

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.52 vom 22. Januar 2016

SO Obergericht, 2016-01-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.52](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.52)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.52 du 22 janvier 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.52 del 22 gennaio 2016

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn sprach der Versicherten A.\_\_\_\_, geb. 1954 (fortan: Beschwerdeführerin), mit Verfügung vom 18. August 2003 ab 1. Dezember 1998 eine halbe Rente zu (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 51). Nachdem die Beschwerdeführerin dagegen Einsprache erhoben hatte (IV-Nr. 52), erliess die IV-Stelle (fortan: Beschwerdegegnerin) am 30. August 2004 eine neue Verfügung, worin sie, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 73 %, ab 1. Dezember 1998 eine ganze Rente gewährte (IV-Nr. 72). Diese wurde in der Mitteilung vom 11. November 2005 bestätigt (IV-Nr. 98).

1.2 Mit Verfügung vom 22. Januar 2016 hob die Beschwerdegegnerin die ganze Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats hin auf, da keine Invalidität mehr bestehe, verneinte einen Anspruch auf berufliche Massnahmen 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 Februar 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).

Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird nach Art. 16 ATSG das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen). Der

Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt. Insoweit die fraglichen Erwerbseinkommen ziffernmässig nicht genau ermittelt werden können, sind sie nach Massgabe der im Einzelfall bekannten Umstände zu schätzen und sind die so gewonnenen Annäherungswerte miteinander zu vergleichen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs).

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 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 6.2).

2.4 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). Dieser verlangt eine umfassende, inhaltsbezogene, verantwortliche und der behördlichen Begründungspflicht genügende Prüfung aller Beweismittel (BGE 140 V 193 E. 3.1 S. 195), unabhängig von ihrer Herkunft und ohne Bindung an förmliche Beweisregeln (BGE 137 V 210 E. 3.4.1.1 S. 248). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel 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. Für den Beweiswert ist grundsätzlich nicht ausschlaggebend, ob die eingereichte resp. in Auftrag gegebene ärztliche Stellungnahme als Bericht oder Gutachten bezeichnet wird (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 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 125V 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).

2.5 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). 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

### **E. 3**

Der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen.

#### **E. 3.1**

3.1.1 Die Beschwerdeführerin, Inhaberin eines eigenen Geschäfts ([...], IV-Nr. 3 S. 4 Ziff. 6.3.1), stürzte am 6. Oktober 1997 in ihrem Lager und stiess sich dabei den Kopf an (IV-Nr. 14 S. 1).

Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ vom 12. Februar 2003 (IV-Nr. 39.1) enthielt folgende Diagnosen (S. 9):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1) Distorsionstrauma der Halswirbelsäule (Lateralflexionstrauma) vom 6. Oktober 1997 (ICD-10 S13.4)

-chronifiziertes Zervikalsyndrom ohne radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom (ICD-10 M54.2)

-zervikogen getriggerte Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2)

-unsystematische Schwankschwindelepisoden

-beidseitiger hochfrequenter kontinuierlicher Tinnitus

-mehrsegmentale Dysfunktion der Halswirbelsäule

-muskuläre Dysbalance

-tendomyopathische Beschwerden im Nacken- und Schultergürtelbereich

-leichtgradige neuropsychologische Funktionsstörung

2) Gegenwärtig leicht- bis mittelgradige depressive Episode mit ausgeprägtem somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11), vorwiegend reaktiv bedingt bei somatischer Diagnose.

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Status nach Periarthropathia humeroscapularis tendopathica rechts mit anamnestisch Subscapularis-Syndrom, aktuell keine Rotatorenmanschettenpathologie

Der rheumatologische Experte führte aus, es bestehe eine verminderte Belastbarkeit für wirbelsäulenbelastende Tätigkeiten mit schwerem Heben und Tragen (über 10 kg), für monotone Zwangshaltungen (rein sitzend bzw. stehend oder mit vorgeneigter Körperhaltung) sowie im Überkopfbereich. Aus rein rheumatologischer Sicht sei derzeit für angepasste körperlich leichte, wechselbelastende Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 50 bis 60 % anzunehmen (S. 6). Der psychiatrische Experte wiederum hielt dafür, in einer den somatischen Beschwerden angepassten Tätigkeit bestehe, insbesondere auf Grund der verminderten emotionalen Belastbarkeit, der Antriebsstörung und der Tagesmüdigkeit, eine Einschränkung um 30 bis 40 % (S. 7). Der neurologische Experte schliesslich erklärte, es liege kein klassisches Schleudertrauma mit Inklinations- / Reklinationsmechanismus vor, sondern ein Lateralflexionstrauma. Hinweise auf eine Commotio cerebri oder eine mild traumatic brain injury fehlten. Die als Hauptbeschwerden genannten Kopfschmerzen entsprächen phänomenologisch Spannungskopfschmerzen. Diese seien wohl zervikogen getriggert, ebenso die ausgeprägte Tendomyopathie. Die Schwindelbeschwerden liessen sich nicht einer zentral-nervösen oder vestibulären Funktionsstörung zuordnen. Hinsichtlich der geklagten Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörung sei von einer leichten neuropsychologischen Funktionsstörung auszugehen. Aus neurologischer Sicht schätze man die Arbeitsfähigkeit auf ca. 50 % (S. 8). In der Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Schluss, sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in sämtlichen Verweistätigkeiten sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit um 50 % eingeschränkt (S. 10).

