

SO_GERICHTE VSBES.2016.332 vom 8. November 2016

SO Obergericht, 2016-11-08, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.332

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.332 du 8 novembre 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.332 del 8 novembre 2016

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1960, meldete sich am 7. Oktober 2002 (IV-Stelle Beleg Nr. [im Folgenden: IV-Nr.] 4) bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung gab sie an: «Rücken, Nerven». Zuletzt war sie bei der B.____ in [...] als Mitarbeiterin tätig gewesen. Ihre Kündigung erfolgte aus wirtschaftlichen Gründen per 31. Oktober 2002 (IV-Nr. 5 S. 4).

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte diverse medizinische Unterlagen ein und liess die Beschwerdeführerin durch die Begutachtungsstelle C.____ am 23. September 2003 rheumatologisch und psychiatrisch begutachten (IV-Nr. 32.1 und 32.3).

1.3 Gestützt auf das oben genannte Gutachten sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 15. Dezember 2004 (IV-Nr. 46) mit Wirkung ab 1. August 2002 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 59 % eine halbe Invalidenrente zu. Eine Einschränkung in der Arbeitsfähigkeit habe ab 20. August 2001 bestanden. Die Beschwerdeführerin könne nunmehr noch eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit während fünf Stunden, mit einer Leistungsfähigkeit von 80 %, ausüben.

2. Am 7. Juni 2006 wurde eine erste Rentenrevision eingeleitet (IV-Nr. 47). Die Beschwerdeführerin füllte einen Fragebogen zu ihrem Gesundheitszustand aus. Weiter wurde bei Dr. med. D.____, Ambulatorium der E.____, ein Verlaufsbericht eingeholt (IV-Nr. 49). Mit Mitteilung vom 7. Juli 2006 (IV-Nr. 50) hielt die Beschwerdegegnerin fest, die halbe Invalidenrente werde unverändert ausgerichtet.

E. 3

3.1 Am 3. Mai 2013 wurde wiederum ein Revisionsverfahren eingeleitet (IV-Nr. 57). Die Beschwerdegegnerin holte medizinische Unterlagen ein und veranlasste schliesslich auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) eine polydisziplinäre Begutachtung. Der Auftrag wurde nach dem Zufallsprinzip an die Begutachtungsstelle F.____ vergeben und das Gutachten am 19. Dezember 2013 erstattet (IV-Nr. 78.1 - 78.3).

3.2 Nachdem die behandelnde Psychotherapeutin, Dr. med. G.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, am 10. Januar 2014 (IV-Nr. 80) und der damalige Hausarzt, Dr. med. H.____, am 14. Januar 2014 (IV-Nr. 81) zum Gutachten Stellung genommen hatten, stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 13. März 2014 (IV-Nr. 85) in Aussicht, ab dem 1. Oktober 2014 keine Rente mehr auszurichten.

3.3 Die Beschwerdeführerin liess dagegen am 30. April 2014 Einwand erheben (IV-Nr. 89). Die Beschwerdegegnerin tätigte daraufhin weitere medizinische Abklärungen. Konkret

holte sie einen Arztbericht bei Dr. med. G.____ ein. Dieser datiert vom 5. Juni 2014 (IV-Nr. 91). Weiter machte Dr. med. I.____, Rehabilitations- und Rheumazentrum J.____, am 10. Februar 2014 (IV-Nr. 94 S. 3 ff.) Ausführungen zum gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin. Die Berichte wurden der rheumatologischen Gutachterin und dem psychiatrischen Gutachter zugestellt. Erstere nahm am 16. Oktober 2014 Stellung und gab gleichzeitig bekannt, der psychiatrische Gutachter sei nicht mehr bei der entsprechenden Begutachtungsstelle tätig (IV-Nr. 100).

3.4 Die Beschwerdegegnerin leitete in der Folge eine Folgebegutachtung bei der Begutachtungsstelle F.____ in die Wege. Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie, erstattete diese am 3. August 2015 (IV-Nr. 118.1).

E. 4

4.1 Nachdem die behandelnde Psychotherapeutin am 28. September 2015 zum Folgegutachten Stellung genommen hatte (IV-Nr. 122), erliess die Beschwerdegegnerin am 16. März 2016 einen neuen Vorbescheid (IV-Nr. 129), gemäss welchem sie der Beschwerdeführerin in Aussicht stellte, die Rente auf Ende des Folgemonats aufzuheben.

4.2 Gegen diesen Vorbescheid liess die Beschwerdeführerin am 8. Mai 2016 wiederum Einwand erheben (IV-Nr. 136). Mit Verfügung vom 8. November 2016 (Aktenseite [A.S.] 1 ff.) bestätigte die Beschwerdegegnerin ihren Vorbescheid und hob die Rente der Beschwerdeführerin auf Ende des Folgemonats nach Zustellung der Verfügung auf. Gleichzeitig wurde einer allfälligen Beschwerde die aufschiebende Wirkung entzogen.

5. Gegen diese Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 14. Dezember 2016 (A.S. 5 ff.) Beschwerde beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 8. November 2016 sei aufzuheben.
2. Es sei der Beschwerdeführerin weiterhin eine halbe Invalidenrente auszurichten.
3. Es seien der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen zu gewähren.
4. Es sei die aufschiebende Wirkung der Beschwerde wiederherzustellen.

Gleichen Tags mit der Beschwerde lässt die Beschwerdeführerin ein Gesuch um unentgeltliche Prozessführung stellen (A.S. 16 f.). Konkret wird beantragt, es sei ihr für das Beschwerdeverfahren gegen die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2016 die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und die Unterzeichnende Rechtsanwältin, Martina Culic, als amtliche Anwältin beizuordnen.

6. Die Beschwerdegegnerin beantragt mit Eingabe vom 30. Januar 2017 (A.S. 35), das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung der Beschwerde sei abzuweisen.

