelle MRT-Befund zeige neu aufgetretene Veränderungen im Segment C2/3 rechts. Insbesondere für die beschriebene hochgradige foraminale Stenose C3 rechts fehle es klinisch an Auffälligkeiten. Der lumbale MRT-Befund beschreibe somit ausschliesslich bildgebende und keine neurologisch-klinischen Wurzelreizsymptome. Auf neurologischem Gebiet bestünden keine dauerhaften Funktionseinschränkungen. Die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt. Auf Grund der bekannten cranio-cervicalen Übergangsanomalie und der erfolgten Operation mit dorsaler Stabilisation sei bei fortschreitendem Alter mit zunehmenden degenerativen Veränderungen zu rechnen. Dies zeige sich auch in den kernspintomographischen Verlaufsuntersuchungen der Hals- und oberen Brustwirbelsäule (S. 5).

3.3.5 Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, beschrieb in seinem Teilgutachten vom 17. September 2014 (IV-Nr. 128.5) den Psychostatus wie folgt: Die Beschwerdeführerin berichte sehr lebendig über ihre berufliche und gesundheitliche Situation. Sie sei zu allen Qualitäten orientiert. Auch gegen Ende der Untersuchung hätten sich keine Konzentrationsstörungen gezeigt. Die Beschwerdeführerin spreche mit gut modulierter Stimme. Der formale Gedankengang sei geordnet. Es fänden sich kein Wahn, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen und keine Störungen des Ich-Bewusstseins. Für intellektuelle Defizite lägen keinerlei Hinweise vor, die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert, die Intelligenz zeige sich passend zur Schulbildung und zum beruflichen Werdegang durchschnittlich. Merkfähigkeit, Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt. Die Willenskräfte seien strukturiert und regelrecht. Die Antriebslage sei ausreichend. Psychomotorik und Gestik seien lebhaft. Affektiv präsentiere sich die Beschwerdeführerin in leicht dysphorisch-misstrauiger Grundstimmung, sei über neutrale Themen aber modulierbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht reduziert (S. 5). Es zeigten sich keine Anhedonie, keine Interessenlosigkeit und kein sozialer Rückzug. Zwangssymptome und phobische Ängste würden nicht berichtet. Die Beschwerdeführerin sei kontaktfreudig, extrovertiert und sehr lebhaft im Gefühlsausdruck. Es gebe Hinweise für impulsive Persönlichkeitszüge, jedoch ohne eine soziale Unverträglichkeit; die

Beschwerdeführerin gerate nicht in auffälliger Weise in Konflikte mit anderen. Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten. Die Beschwerdeführerin zeige sich motiviert, ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einem [...] im Umfang von ca. 30 % auszuüben. Sie berichte über eine Durchschlafstörung (S. 6). In diagnostischer Hinsicht liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Einerseits seien die bestehenden Schmerzen nicht vollständig durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklärbar. Andererseits würden die Schmerzen in Verbindung mit langjährigen emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen auftreten, vor dem Hintergrund einer schwierigen Biographie mit einer unglücklichen Kindheit und einer unglücklichen, durch Zwangsverheiratung entstandenen Ehe (S. 6). In der Vergangenheit seien stark ausgeprägte Depressionen aufgetreten. Diesbezüglich sei von 2004 bis ca. 2010/2011 eine ambulante psychiatrische Behandlung erfolgt. Eine eigenständige Depressionserkrankung liege eindeutig nicht mehr vor. Die Beschwerdeführerin beschreibe aktuell ausschliesslich Stimmungsverschlechterungen im Zusammenhang mit stärker ausgeprägten Schmerzen, im Sinne einer depressiven Begleitsymptomatik der somatoformen Schmerzstörung, die nicht als eigenständiges Krankheitsbild anzusehen sei. Die impulsiven Persönlichkeitszüge hätten keinesfalls Auswirkungen auf die soziale Verträglichkeit. Hinsichtlich der somatoformen Schmerzstörung seien die sog. Försterkriterien zu prüfen. Eine sozial-medizinisch relevante psychische Komorbidität liege nicht vor. Es bestehe kein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer Verlauf; bislang sei mangels Motivation keine Psychotherapie durchgeführt worden. Ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen liege nicht vor. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als auch für Verweistätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig. Im Zeitpunkt des C.____-Gutachtens seien die diagnostischen Kriterien einer somatoformen Störung noch nicht erfüllt gewesen (S. 7). Der Bericht des [Spitals] J.____, vom 3. März 2014 diagnostiziere eine chronische Depression. Dies sei nicht nachvollziehbar, da ausschliesslich körperliche Beschwerden, aber keinerlei Depressionssymptome erwähnt würden. Die Beschwerdeführerin könne eine ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand angepasste Tätigkeit, die auch ihrem körperlichen Belastungsprofil gerecht werde, ausüben. Auf Grund der Persönlichkeitsakzentuierung seien Tätigkeiten, die eine überdurchschnittliche emotionale Belastbarkeit und Konfliktfähigkeit erforderten (z.B. Beschwerdemanagement), nicht geeignet. Die bisherige Tätigkeit könne medizin-theoretisch vollumfänglich, ohne Minderung des Leistungsvermögens verrichtet werden. Eine adaptierte Verweistätigkeit sei 8,5 Stunden täglich ohne Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit möglich (S. 8). Die Rentenzusprache habe auf körperlichen Erkrankungen beruht. Im psychiatrischen Fachgebiet hätten keine invalidisierenden Krankheitsbilder bestanden (S. 8 f.). Dies gelte auch für die Zeit ab der IV-Verfügung von 2008. Der psychische Gesundheitszustand habe sich verbessert, als 2010/2011 eine langjährig bestehende, durch eine massive Eheproblematik bedingte Depression abgeklungen sei (S. 9).