3.1.2 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattete der Unfallversicherung am 23. September 2003 ein Gutachten (IV-Nr. 57 S. 4 ff.), auf das sich auch die Beschwerdegegnerin stützte, als sie die halbe Rente im Einspracheverfahren auf eine ganze Rente erhöhte.

Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin sei 1992 Opfer eines Raubüberfalls geworden, habe das Ereignis jedoch adäquat verarbeitet. Nach dem Unfall vom 6. Oktober 1997 sei der Verlauf langwierig gewesen (S. 12). Zunächst hätten ein zur Chronifizierung neigendes Cervicalsyndrom sowie ein cervico-spondylogenes Schmerzsyndrom rechts im Vordergrund gestanden; ausserdem sei noch eine Periarthritis humero-scapularis rechts hinzugekommen. Im Jahr 2000 sei auch links ein Cervico-Brachialsyndrom festgestellt worden, sowie zusätzlich eine «vegetative Dysregulation». Man habe überdies von einer Anpassungsstörung mit einer längeren depressiven Reaktion nach dem Sturz von 1997 gesprochen. In der neuropsychologischen Untersuchung habe sich eine deutlich reduzierte Belastbarkeit mit verminderter Ausdauer und Fehlerzunahme bei konzentrativen Aufgaben gezeigt. Das von der Beschwerdeführerin erlittene Trauma sei jedoch nicht genügend schwer gewesen, um ein psycho-organisches Syndrom zu provozieren; die 1998 aufgetretenen neuropsychologischen Ausfälle entsprächen damit rückblickend der in dieser Zeit ebenfalls neu aufgetretenen Depressivität (S. 13).

Zu den Befunden gab Dr. med. C.\_\_\_\_ an, die Depressivität der Beschwerdeführerin habe sich auch bei mehrmaliger Exploration nicht aufhellen lassen. Ihr Denken sei weiterhin eingengt, es dominierten Insuffizienzgefühle und resignative Tendenzen. Psychomotorisch erscheine sie verarmt, unspontan und mit weniger Antrieb. Anamnestisch sei ein Interessen- und Freudverlust an Aktivitäten, die früher als angenehm empfunden worden seien, zu

verzeichnen. Die Beschwerdeführerin habe das Selbstvertrauen verloren, klage über ein vermindertes Konzentrationsvermögen und Vergesslichkeit. Es bestünden Schlafstörungen mit typisch depressiven Träumen von Stürzen in einen Abgrund (S. 14).

Zusammengefasst liege weiterhin eine depressive Episode vor, mittlerweile jedoch mindestens mittelgradig ausgeprägt (S. 14 / 16). Es handle sich um eine Fehlverarbeitung im intrapsychischen Bereich (S. 17). Die Schlafstörung habe praktisch nicht beeinflusst werden können. Die Beschwerdeführerin sei nach wie vor höchst angespannt. Dies wirke sich auch auf der körperlichen Ebene mit Schmerz und Beschwerdeverstärkung aus. Die Interaktion von somatisch bedingten Beschwerden und psychischer Reaktion im Sinne eines Teufelskreises gegenseitiger ungünstiger Beeinflussung spiele eine wesentliche Rolle. Derzeit sei die Beschwerdeführerin auf Grund der Antriebsverminderung, der geringen Belastbarkeit und der rezidivierenden Schmerzexazerbationen höchstens in der Lage, zu ca. 30 % einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Sie könne stundenweise eingesetzt werden, würde dann aber wieder längere Erholungspausen benötigen. Dies gelte für sämtliche Tätigkeiten in der freien Wirtschaft (S. 15). Somit könnten keine geeigneten Verweistätigkeiten genannt werden, in denen die Beschwerdeführerin in höherem Ausmass arbeitsfähig wäre. Bei einer Arbeit als Verkäuferin beispielsweise würde es ihr schwer fallen, über längere Zeit mit Kunden in Kontakt zu stehen (S. 18). Bei einer einfachen Montagetätigkeit wiederum wäre sie vermehrt dem inneren grüblerischen Denken ausgeliefert (S. 19).