7. Das Versicherungsgericht weist mit Verfügung vom 7. Februar 2017 (A.S. 36 f.) das Gesuch um Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung ab. Weiter wird die Beschwerdeführerin aufgefordert, zusätzliche Unterlagen zu ihrem Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege einzureichen.

8. Mit Beschwerdeantwort vom 21. Februar 2017 (A.S. 39) verzichtet die Beschwerdegegnerin unter Verweis auf die angefochtene Verfügung und die Akten auf weitere Bemerkungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen.

9. Mit Verfügung vom 3. März 2017 (A.S. 42) gewährt das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwältin Martina Culic als unentgeltliche Rechtsbeiständin.

10. Mit Eingabe vom 8. März 2017 (A.S. 44 f.) reicht die unentgeltliche Rechtsbeiständin eine Kostennote zu den Akten.

11. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2.

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die im Rahmen des Revisionsverfahrens veranlassten medizinischen Entscheidungsgrundlagen belegten eine Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin. Die bei der Rentenzusprache vorliegende rezidivierende depressive Störung sei remittiert. Aus rheumatologischer Sicht sei aufgrund der Befunde im Bereich der Wirbelsäule theoretisch eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % in einer körperlich leichten Tätigkeit möglich. Nach einer Übergangszeit mit entsprechenden Behandlungen bestehe auch aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Mittlerweile sei auch in rheumatologischer Hinsicht von keinen Einschränkungen mehr auszugehen, dies im Einklang mit der RAD-Stellungnahme vom 6. März 2014. Da die muskuläre Dekonditionierung und der Vitamin D-Mangel durch geeignete Vorkehren behoben werden könnten, sei nach Ablauf der Übergangszeit von keiner rheumatologischen Einschränkung mehr auszugehen. Es liege keine Invalidität mehr vor, weshalb sich ein Einkommensvergleich erübrige.

Für den Vergleichszeitpunkt sei nicht auf die Mitteilung vom 7. Juli 2006 abzustellen, da sich diese lediglich auf die Einholung eines rudimentären Berichts des behandelnden Arztes stütze, der einen stationären Zustand attestiert habe. Im Weiteren sei das Folgegutachten vom 3. August 2015 beweiskräftig. Dem testmässigen Erfassen sei im Rahmen der psychiatrischen Exploration nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Massgebend sei die klinische Untersuchung.

Was die Selbsteingliederung anbelange, so würden die ins Recht gelegten Arbeitsbemühungen nicht beweisen, dass diese unmöglich sei. Einzig die wirtschaftliche Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit auf dem hypothetischen Arbeitsmarkt sei massgebend. Zudem habe die Beschwerdeführerin ihre stets bestehende Restarbeitsfähigkeit von 50 % nie verwirklicht.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 5 ff.) entgegenhalten, die behandelnde Psychiaterin sowie die Psychologin hätten ausgeführt, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei innerhalb der seit sechs Jahren bei ihnen andauernden Behandlung stabil auf niedrigem Niveau verlaufen. Sie erlebe wiederholt depressive Einbrüche, wobei das Funktionsniveau auch zwischen den Einbrüchen nicht auf ein gesundes Mass ansteige. Aktuell werde eine mittelgradige depressive Episode im

Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung diagnostiziert. Dies lasse sich mit dem Selbstbeurteilungsinstrument Becks Depressionsinventar objektivieren. Die depressiven Symptome verstärkten sich bei Schmerzen, welche die Beschwerdeführerin habe. Zusätzlich verschlechterten die vorhandenen akzentuierten Persönlichkeitszüge die Chancen auf eine Gesundung. Es sei nicht korrekt, dass die Beschwerdeführerin eine geringe Veränderungsmotivation habe. Sie bewerbe sich regelmässig auf Teilzeitstellen. Aufgrund des aktuellen Arztberichtes von Dr. med. G. ___ und Dr. rer. nat. L. ___ liege keine Änderung des Sachverhalts verglichen mit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2003 vor. Es sei zweifelhaft, ob die beiden gutachterlichen klinischen Untersuchungen alleine geeignet seien zu belegen, ob eine rezidivierende depressive Störung remittiert sei oder nicht. Weder das Gutachten vom 19. Dezember 2013 noch dasjenige vom 3. August 2015 vermöge überzeugend darzulegen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert habe. Eine solche Verbesserung sei unter diesen Umständen nicht überwiegend wahrscheinlich.

Die Beschwerdeführerin sei auf Eingliederungsmassnahmen angewiesen. Sie sei gewillt zu arbeiten und bemühe sich seit Jahren intensiv um eine Arbeitsstelle. Sie sei seit über 15 Jahren vom Arbeitsmarkt abwesend. Die Eingliederungsfähigkeit müsse näher abgeklärt werden.

3.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 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 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall steht die Aufhebung einer seit 2002 ausgerichteten Invalidenrente per Ende Dezember 2016 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der 6. IV-Revision, massgebend.

3.3 Seit der ab 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

4. 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 aufgrund 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 denjenigen Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 8C_3/2012 vom 25. April 2012 E. 3.3).

E. 5

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte

Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt 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 (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

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 ff.). 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 104 V 209 S. 212). 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 353).

Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bis IVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruches. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit Hinweisen).

5.4 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 betrachtet 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 sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung 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).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die mit Verfügung vom 15. Dezember 2004 (IV-Nr. 46) ab 1. August 2002 zugesprochene halbe Invalidenrente zu Recht per Ende Dezember 2016 aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 15. Dezember 2004 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 8. November 2016 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b). Nicht relevant ist vorliegend der Zeitpunkt der ersten Revision im Jahr 2006, weil die Beschwerdegegnerin anlässlich dieser lediglich mit Mitteilung vom 7. Juli 2006 (IV-Nr. 50) feststellte, dass die halbe Invalidenrente unverändert ausgerichtet werde und sie sich dabei nur gerade auf einen von der Beschwerdeführerin ausgefüllten Fragebogen und einen Bericht der E.____ (IV-Nr. 49) abstützte. Eine umfassende materielle Prüfung hat demnach nicht stattgefunden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_815/2011 vom 7. Februar 2012 E. 3.3.1).