3.3.6 In der interdisziplinären Konsensbesprechung gelangten die Gutachter zum Schluss, es fänden sich ausschliesslich orthopädisch-somatische Beeinträchtigungen der Arbeitsfähigkeit. Die Belastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie des Rumpfes insgesamt sei reduziert. Der Bewegungsradius der Halswirbelsäule sei postoperativ dauerhaft eingeschränkt. Bei Status nach Diskushernienoperation L5/S1 im Jahr 2001 und der aktuellen Diskushernie L4/5 mit einer assoziierten Facettengelenkarthrose und einer Hypertrophie der Ligamenta flava bestehe eine längerfristig eingeschränkte statische Belastbarkeit der Lendenwirbelsäule und des

Rumpfes. Hinzu komme der Aspekt der noch vorliegenden rumpfmuskulären Globalinsuffizienz mit einer (derzeit in Regredienz befindlichen) fehl- und überbelastenden Adipositas. Neurologisch, internistisch und psychiatrisch liege keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit vor (IV-Nr. 128.1 S. 31). Längerfristig sitzende Tätigkeiten — wie die zuletzt ausgeübte — kämen im Hinblick auf Hals- und Lendenwirbelsäule nicht in Frage. Angepasste Tätigkeiten seien bei einem vollen Pensum mit einer Leistung von 80 % möglich, da auch hier cervicale und panvertebrale Beschwerden, welche das Arbeitstempo minderten und die Produktivität beeinträchtigten, nicht vermeidbar seien (S. 32 f.). Aus orthopädischer Optik habe sich die körperliche Belastbarkeit seit 2007 verschlechtert, sei doch seinerzeit rheumatologisch eine Arbeitsfähigkeit von 100 % attestiert worden. Retrospektiv gelte die aktuelle Beurteilung ab ca. 2008. Seit der Operation im Februar 2006 seien keine neurologischen Ausfälle mehr aufgetreten, weshalb eine Besserung resultiere. Internistisch sei die Arbeitsfähigkeit zu keinem Zeitpunkt eingeschränkt gewesen. Psychiatrisch hätten weder vor der Rentenzusprache am 13. August 2008 noch danach invalidisierende Erkrankungen bestanden. Der Gesundheitszustand habe sich verbessert, indem 2010/2011 eine langjährige Depression abgeklungen sei (S. 33).

3.4 Die RAD-Ärztin L.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, gelangte in ihrer Stellungnahme vom 18. Dezember 2014 (IV-Nr. 131 S. 2 ff.) zum Schluss, dass dem M.____ -Gutachten zu folgen sei. Der Bericht der K.____ -Klinik vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 137) diagnostizierte ein progredientes, aktuell linksbetontes hochzervikales Schmerzsyndrom mit / bei: - rechtsbetonter Facettengelenksarthrose C3/4, C3/4 rechts und C4/5 rechts - Status nach occipito-zervikaler Spondylodese C0 – C3 (23. Februar 2006) Die zervikalen Schmerzen hätten zugenommen und würden wie vor zehn Jahren bestehen. Sie seien auf subfusionelle degenerative Veränderungen zurückzuführen. Im Bericht vom 2. Juli 2015 (IV-Nr. 142) wurde ergänzt, der Verlauf seit dem 23. September 2014 sowie das Tätigkeitsprofil im letzten Beruf seien nicht bekannt.

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