3.1.3 In der Folge sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 30. August 2004 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 72). Sie bestätigte diese am 11. November 2005 (IV-Nr. 98) gestützt auf die Berichte der Klinik D.\_\_\_\_ vom 18. Juni und 7. November 2005 (s. IV-Nr. 97). Dort fanden sich folgende Diagnosen:

- 1) Status nach Sturz am 6. Oktober 1997 mit Contusio capitis und HWS-Distorsion (Abknickmechanismus).
- 2) Status nach Autounfall am 6. Mai 2004 (Heckaufprallkollision) mit kraniozervikalem Beschleunigungstrauma mit HWS-Distorsion.
- 3) Status nach Autounfall am 30. Juni 2004 (Rechts-Seitkollision) mit Gesichtsanprall am Lenkrad, HWS-Distorsion und akuter Angstreaktion; konsekutiv:
  - persistierender kraniozervikaler Symptomkomplex
  - persistierendes zervikolumbales und zervikobrachiales Schmerz-syndrom, links mehr als rechts
  - vegetative Dysregulation
  - Anpassungsstörung mit längeren depressiven Episoden mit möglicher somatoformer Komponente
  - neuropsychologische Funktionsstörungen
  - temporomandibuläre Dysfunktion
- 4) Senk-Spreizfuss Grad II beidseits mit Hallux valgus beidseits

Die vorbestehende psychische Symptomatik habe sich nach dem 30. Juni 2004 verschlechtert. Die konstanten starken Schmerzen seien durch die Hospitalisation vom 30. März bis 27. April 2005 positiv beeinflusst worden. Belastbarkeit, Gedächtnis,

Aufmerksamkeit und Konzentration seien weiterhin eingeschränkt, was sich aber durch ausreichende Pausen und Strategien recht gut kompensieren lasse.

Kurz nach der Rentenbestätigung führte Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, in seinem Bericht vom 9. Dezember 2005 (IV-Nr. 107) aus, nach den HWS-Distorsionstraumata 1997 sowie im Mai und Juni 2004 mit wiederholter milder Hirnschädigung hätten sich ein chronisches cervicocephales Schmerzsyndrom, neuropsychologische Defizite sowie eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion entwickelt. Differentialdiagnostisch sei eine andauernde Persönlichkeitsänderung zu diskutieren. Das Beschwerdebild habe sich nach den Unfällen im Jahr 2004 verändert. Beeinträchtigt werde die Beschwerdeführerin vor allem durch das posttraumatische organische Schmerzsyndrom mit Zentrum im kraniozervikalen Übergang, neuropsychologische Defizite, das destabilisierte Vegetativum, die depressiv reizbare Stimmungslage, den sozialen Rückzug und die latente Suizidalität

### **E. 3.2**

3.2.1 Nachdem die Beschwerdegegnerin am 3. Dezember 2007 ein Revisionsverfahren eingeleitet hatte, erklärte die Beschwerdeführerin am 3. Juni 2008, ihr Zustand sei unverändert (IV-Nr. 116).

Der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Arzt für Allg. Medizin FMH, nannte in seinem Bericht vom 20. Juni 2009 (IV-Nr. 122), unter Beilage diverser weiterer Arztberichte, folgende Diagnosen:

A)Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1)Status nach HWS-Distorsionen mit wiederholter Hirnschädigung (6. Oktober 1997, 6. Mai und 30. Juni 2004), mit konsekutiv chronischer posttraumatischer Schmerzkrankheit mit polytopen Schmerzen:

-cervicocephales Syndrom und Spannungskopfschmerzen

-cervicobrachiales Syndrom beidseits

-panvertebrales Schmerzsyndrom

-neuropsychologische Defizite

2)Anpassungsstörung mit längeren depressiven Reaktionen mit Angstzuständen, andauernde Persönlichkeitsstörung mit depressiv-reizbarer Stimmungslage und zeitweise latenter Suizidalität.

B)Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1)Status nach Schädelprellung (1992).

2)Hyperostosis frontalis.

3)Chronische Ulcuserkrankung mit Ulcera bulbi duodeni.

4)Lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Leisten bei intraforaminaler Diskushernie L5/S1 mit Wurzelreizung L5 links.

5)Status nach beidseitiger Kataraktoperation.

6)Leichte Mitralinsuffizienz bei degenerativen Klappenveränderungen.

7) Status nach Ruptur des radialen Seitenbandes PIP Dig. III links und Distorsion PIP Dig. IV links (2004).