6.1 Ihre ursprüngliche Rentenzusprechung stützte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 23. September 2003 (IV-Nrn. 32.1 und 32.3). Für den Sachverhaltsvergleich ist (mittlerweile) unbestrittenermassen darauf abzustellen. Demgemäss lagen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor:

Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine arterielle Hypertonie, ein Varizenstripping beidseits im März 2003 sowie Metromenorrhagien genannt. In der Beurteilung wurde ausgeführt, 1996 sei es bei der Beschwerdeführerin zeitlich parallel zum Verlust der Mutter zu Schmerzen im Nackenbereich und in der Folge zunehmend zu lumbalen Schmerzen ohne initiales Trauma oder einer Überlastungssituation gekommen. Im Rahmen der Schmerzausweitung habe sich eine zunehmende depressive Verstimmung ergeben, die seit ca. ein bis zwei Jahren medikamentös und psychotherapeutisch behandelt werde. In der aktuellen Untersuchung zeige sich nur eine leichtgradige Beweglichkeitseinschränkung der Hals- und Lendenwirbelsäule, zudem eine leichte linkskonvexe Skoliose am thorako-lumbalen Übergang. Zudem habe eine muskuläre Haltungsinsuffizienz bestanden. Die körperliche und bildgebende Untersuchung erklärten die Rückenschmerzen nicht. Die Schmerzen würden im Rahmen einer Somatisierung bei depressivem Zustandsbild gesehen, allenfalls als somatoformes Schmerzsyndrom bei psychischer Belastungssituation als Auslöser (Verlust der Mutter, Aggression des Ehemannes, allfälliger Erschöpfungszustand nach langem Durchschlagen fern der Heimat). Schwere Arbeit werde wegen der Schmerzexazerbation unter Belastung als nicht mehr

zumutbar erachtet. Leichte bis mittelschwere Tätigkeiten seien zumutbar, allerdings sei die Belastungsfähigkeit durch die depressive Störung stark eingeschränkt. Rein körperlich bestehe eine gute Prognose. Durch aktive Physiotherapie sei die Dekonditionierung therapierbar. Aus psychiatrischer Sicht sei die Prognose ungünstig, aber nicht hoffnungslos. Die bisherige Tätigkeit sei noch zumutbar, zu vier bis fünf Stunden täglich. Die Leistungsfähigkeit betrage dabei noch 80 %. Die Beeinträchtigung bestehe seit August 2001. Der Beschwerdeführerin seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar, der Arbeitsplatz sollte rückenergonomisch gut eingerichtet sein. Das wiederholte Heben und Tragen von schweren Lasten über 10 kg sollte vermieden werden. Die Beschwerdeführerin sollte zudem die Möglichkeit zum selbständigen Wechsel der Arbeitsposition erhalten. Wegen verminderter psychischer Belastbarkeit sollte die Arbeit stressarm sein und geringe Anforderungen an die Beschwerdeführerin stellen.

6.2 Im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 21. April 2016 präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 Gemäss Arztbericht von Dr. med. G.____ vom 30. Mai 2013 (IV-Nr. 58) bestünden bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, grösstenteils remittiert, ängstlich-vermeidende, abhängige, histrionische und unreife Persönlichkeitszüge, ein Verdacht auf eine Angststörung sowie ein chronisches cervicales und lumbales Schmerzsyndrom. Es zeige sich ein stabiler Verlauf auf tiefem Niveau. Eine weitere Verbesserung sei bei ausgeprägter Chronifizierung wenig wahrscheinlich. Die Arbeitsfähigkeit sei schwierig einzuschätzen aufgrund der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Es sei jedoch von einer reduzierten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit auszugehen.

6.2.2 Der damalige Hausarzt, Dr. med. H.____, berichtete am 25. Juni 2013 (IV-Nr. 59), aus somatischer Sicht seien keine relevanten Einschränkungen bezüglich Arbeitsfähigkeit vorhanden.

6.2.3 Durch die F.____ erfolgte am 19. Dezember 2013 eine polydisziplinäre Begutachtung (IV-Nrn. 78.1-78.3) unter Beizug folgender Fachpersonen:

Zusammenfassend habe die Beschwerdeführerin selber im Rahmen der Begutachtung angegeben, ihre Schmerzen seien das Hauptproblem. Diese seien in erster Linie in der Kreuzgegend lokalisiert. Bisweilen habe sie aber auch Schmerzen in der Hüfte, der rechten Schulter, in den Knien und im ganzen rechten Bein, von oben bis unten. Bisweilen werde sie auch von Schmerzen an der linken Stirn und im linken Auge befallen. Die Schmerzen würden wellenförmig verlaufen. Sie habe schon lange ein sehr schweres Leben, Probleme mit dem Ehemann, von dem sie tatsächlich, nicht aber gerichtlich getrennt sei. Der Ehemann wohne mit der ältesten Tochter in Montenegro. Sie habe keinen nennenswerten Kontakt zu diesem. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie zwischen 06.30 und 07.00 Uhr aufstehen müsse, aber häufig schon gegen 05.30 - 06.00 Uhr wach sei. Dann bereite sie das Frühstück für ihren Sohn zu. Nachdem dieser zur Schule gegangen sei, wandere sie in die Stadt (ca. 15 min) und mache Einkäufe. Dann bereite sie das Mittagessen zu. Sobald ihr Sohn das Haus wieder verlassen habe, besorge sie das Geschirr, sehe etwas fern und lese Zeitung. Wenn möglich, gehe sie während 30 - 60 Minuten spazieren. Zwischendurch besorge sie auch den Haushalt, wobei sie von Sohn und Tochter Hilfe erhalte. Nach dem Abendessen, das sie wiederum mit ihrem Sohn einnehme, sehe sie noch etwas fern. Manchmal sei sie dann wie tot und gehe bereits um 20.00 Uhr ins Bett. Unangenehm sei,

dass sie dann fast stündlich erwache, manchmal einfach so und manchmal aufgrund der Schmerzen.