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 6. Oktober 1997 vollständig arbeitsunfähig. Sie gebe an, nach wie vor unter Angstzuständen zu leiden, weshalb sie mit Zittern etc. reagiere, wenn sie allein in der Wohnung sei. Neben den andauernden Kopf- und Nackenschmerzen sowie der eingeschränkten Beweglichkeit der Halswirbelsäule bestünden Schmerzen in der rechten Schulter, im Oberbauch, in der Brust- und noch stärker in der Lendenwirbelsäule, beidseits lateral in den Hüftgelenken sowie den Kniekehlen. Haushaltsarbeiten könne sie nur auf Tischhöhe verrichten, kraftaufwändige Aufgaben wie das Schneiden von Fleisch seien nicht möglich. Sie könne höchstens 2 kg tragen. Die Gehstrecke liege bei 150 m, dann müsse sie wegen der Hüft- und Rückenbeschwerden eine Pause einlegen. Stehen am Ort gehe zehn bis 15 Minuten, anhaltendes Sitzen eine halbe bis eine Stunde. Zudem komme es beidseits zu Tinnitus, Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit sowie Kribbelparästhesien in den Fingern mit Durchatmungsproblemen, Schwindel und retrosternalem Druck. Die Angstzustände sowie die polytopen Schmerzen würden sowohl die bisherige als auch jede andere Arbeit ausschliessen.

3.2.2 Dr. med. C. \_\_\_ erstattete der Beschwerdegegnerin am 4. Dezember 2009 ein Verlaufsgutachten (IV-Nr. 127), worin er zu folgenden Diagnosen gelangte (S. 6):

- rezidivierende depressive Störung, leichte bis mittelgradige Episode (F33.1)
- generalisierte Angststörung (F41.1)

An subjektiven Beschwerden gebe die Beschwerdeführerin in erster Linie Nacken-, Rücken- und Kreuzschmerzen an, weiter Schmerzen in den Fingern, Hüften und Fussgelenken. Im Vordergrund stünden die Nackenschmerzen, die damit zusammenhängenden Kopfschmerzen blieben eher im Hintergrund. Hinzu kämen Schwindel und Ohrensausen. An psychischen Beschwerden klage die Beschwerdeführerin über eine allgemeine Reizbarkeit. Sie sei «schwernehmerisch». Vor allem «funktioniere sie nicht als Frau», mit entsprechenden Insuffizienzgefühlen. Umgekehrt gebe es aber auch Dinge, die ihr Freude bereiteten. Die Beschwerdeführerin lebe weiterhin getrennt, obschon sie Angst habe, allein zu sein. Sobald Leute um sie seien, sei sie ruhiger. Auf Nachfrage berichte die Beschwerdeführerin über Schlafstörungen, indem sie nachts wiederholt erwache. Sie stehe um 10:00 bis 11:00 Uhr auf und verbringe den Tag mit jemandem (S. 4), oft bei ihrer Tochter. Autofahren gehe ca. 25 km ohne Probleme. Den Haushalt bewältige die Beschwerdeführerin weitgehend selber, indem sie sich ihre Arbeit einteile. Was nicht gehe, sei das Staubsaugen, das Beziehen der Betten oder das Fensterputzen. Kleinere Einkäufe tätige sie allein, grössere mit Hilfe. Als Hobby pflege sie wieder die Musik, das tue ihr gut. Sie sei früher aktive Sängerin gewesen. Ihren Hausarzt Dr. med. F. \_\_\_ suche sie ein bis zweimal pro Monat vor allem wegen der Schmerzen auf, konsultiere ihn aber immer wieder telefonisch (S. 5).

Was die Befunde angehe, so seien Wahrnehmung und Auffassung ungestört. Klinisch ergäben sich keine Hinweise auf mnestiche Störungen. Die Aufmerksamkeit lasse während des Gesprächs nicht nach. Die Beschwerdeführerin wirke konzentriert. Auf die gestellten Fragen gebe sie prompt und ausführlich Auskunft. Eine leichte Störung der Psychomotorik zeige sich in der verminderten Gestik, während die Mimik adäquat und die Sprechweise moduliert sei. Die Beschwerdeführerin beobachte sich weiterhin übermässig und fokussiere ihre Gedanken auf die Beschwerden. Sie wirke diesbezüglich auch selbstunsicher, ängstlich

und in leichtem Ausmass im Denken eingeengt. Andererseits sei die Beschwerdeführerin aber auch ablenkbar. Im Vergleich zu früher wirke sie deutlich spontaner. Der Antrieb sei gegeben. Die Grundstimmung erweise sich immer noch als depressiv, aber doch deutlich weniger als noch vor sechs Jahren. Zudem könnten die Affekte heute besser moduliert werden, die Schwingungsfähigkeit sei zurückgekehrt (S. 5). Das Denken sei sonst formal unauffällig, logisch und kohärent, weder gesperrt noch zerfahren. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Psychose. Die Beschwerdeführerin sehe sich nicht in der Lage, die Arbeit wieder aufzunehmen (S. 6).