6.2.3.1 In der internistischen Beurteilung (IV-Nr. 78.1) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen am Bewegungsapparat, vor allem im Rücken. Wegen unklaren Thoraxschmerzen sei sie kardiologisch abgeklärt worden, ohne dass eine nennenswerte Pathologie gefunden worden sei. Erwähnenswert sei, dass sie offenbar mehrmals Episoden von Hyperventilationstetanien durchgemacht habe. Sie berichte auch über Gleichgewichtsstörungen, die aber nur vage beschrieben würden. Aktuell bestehe bei ihr klinisch kein krankheitswertiger Befund, der aus internistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit rechtfertigen würde. Lediglich der sehr tiefe Vitamin D-Wert müsse berücksichtigt werden. Dieses Problem könne aber durchaus rasch und erfolgreich behandelt werden. Die Anfälle von Hyperventilationstetanien seien ebenfalls beeinflussbar, die Gleichgewichtsstörungen klinisch nicht verifizierbar. Zusammenfassend sei die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage, eine leichte körperliche Arbeit auszuführen.

6.2.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 78.2) wird festgehalten, die Stimmungslage der Beschwerdeführerin sei über weite Strecken ausgeglichen und affektiv gut schwingungsfähig. Lediglich beim Ansprechen der vormals bestehenden Situation wirke sie leicht depressiv. Rasch kehre sie aber wieder zur affektiven Ausgangslage zurück. Grossmehrheitlich zeigten sich weder im Antrieb noch in der Psychomotorik Auffälligkeiten. Das formale Denken sei geordnet, die Konzentration ungestört. 2006 habe sich erstmals der Hinweis gefunden, dass die 2003 diagnostizierte rezidivierende depressive Störung remittiert sei. Auch 2013 berichte die behandelnde Psychiaterin über eine Remission. In der aktuellen Untersuchung stelle sich eine psychopathologisch weitgehend unauffällige Beschwerdeführerin vor. Eine psychiatrische Diagnose lasse sich nicht stellen. Insbesondere zeigten sich keinerlei Symptome für eine Depression. Hinweise für das Vorliegen einer Angsterkrankung, wie sie die behandelnde Ärztin anspreche, zeigten sich ebenfalls nicht. Auch eine Persönlichkeitsstörung sei nicht zu diagnostizieren. Der Serumspiegel des Venlafaxins habe bei der ersten Blutentnahme deutlich unter dem therapeutischen Niveau gelegen, bei der zweiten (zwei Wochen später) dann im therapeutischen Bereich. Dies sei ein Zeichen dafür, dass ein deutlicher Leidensdruck von Seiten einer psychischen Erkrankung nicht mehr bestehe. Aus rein psychiatrischer Optik bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin habe sich in der jetzigen Lebenssituation regressiv eingerichtet. Es werde vermutlich schwierig sein, sie wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, da zum jetzigen Zeitpunkt vermutlich wenig Motivation dafür bestehe.

6.2.3.3 Das rheumatologische Teilgutachten (IV-Nr. 78.3) äussert sich dahingehend, dass die Beschwerdeführerin damals hauptsächlich wegen einer depressiven Störung und einem Schmerzsyndrom bei nur leichten degenerativen Veränderungen arbeitsunfähig geworden sei. Nachdem ihr eine Rente zugesprochen worden sei, habe keine rheumatologische Betreuung bestanden, Physiotherapie lange Zeit nur unregelmässig. Die nun als stark beschriebenen Schmerzen deuteten klinisch auf eine gewisse Zunahme der degenerativen Veränderungen im Sinne einer Fazettenüberlastung bei Spondylarthrose hin. Radiologisch erscheine der Befund aber nicht progredient. Im Bereich des Nackens seien ausser mässigen Verspannungen im Schultergürtel und einer Haltungsinsuffizienz keine Pathologien festzustellen. Bei den linksseitigen Kopfschmerzen könne es sich um Spannungskopfschmerzen handeln, die hohe Schmerzintensität lasse

differentialdiagnostisch auch an eine Migräne denken. Die Beschwerdeführerin habe die hierfür typischen Begleitsymptome aber spontan nicht angegeben. Hinweise für einen cervikogenen Kopfschmerz bestünden nicht. In einer leichten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig. Von grösserer Relevanz sei die durch die lange Arbeitsabstinenz und fehlende adäquate physiotherapeutische Behandlung entstandene muskuläre Dekonditionierung mit ungenügender Rumpf- und Beckenstabilisation. Ein Teil dieser Beschwerden, insbesondere auch die Periarthropathien beider Hüften, könnten auch durch den ausgeprägten Vitamin D-Mangel mitbedingt sein. Bezüglich der muskulären Dekonditionierung und der Kopfschmerzen seien die medizinischen Massnahmen nicht ausgeschöpft und sollten intensiviert werden, so werde ein gezielter Muskelaufbau vorgeschlagen. Der Therapieerfolg hänge vom psychischen Zustand ab, ferner sei vor drei Monaten nicht mit einer relevanten Besserung zu rechnen. Zusätzlich empfehle sich eine gezielte medikamentöse Behandlung der lumbalen Schmerzen. Im Weiteren sollte der Vitamin D-Mangel rasch korrigiert werden. Bezüglich der Kopfschmerzen empfehle sich eine neurologische Beurteilung bzw. Therapie / Prophylaxe. Aufgrund dieser nicht genügend therapierten Einschränkungen sollte vorerst lediglich mit einer Tätigkeit von 50 % begonnen werden. Bei gutem Ansprechen der Behandlung könne das Pensum dann erhöht werden.