Nach der Begutachtung durch die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ im Jahr 2001 sei die Beschwerdeführerin deutlich depressiver geworden. Bei der Exploration im Jahr 2003 habe sie eine psychomotorische Armut gezeigt. Schon äusserlich habe man ihr die fehlende Spontaneität angesehen. Es habe sich um ein apathisch-depressives Zustandsbild mit einer resignativen Tendenz gehandelt. Nach den Unfällen im Mai und Juni 2004 sei die Frequenz der psychiatrischen Behandlung wegen der Angstzustände erhöht worden. Der Verlauf sei protrahiert gewesen, mit Hospitalisation in der Klinik D.\_\_\_\_. Diagnostisch hätten die Unfallfolgen vom 30. Juni 2004 im Vordergrund gestanden. Aufgefallen sei eine ausgeprägte depressiv-ängstliche Symptomatik, mit möglicher somatoformer und psychotraumatologischer Komponente. Somatisch persistierten der cranio-cervicale Symptomkomplex sowie ein «cervico-lumbales» und cervico-brachiales Schmerzsyndrom links mehr als rechts mit einer «vegetativen Dysregulation». Am 21. Mai 2005 sei die Beschwerdeführerin im Bad gestürzt und habe sich die linke Schläfe aufgeschlagen; sie sei wegen einer traumatischen Trommelfellruptur mit Kontusion notfallmässig ambulant behandelt worden (S. 7).

Die Beschwerdeführerin weise noch ein leichtes bis mittelgradiges depressives Syndrom auf. Die leicht depressive Grundstimmung lasse sich aufhellen. Das Denken sei etwas eingeengt. Die Beschwerdeführerin beobachtet sich weiterhin hypochondrisch, wirke auch selbstunsicher und ängstlich bezüglich ihrer Beschwerden. Nach wie vor fänden sich unangemessene, depressiv geprägte Insuffizienzgefühle. Die Beschwerdeführerin klage auch über Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, die sich klinisch jedoch nicht objektivieren liessen (S. 8) und wahrscheinlich mit der depressiven gedanklichen Einengung in Zusammenhang stünden. Sie berichte von einer gesteigerten Ermüdbarkeit auf der einen Seite und einer übermässigen Reizbarkeit sowie Episoden psychomotorischer Agitiertheit auf der anderen Seite. Günstig sei vor allem der Umstand, dass die Beschwerdeführerin wieder über mehr Antrieb verfüge, zum Beispiel auch spontan ins Gespräch eingreife und teilweise wieder ihr Hobby aufgenommen habe. Die Beschwerdeführerin schildere eine diffuse Angst, die sie ständig befallt und weswegen sie kaum allein sein könne. Sie verlasse aber das Haus und suche Bekannte oder Freunde auf, um nicht allein zu sein. Auch fühle sie sich in der Stadt unter fremden Leuten wohl. Wahrscheinlich handle es sich dabei um eine leichte generalisierte Angststörung, verbunden mit vegetativen Beschwerden wie Schwindel, Muskelverspannungen, Schmerzen und Reizbarkeit. Zusammengefasst sei im Vergleich zum Jahr 2003 eine relevante Besserung des psychischen Gesundheitszustandes eingetreten. Die Beschwerdeführerin sei in ihrer beruflichen Leistungsfähigkeit vor allem noch durch die Schlafstörungen respektive die damit verbundene morgendliche Müdigkeit eingeschränkt. Dabei handle es sich wahrscheinlich um einen Aspekt der depressiven Störung, den die Beschwerdeführerin nicht einfach korrigieren könne. Die Depressivität habe sich im Vergleich zu früher

gebessert, sei aber in leicht bis mittelgradigem Ausmass immer noch vorhanden, was bei der Belastbarkeit zu berücksichtigen sei. Rein psychiatrisch könne die Beschwerdeführerin jetzt wieder im Umfang von ca. fünf Stunden täglich in einer adaptierten Tätigkeit in ruhiger, stressarmer Umgebung, wo auch andere Leute arbeiteten, eingesetzt werden. Es müssten ihr dabei vermehrte Pausen gewährt werden, woraus schliesslich eine reine Arbeitszeit von gut vier Stunden resp. eine Leistungsfähigkeit von 50 % resultiere. Bei weiter anhaltender Neigung zur depressiven Dekompensation werde die Beschwerdeführerin wahrscheinlich nicht zu mehr Leistung fähig sein (S. 9). Diese Einschätzung gelte sowohl für die angestammte als auch für jede Verweistätigkeit. Für den Verlauf zwischen 2005 und der jetzigen Begutachtung fehle es an aussagekräftigen psychiatrischen Unterlagen (S. 11).