6.2.3.4 In der zusammenfassenden Beurteilung werden bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.2.4 Gemäss Bericht von Dr. med. I.____, Rehabilitations- und Rheumazentrum J.____ vom 10. Februar 2014 (IV-Nr. 94 S. 3 ff.) liege bei der Beschwerdeführerin eine Fibromyalgie vor. Es fehlten Hinweise auf eine entzündliche Systemerkrankung. Zudem liessen sich die von der Beschwerdeführerin geschilderten multilokulären Schmerzen nicht durch die genannten organischen Befunde erklären. In der körperlichen Untersuchung imponierten Inkonsistenzen. Insgesamt bestehe das Bild einer Fibromyalgie, welche sehr wahrscheinlich durch die massive psychosoziale Belastungssituation mit langjähriger psychotherapeutischer Behandlung begünstigt werde.

6.2.5 Im Arztbericht von Dr. med. G.____ vom 5. Juni 2014 (IV-Nr. 91) ist die Rede von einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.0 bis 33.1), ängstlich-vermeidenden, abhängigen und histrionischen Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1) und einer Fibromyalgie. Die Arbeitsfähigkeit sei in jedem Fall eingeschränkt. Es bedürfe eines Arbeitsversuchs, um diese beziffern zu können. Die Testverfahren BDI und Hamilton hätten am 12. Mai 2014 eine mittelgradige bzw. schwere Depression ergeben. Die Beschwerdeführerin wirke im direkten Kontakt deutlich aufgehellter, weshalb der Schweregrad der Depression bisher unterschätzt worden sei. Zumutbar sei derzeit eine Tätigkeit von zwei Stunden täglich in geschütztem Rahmen, im Verlauf eine schrittweise Steigerung.

6.2.6 Das von Dr. med. K.____, Facharzt für Psychiatrie, am 3. August 2015 erstattete psychiatrische Folgegutachten (IV-Nr. 118.1) enthält keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden eine rezidivierende depressive Störung, unter laufender Behandlung, weitgehend remittiert (ICD-10 F33.4), sowie eine Persönlichkeitsakzentuierung mit ängstlichen, selbstunsicheren, dependenten

und histrionischen Akzenten (ICD-10 Z73.1) angegeben.

Subjektiv habe die Beschwerdeführerin berichtet, sie gehe alle drei bis vier Wochen in die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Sie nehme das Antidepressivum Venlafaxin und eine Reihe internistischer Medikamente ein. Bedarfsweise erfolge die Einnahme von Irfen 600 mg und gelegentlich, bei Kopfweh, Aspegic 500 mg. Sie berichte weiter, oft mit ihrem Schicksal zu hadern, häufig eine gedrückte Stimmung zu haben und traurig zu sein. Es gebe Phasen von vermehrter Reizbarkeit und Unruhe. Sie habe viele Ängste, hoffe aber trotz aller Widrigkeiten auf Besserung. Ihre Ausdauer habe abgenommen und sie habe Konzentrationsprobleme. Freude empfinde sie an der Entwicklung ihrer Töchter und des Sohns. Gerne koche sie für ihre Familie und unternehme auch gerne einmal einen kleinen Spaziergang. Dabei könne sie entspannen und sei abgelenkt. Sie leide oft unter Schmerzen. Soziale Kontakte seien erhalten. Sie erlebe ihre Nachbarschaft als intakt und hilfsbereit. Es gebe auch einen kleinen, aber verlässlichen Freundeskreis. Mit zwei guten Kolleginnen könne sie über alles reden. Der Tagesablauf wird von der Beschwerdeführerin gleich beschrieben wie anlässlich der Begutachtung im Jahr 2013. Am Wochenende erhalte sie manchmal Besuch von Kolleginnen oder sie gehe zur einer Kollegin. Manchmal gehe sie auch mit ihrer Tochter einkaufen. Unternehmungen kämen im Übrigen eher selten vor. Einen Führerschein habe sie nicht. Sie reise üblicherweise einmal im Jahr nach Kroatien und Montenegro. Dort besuche sie Angehörige, insbesondere die älteste Tochter und das Enkelkind. Die Reise sei jeweils beschwerlich. Einschlafstörungen habe sie nicht, aber Durchschlafstörungen.

Im klinischen Befund hält der Gutachter fest, während der Untersuchung hätten Aufmerksamkeit, Konzentration und Ausdauer keineswegs nachgelassen. Der formale Gedankengang sei geordnet und kohärent. Formalgedanklich fänden sich keine Hinweise für eine depressive Denkhemmung. Im inhaltlichen Denken zeige sich zwar eine vermehrte gedankliche Beschäftigung mit negativen Kognitionen, Selbstwertzweifeln und Schmerzen, aber die Beschwerdeführerin bleibe im Gespräch nicht gedanklich darin gefangen. Sie könne stets aus den negativen Gedankengängen gelöst werden. Im Antrieb wirke sie ungestört, die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und zielgerichtet. In der emotional affektiven Schwingungsfähigkeit verfüge sie durchaus nuanciert über das gesamte Ausdrucksspektrum. Die Affektlage sei nur teilweise zum depressiven Pol gedrückt, zeitweilig erweise sich die Beschwerdeführerin als ernst, teilweise aber auch in den positiven Bereich mitschwingend. Die Fähigkeit zur Freudempfindung sei leicht beeinträchtigt, eine Anhedonie liege nicht vor. Die Beschwerdeführerin nehme durchaus mit Interesse am Alltagsgeschehen von Kindern und Angehörigen teil. Das Selbstwertgefühl wirke eher reduziert. Affektlabilität liege nicht vor und pathologische Angstaffekte prägten zu keinem Zeitpunkt den psychopathologischen Befund. In der Primärpersönlichkeit sei die Beschwerdeführerin asthen und ängstlich-selbstunsicher geprägt, ferner weise die Persönlichkeitsstruktur einzelne histrionische Merkmale auf. Insgesamt könne sie aber mit ausreichender Flexibilität auf das Gegenüber und die jeweilige Situation reagieren, so dass eine krankheitswertige Persönlichkeitsstörung entsprechend den ICD-10 Kriterien nicht zu diagnostizieren sei. Schlussendlich lasse sich lediglich von einer Persönlichkeitsakzentuierung sprechen. Die Beschwerdeführerin zeige keine wesentliche Veränderungsmotivation. Sie erlebe sich in ihrer Lebenssituation, mit der sie sich arrangiert habe, zwar zeitweilig unzufrieden, befürchte aber vor allem eine Verschlechterung der finanziellen Situation, beispielsweise durch das Wegfallen der Rente.

Im Rahmen der durchgeführten Untersuchung zeige die Beschwerdeführerin lediglich einzelne, leicht ausgeprägte Merkmale einer depressiven Symptomatik. Das geringe Selbstwertgefühl sei der Persönlichkeitsakzentuierung zuzuordnen, es lasse sich bereits weit in die Psychobiographie zurückverfolgen. Der Nachweis der subjektiv geklagten Konzentrationsstörungen gelinge nicht. Unter Berücksichtigung der Aktenlage möge das Zustandsbild gelegentlich den Ausprägungsgrad einer leichten depressiven Episode erreichen, eine mittelschwere oder gar schwere depressive Episode sei hingegen nicht belegt. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in der Lage, die angestammte Tätigkeit vollumfänglich ohne Minderung der Leistungsfähigkeit auszuüben. Das Gleiche gelte für eine Verweistätigkeit. Rückblickend habe sich aus psychiatrischer Optik die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit seit der Vorbegutachtung 2013 nicht verändert. Die Prognose sei zweifelhaft, da die Beschwerdeführerin wenig Veränderungsmotivation zeige.

6.3 Die Beschwerdegegnerin stützt ihren Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der F. ___ vom 19. Dezember 2013 (IV-Nrn. 78.1-78.3) sowie das psychiatrische Folgegutachten von Dr. med. K. ___ vom 3. August 2015 (IV-Nr. 118.1). Beide Expertisen beruhen auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse und wurden von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt. Die Beschwerdeführerin wurde jeweils eingehend untersucht. In dieser Hinsicht genügen die Expertisen den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten. Sodann sind sämtliche Einschätzungen, die von den jeweiligen Gutachtern bzw. der Gutachterin getroffen werden, inhaltlich nachvollziehbar. Ebenfalls äussern sich die Experten bzw. die Expertin über die Frage der Veränderung des Gesundheitszustandes, wie es in Revisionsfällen wie dem vorliegenden notwendig ist.

Im Gutachten der F. ___ vom 19. Dezember 2013 wird in der versicherungsmedizinischen Beurteilung und Synthese zunächst richtigerweise festgehalten, dass man der Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung 2003, auf welche sich die Rentenzusprache stütze, eine Arbeitsfähigkeit beschränkt auf vier bis fünf Stunden, mit einer Leistungsfähigkeit von 80 % attestiert hatte. Diese Beurteilung erfolgte insbesondere aufgrund der damals gestellten psychiatrischen Diagnose. Es wurde festgehalten, dass der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere Tätigkeiten zumutbar seien, allerdings die Belastungsfähigkeit durch die depressive Störung stark eingeschränkt sei. Rein körperlich bestehe eine gute Prognose. Ebenfalls wurde schon im Jahr 2003 erwogen, dass die bestehende Dekonditionierung durch aktive Physiotherapie therapierbar sei. Insofern ist zu festzuhalten, dass die damalige Rentenzusprache insbesondere aus psychiatrischen Gründen erfolgte.

Was die Frage des Gesundheitszustandes anbelangt, so leitet der internistische Gutachter einleuchtend her, dass sich aktuell im internistischen Status keine schwerwiegenden Pathologien fänden, aus denen sich eine Arbeitsunfähigkeit ableiten lasse. Diese Einschätzung wird auch von der Beschwerdeführerin nicht angezweifelt. Weiter wird im Gutachten vom 19. Dezember 2013 korrekt darauf hingewiesen, dass bereits im Sommer 2006 erstmals festgehalten worden sei, die rezidivierende depressive Störung befinde sich in Remission. Gleiches erklärte die behandelnde Psychotherapeutin in ihrem Bericht vom 30. Mai 2013 (IV-Nr. 58). Ebenfalls korrekt halten die Fachpersonen fest, dass offenbar seit längerer Zeit keine depressiven Symptome mehr zutage getreten sind, dies jedenfalls nicht in einer Ausprägung, die die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigen würde. Dies steht im Einklang mit der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin durchaus soziale Kontakte pflegt, aus dem

Haus geht und offensichtlich ohne grössere Einschränkungen die Betreuung des Haushaltes, den sie mit dem Sohn zusammenführt, zu bewältigen vermag. Zudem spricht auch die Frequenz der psychiatrischen Therapiesitzungen (alle drei bis vier Wochen) gegen das Vorliegen einer depressiven Symptomatik von höherem Schweregrad. Hinweise für das Vorliegen einer Angsterkrankung, wie sie die behandelnde Ärztin postuliert, werden nicht erkannt, was aufgrund der Befundlage stimmig erscheint. Ebenfalls wird keine Persönlichkeitsstörung gesehen, was in Übereinstimmung mit der Einschätzung der behandelnden Psychotherapeutin steht. Die diesbezüglich entgegengesetzte Vermutung des Hausarztes ist nicht zu teilen, zumal dieser kein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist. Damit ist der gutachterlichen Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht in der Lage ist, die bisherige Tätigkeit ohne Einschränkungen auszuüben und davon auszugehen ist, dass seit einigen Jahren keine Arbeitsunfähigkeit mehr besteht, zu folgen. Dies entspricht vollumfänglich der von Dr. med. K. ___ im Folgegutachten vom 3. August 2015 getroffenen Einschätzung und zeigt, dass die Remission der rezidivierenden depressiven Episode tatsächlich seit einiger Zeit besteht. Auch Dr. med. K. ___ kommt nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der derzeitigen Befundlage keine invaliditätsrelevante depressive Symptomatik besteht. Dass er diese Beurteilung auf die klinische Untersuchung stützt und keine Testungen erfolgten, schmälert den Beweiswert seiner Expertise nicht. Nach der Rechtsprechung ist dem testmässigen Erfassen der Psychopathologie im Rahmen der psychiatrischen Exploration generell nur eine ergänzende Funktion beizumessen. Ausschlaggebend bleibt die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung (Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen). Dr. med. G. ___ hat in ihrer Stellungnahme vom 10. Januar 2014 zum Gutachten 2013 (IV-Nr. 80) angegeben, die Beschwerdeführerin zeige durchaus psychiatrische Symptome, die die Leistungsfähigkeit beeinträchtigen könnten. Die von ihr genannten Konzentrationsstörungen, die häufige Traurigkeit und das Weinen, eine rasche Ermüdbarkeit sowie phasenweise auftretende Schlafstörungen sind unkritisch übernommene subjektive Schilderungen der Beschwerdeführerin. Hinzuweisen ist hierbei auch auf die Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag. Was die von ihr angesprochene jahrelange fehlende Arbeitstätigkeit betrifft, so ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführerin während Jahren eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden war und sie in der gesamten Zeit ihre bestehende Restarbeitsfähigkeit nie verwertet hat. An der beweiskräftigen psychiatrischen Einschätzung ändert schliesslich auch der im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichte Bericht von Dr. med. G. ___ und Dr. rer. nat. L. ___ vom 13. Dezember 2016 (Beilage 4 zur Beschwerde vom 14. Dezember 2016) nichts. Dieser enthält keine Erkenntnisse, aus welchen sich andere Rückschlüsse in Bezug auf den Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ziehen lassen könnten. Es ist auch hier auf die Verschiedenheit von Behandlungsauftrag der behandelnden Person und Abklärungsauftrag des Gutachters hinzuweisen. Gleiches gilt für die Stellungnahme von Dr. med. G. ___ vom 28. September 2015 zum Folgegutachten (IV-Nr. 122). Der darin geltend gemachten Haltung, es sei nicht berücksichtigt worden, dass eine rezidivierende depressive Störung vorliege und nicht diskutiert werde, dass bei dieser Diagnose mit weitere Episoden zu rechnen sei und wie sich diese auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, ist entgegenzuhalten, dass sich gestützt auf die nachvollziehbare gutachterliche Herleitung, die in Einklang mit der Aktenlage steht, gezeigt hat, dass die rezidivierende depressive Störung der Beschwerdeführerin seit Jahren

remittiert ist. Damit ist festzuhalten, dass ■ im Vergleich mit dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache ■ in psychischer Hinsicht eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Die damals diagnostizierte rezidivierende depressive Störung ist remittiert. Es besteht aus psychiatrischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit.

In der rheumatologischen Beurteilung, die im Grundsatz nicht angezweifelt wird, wird im Gutachten vom 19. Dezember 2013 schlüssig dargelegt, dass die vorhandenen degenerativen Veränderungen nicht derart schwer sind, dass daraus eine Arbeitsunfähigkeit resultieren würde. Von grösserer Relevanz ist eine durch die lange Arbeitsabstinenz und fehlende adäquate physiotherapeutische Behandlung entstandene muskuläre Dekonditionierung mit ungenügender Rumpf- und Beckenstabilisation. Ebenso problematisch ist ein ausgeprägter Vitamin D-Mangel, der die Beschwerden mindestens zum Teil im Sinne einer Periarthropathie beider Hüftgelenke erklären kann. Es ist der gutachterlichen Einschätzung, dass die diesbezüglich möglichen medizinischen Massnahmen nicht ausgeschöpft seien, zu folgen. Schon anlässlich der Begutachtung 2003 wurde auf die Dekonditionierung hingewiesen und ebenfalls erwähnt, dass dieser mit einer adäquaten Behandlung entgegengetreten werden kann. Auch die von der Beschwerdeführerin anamnestisch berichteten Kopfschmerzen werden als erfolgreich behandelbar erachtet, was ebenfalls nachvollziehbar ist. Insofern erübrigt sich diesbezüglich auch eine weitere Abklärung. Aus rheumatologischer Sicht beträgt die Arbeitsunfähigkeit zum Begutachtungszeitpunkt 50 %. Drei Monate nach Einsetzen der Therapie könne aber diese Arbeitsfähigkeit deutlich gesteigert werden, wobei schlussendlich eine Arbeitsfähigkeit von 100 % möglich sein sollte. Auch diese Einschätzung ist zu teilen. Ebenfalls nachvollziehbar erscheint das gutachterlich skizzierte Tätigkeitsprofil im Sinne einer körperlich leichten, bis wechselbelastenden Tätigkeit, wobei Arbeiten mit vornüber geneigtem Oberkörper, Überkopfarbeiten sowie Heben oder Tragen von Lasten über 10 kg und unter Zugluft vermieden werden sollten. Was den Zeithorizont der Behandlung der Dekonditionierung anbelangt, so kommt der Regionale Ärztliche Dienst (RAD, Dr. med. P.____, Facharzt für Allgemeine Medizin) in seiner Stellungnahme vom 6. März 2014 (IV-Nr. 84) zum Schluss, die angesetzten drei Monate erschienen zu kurz, es sei eine Frist von sechs Monaten für die Therapie anzusetzen. Die Frage, ob der gutachterlichen Einschätzung oder derjenigen des RAD zu folgen ist, erübrigt sich insofern, als zwischen den getroffenen Beurteilungen und der angefochtenen Verfügung mehr als sechs Monate vergangen sind. Die Beschwerdegegnerin durfte daher zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung davon ausgehen, dass auch aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit besteht. Die von Dr. med. I.____ (Rehabilitations- und Rheumazentrum J.____) mit Bericht vom 10. Februar 2014 (IV-Nr. 94 S. 3 ff.) diagnostizierte Fibromyalgie ist nicht zu berücksichtigen. Die rheumatologische Gutachterin, Dr. med. O.____, legt in ihrer Stellungnahme 16. Oktober 2014 (IV-Nr. 100) schlüssig dar, weshalb dieser Diagnose nicht zu folgen ist: Die Einschätzung von Dr. med. I.____ beruhe vor allem auf dem Feststellen von Tenderpoints und einer Hemihypästhesie rechts, wobei Letztere anlässlich der Begutachtung nicht festgestellt worden sei. Zudem würden die neuen Fibromyalgiediagnose-Kriterien nicht mehr auf den Tenderpoints beruhen, weshalb die Diagnose in Zweifel zu ziehen sei. Nachdem die Fibromyalgie-Diagnose nicht zu bestätigen ist, erübrigt sich auch eine Prüfung der Indikatoren gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung zu den pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (sog. Pausbonog).

6.4 Nach dem Gesagten hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 15. Dezember 2004 wesentlich verbessert. Die rezidivierende depressive Störung, auf welcher die Rentenzusprache insbesondere gründete, ist remittiert. In rheumatologischer Hinsicht fällt die Beurteilung zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen gleich aus, naturgemäss ist die Dekonditionierung aufgrund mangelhafter physiotherapeutischer Massnahmen mit den Jahren weiter fortgeschritten, sie lässt sich aber behandeln. Die Beschwerdegegnerin hat die revisionsrechtliche Verbesserung des Gesundheitszustandes damit zu Recht bejaht. Da eine volle Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit gegeben ist, war sie auch nicht gehalten, eine Invaliditätsbemessung vorzunehmen. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

7. Die Beschwerdeführerin lässt berufliche Massnahmen geltend machen. Die Selbsteingliederung sei aufgrund der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt ohne vorgängige berufliche Massnahmen nicht zumutbar.

7.1 Im Regelfall ist eine ärztlich attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist indes oft schwierig. Die Verwaltung muss sich daher, wenn die versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente mehr als 15 Jahre bezogen hat, vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisch wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne Weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ausnahmsweise im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung und / oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_393/2016 vom 25. August 2016 E. 3.3). Dies bedeutet nicht, dass der betreffende Rentner im revisionsrechtlichen Kontext einen Besitzstandsanspruch geltend machen kann; es wird ihm lediglich zugestanden, dass seine Rente erst nach Prüfung und Durchführung von Eingliederungsmassnahmen eingestellt wird (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8).

7.2 Die Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung 56 Jahre alt und hat damit den vom Bundesgericht festgelegten Alters-Grenzwert überschritten. Sie hat keine berufliche Ausbildung abgeschlossen. Seit ihrer Immigration in die Schweiz war sie in verschiedenen Bereichen als Hilfsarbeiterin tätig. Seit der Arbeitsunfähigkeit ab August 2001, der per 31. Oktober 2002 erfolgten Kündigung und der Zusprache der halben Invalidenrente mit Verfügung vom 15. Dezember 2004 ist sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen. Die Rente bezog sie aufgrund einer Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Es bestand daher stets eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Das Bundesgericht hat die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit auch bei Vorliegen der von der Rechtsprechung aufgestellten besonderen Voraussetzungen wiederholt bejaht (Urteile des Bundesgerichts 9C_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3, mit Hinweis auf die Urteile 9C_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2 und 9C_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3; vgl. auch Urteil 9C_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4, mit weiteren Hinweisen). Diese Konstellation liegt hier vor, bestand doch während des Rentenbezugs eine Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Die Selbsteingliederung kann der Beschwerdeführerin unter diesen Umständen zugemutet werden. Sie hat ihre Restarbeitsfähigkeit aus invaliditätsfremden Gründen während Jahren nicht verwertet. Mit Blick auf die subjektive Krankheitsüberzeugung bzw. die auch in den psychiatrischen Gutachten festgestellte fehlende Veränderungsmotivation, nachdem sich die

Beschwerdeführerin mit ihrer Situation arrangiert hat, ist indessen auch nicht zu erwarten, dass berufliche Massnahmen die gewünschten Resultate erzielen könnten. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen ist nach dem Gesagten abzulehnen. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

8. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. Die Beschwerdeführerin steht indessen ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 9. hiervor).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die unentgeltliche Rechtsbeiständin hat am 8. März 2017 (A.S. 45 f.) eine Kostennote eingereicht, worin sie einen Kostenersatz von insgesamt CHF 1'879.20 (zu CHF 130.00 pro Stunde) geltend macht. Dabei erscheint der geltend gemachte zeitliche Aufwand von 13 Stunden angemessen. Die Auslagen von CHF 50.00 sind ausgewiesen. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Kantonaler Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Die unentgeltliche Rechtsbeiständin verlangt indessen lediglich CHF 130.00 pro Stunde, was als Verzicht auf die Differenz von CHF 50.00 zu werten ist. Die Kostenforderung ist damit auf CHF 1'879.20 festzusetzen (13 Stunden zu CHF 130.00, zuzügl. Auslagen und MwSt), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

9. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

3. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Martina Culic, wird auf CHF 1'879.20 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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 Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst Fischer

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