Falls die Beschwerdeführerin ihre Erwerbstätigkeit wieder aufnehmen sollte, müsste die psychiatrische Behandlung intensiviert werden. Die Eingewöhnungszeit an einen Arbeitsprozess dürfte drei bis vier Monate betragen. Eine neuropsychologische Untersuchung erübrige sich, da die leichten kognitiven Einschränkungen bereits beim depressiven Syndrom berücksichtigt worden seien (S. 10 f.).

3.2.3 Dr. med. F. \_\_\_ bemerkte mit Schreiben vom 29. Januar 2010 (IV-Nr. 129) zum Gutachten, trotz Antidepressivum und regelmässiger psychiatrischer Behandlung sei die Beschwerdeführerin weiterhin depressiv und leide unter starken Angstzuständen mit Blockierung, Tremor und Hyperventilation. Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit persistierten. Der soziale Rückzug dauere an. Nachts könne die Beschwerdeführerin fast nicht mehr schlafen. Er glaube nicht, dass bei einer solch starken Störung eine Teilarbeitsfähigkeit gegeben sei.

Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 23. März 2010 (IV-Nr. 131 S. 8 f.) folgende Diagnosen:

- 1) Chronische Schmerzen Dig I ■ III beidseits gemischter Ätiologie mit / bei chronischer Tendinose der Beugesehnen mit schnellendem Finger Dig. III links sowie anamnestisch Dig. III rechts und Dig. I beidseits.
- 2) Karpaltunnelsyndrom beidseits.
- 3) Hypästhesie im antero-lateralen Bereich im proximalen Bereich des rechten Oberschenkels mit / bei Verdacht auf Meralgia parästhetica
- 4) Chronische posttraumatische Schmerzkrankheit mit polytopen Schmerzen
  - Nackenschmerzen mit Schmerzausstrahlung am Gesicht sowie Spannungskopfschmerzen
  - Nacken-Schulter-Armschmerzen beidseits
  - panvertebrale Schmerzen
  - lumbale Schmerzen mit Ausstrahlung in beide Leisten
  - Status nach drei Auffahrkollisionen

Die Diagnosen 1) und 2) hätten nur wenig Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, da sie normalerweise durch kleine Eingriffe rasch geheilt werden könnten.

Dr. med. H. \_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 31. März 2010 (IV-Nr. 131 S. 6 f.) eine Somatisierungsstörung mit chronischer

Schmerzstörung. Die Ursache der Parästhesien an den Händen bleibe unklar. Einzelne Aspekte seien mit einem Karpaltunnelsyndrom vereinbar. Eine manifeste Medianus-Druckneuropathie könne aber neurographisch weder links noch rechts belegt werden. Auch für eine andersartige peripher neurogene Störung gebe es keine Hinweise. Die Gefühlsstörungen in der Hüftregion seien nicht mit einer Meralgia parästhetica zu vereinbaren. Gesamthaft seien die Beschwerden auf eine multiple psychosomatische Störung mit anhaltender somatoformer Schmerzstörung zurückzuführen.

In seinem Bericht vom 12. April 2010 (IV-Nr. 131 S. 1 ff.) fasste Dr. med. F.\_\_\_\_ seine Diagnosen vom 20. Juni 2009 insoweit neu, als er von einer rezidivierenden depressiven Störung mit latenter Suizidalität, einer generalisierten Angststörung, einer Schlafstörung, chronischen Schmerzen Dig. I ■ III beidseits sowie einem Verdacht auf ein beidseitiges Karpaltunnelsyndrom sprach. Die ansonsten im Wesentlichen unveränderten Angaben der Beschwerdeführerin ergänzte er wie folgt: Zu Fremdpersonen bestünden kaum noch Beziehungen. Es liege eine ausgeprägte Klaustrophobie vor. Konzentrationsstörungen und Vergesslichkeit würden zunehmen. Deswegen, sowie auf Grund der Angststörung, der Agoraphobie und der polytopen Schmerzen sei keine Erwerbstätigkeit mehr möglich.

Gemäss Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, vom 10. Dezember 2010 (IV-Nr. 146 S. 5 ff.) stürzte die Beschwerdeführerin am 27. Juli 2010 in der Wohnung auf einen Glastisch, wobei sie sich eine Commotio cerebri sowie am linken Unterschenkel eine Teildurchtrennung der M. gastrocnemius medialis und soleus sowie des N. suralis zuzog. Sie leide am linken Unterschenkel und Fuss immer noch an Sensibilitätsverminderungen und Parästhesien. Die Beweglichkeit der Halswirbelsäule sei beidseits eingeschränkt, die Reklination mit Schwindel und Übelkeit verbunden. Seit dem letzten Unfall bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Bericht vom 3. Februar 2011 (IV-Nr. 149 S. 2) gab Dr. med. I.\_\_\_\_ an, der Befund sei unverändert. Die Schmerzen, sowohl vom aktuellen als auch den früheren Unfällen, seien überwältigend und psychisch sehr belastend.

Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 16. Mai 2011 (IV-Nr. 150 S. 2 ff.) folgende psychiatrischen Diagnosen:

-mittelgradige bis schwere depressive rezidivierende Episode, derzeit ohne psychotische Symptome

-episodisch paroxysmale Angststörung

Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 3. September 2010 in Behandlung. Sie berichte, dass die Schmerzen ihr Leben bestimmen würden. Derzeit seien vor allem die Handgelenke betroffen. Sie klage vor allem über Durchschlafstörungen, Vergesslichkeit, Desorientiertheit, Panikattacken, Gestalten, welche ihr im Dunkeln Angst einjagen, Freud-, Lust- und Antriebslosigkeit sowie Lärmempfindlichkeit. Kontakt habe sie nur zur Tochter, zum Bruder und zur Freundin. Sie hege passive suizidale Gedanken, aber Gott gebe ihr Kraft. Sie wirke energielos. Aufmerksamkeit und Konzentration seien deutlich herabgesetzt. Es bestünden ausgeprägte Merk- und Gedächtnisstörungen. Das formale Denken sei verlangsamt und auf die Schmerzen eingeeengt. Zwänge, wahnhaftes Erleben, Ich- und Wahrnehmungsstörungen lägen nicht vor. Die Stimmung sei deutlich zum depressiven Pol verschoben. Der Affekt sei labil und weinerlich. Antrieb und Psychomotorik seien reduziert. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen. Aktuell bestehe keine Selbst- oder Fremdgefährdung.

Dr. med. K.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH beim Regionalen Ärztlichen Dienst der Beschwerdegegnerin (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 15. Juni 2011 (IV-Nr. 151 S. 2 f.) fest, der N. suralis sei ein rein sensibler Nerv, der am dorso-lateralen Unterschenkel die Haut versorge. Ausfälle dieses Nervs hätten keine funktionellen Auswirkungen; Gefühlsminderung und Missempfindungen seien unangenehm, würden aber die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken.

Dr. med. J.\_\_\_\_ ergänzte im Bericht vom 19. August 2013 (IV-Nr. 161), trotz adäquater psychiatrisch-psychotherapeutischer und medikamentöser (antidepressiver und neuroleptischer) Behandlung sei ein weitgehend chronifizierter Zustand eingetreten. Wegen ihrer Ängste zeige die Beschwerdeführerin ein ausgeprägtes Vermeidungs- und Schonverhalten. Durch die mangelnde körperliche Aktivierung, den sozialen Rückzug und die Einstellung angenehmer Aktivitäten habe sich eine rezidivierende depressive Störung entwickelt, die derzeit mittelgradig ausgeprägt und mit einem somatischen Syndrom verbunden sei. Eine Erwerbstätigkeit sei ausgeschlossen. Auch eine Arbeit im geschützten Rahmen sei nur zu 25 % möglich, dies wegen der gehäuften Fehler, gestörten Konzentration, Verlangsamung und vermehrten Pausen.

Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 12. September 2013 (IV-Nr. 164) fest, die Beschwerdeführerin leide im linken Fuss und Unterschenkel immer noch unter einer Sensibilitätsverminderung, Parästhesien und krampfartigen Schmerzen. Es handle sich um residuelle sensomotorische Befunde nach dem Unfall im Juli 2010.

Das am 18. Oktober 2013 im Spital L.\_\_\_\_ durchgeführte Schädel- und Hals-CT ergab arthrotische Veränderungen der Halswirbelkörper 1 und 2, war ansonsten aber unauffällig (IV-Nr. 188 S. 3).

Dr. med. M.\_\_\_\_, Arzt für Kardiologie und Innere Medizin FMH, stellte im Bericht vom 17. Januar 2014 (IV-Nr. 184) folgende Diagnosen aus seinem Fachbereich:

-leichte Mitralinsuffizienz bei degenerativen Klappenveränderungen,  
differentialdiagnostisch Status nach Endokarditis

-nicht anhaltende supraventrikuläre Extrasystolie

Aus kardiologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die bisherige oder damit vergleichbare Tätigkeiten nicht eingeschränkt.

Gemäss Bericht der HNO-Klinik am Spital L.\_\_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 188 S. 1 f.) litt die Beschwerdeführerin unter zervikogenem Schwindel, Cephalgie, einer Tubenventilationsstörung, Autophonie und HWS-Syndrom. Eine Arbeitsunfähigkeit habe man nicht bescheinigt. Die Beschwerdeführerin benötige keine Hilfsmittel.

Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitender Arzt Handchirurgie am Spital L.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 24. Januar 2014 (IV-Nr. 190 S. 3 f.) folgende Diagnosen:

1)Beidhändig:

-Verdacht auf CTS

-Tendovaginitis stenosans A1 Dig. I und III

-Rhizarthrose Stadium I

2)Linke Hand: Dupuytrensche Kontraktur Strahl IV Palma manus

Dr. med. J.\_\_\_\_ erklärte im Bericht vom 19. Februar 2014 (IV-Nr. 196), die Diagnose sei unverändert. Im Therapieverlauf habe sich eine deutliche Tendenz zur Verlängerung und Vertiefung der depressiven Phasen bei gleichzeitiger Verkürzung der Remissionen gezeigt. Es bestehe nach wie vor eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die depressive Stimmung führe zu einer tiefgreifenden Einschränkung der motivationalen Leistungsfähigkeit. Zusätzlich beeinträchtige der soziale Rückzug die kognitive Leistungsfähigkeit, die Angststeuerung, die gedankliche Umstellungsfähigkeit sowie die Interaktionsfähigkeit. Ausserdem seien das Vitalgefühl und der Nachtschlaf gestört, was das Leistungsniveau zusätzlich mindere.

Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Neurologie am Spital L.\_\_\_\_, diagnostizierte im Bericht vom 3. April 2014 (IV-Nr. 204) an beiden Händen Gramselparästhesien. Klinisch sei ein Karpaltunnelsyndrom möglich. Der elektrophysiologische Befund sei rechts normal und links mit einem leichten sensomotorischen Karpaltunnelsyndrom vereinbar.

3.3 Die Gutachterstelle P.\_\_\_\_ erstattete der Beschwerdegegnerin am 14. April 2014 ein polydisziplinäres Gutachten (IV-Nr. 205).

3.3.1 Bei der Untersuchung durch den Gutachter Dr. med. Q.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin und Nephrologie, berichtete die Beschwerdeführerin, am schlimmsten seien die bewegungsabhängigen Schmerzen in beiden Schultern mit Ausstrahlung in die Oberarme, welche seit dem Unfall im Jahr 1997 bestünden. Ausserdem leide sie seit 1997 unter ausgeprägten Nackenschmerzen, die zum Hinterkopf ausstrahlten und zu permanenten Kopfschmerzen führten. Die Schmerzintensität habe über die Jahre zugenommen. Seit einer Handverletzung im Jahr 2004 leide sie an einer Kraftlosigkeit der Hände mit schmerzhafter Arthrose sowie Morgensteifigkeit der Finger, was Hausarbeiten verhindere. Wenn sie länger als eine halbe Stunde stehe, leide sie an «Kreuzschmerzen» mit Ausstrahlung in die Hüfte, beide Leisten und beide Kniekehlen (S. 13). Seit dem Unfall im Jahr 2010 spüre sie den linken lateralen Fussrand nicht mehr. Weiter klage die Beschwerdeführerin u.a. über Dyspnoe bei Angstzuständen, Müdigkeit, diffusen Schwindel, hochfrequenten Tinnitus (bei gutem Hörverstehen) sowie Traurigkeit und Angstzustände, vor allem, wenn sie allein sei oder sich in engen Räumen aufhalte (S. 14). Den Hausarzt und den Psychiater konsultiere sie ein- bis zweimal pro Monat, den Neurologen alle ein bis drei Monate. Physiotherapie habe sie zweimal pro Woche, Akupunktur und manuelle Therapie zweimal pro Monat (S. 15). Ihr typischer Alltag sehe wie folgt aus: Sie stehe zwischen 10:00 und 12:00 Uhr auf und nehme das Frühstück ein, später mit der Tochter das Mittagessen. Nachmittags schlafe sie von 13:00 bis 15:00 Uhr. Anschliessend gehe sie in die Kirche, mache kleinere Kommissionen, lese die Zeitung, surfe im Internet und telefoniere mit einer Kollegin (die sie nur sehr selten treffe) Dann bereite sie das Nachtessen vor und gehe zwischen 22:00 und 24:00 Uhr zu Bett. Ihr Hobby sei die Volksmusik; sie habe früher auch gern vor Publikum gesungen, was heute nicht mehr gehe. Ihr Auto mit automatischem Getriebe könne sie problemlos selbstständig führen. Sie fühle sich nicht mehr in der Lage, einer Arbeit nachzugehen (S. 16).

Der Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin betrete den Untersuchungsraum mit einem flüssigen Gangbild. An- und Auskleiden würden betont umständlich ausgeführt. Während der zweistündigen Begutachtung beklage die Beschwerdeführerin verdeutlichend muskuloskelettale Schmerzen (S. 16). Es gebe keine Anhaltspunkte für eine internistische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 17). Der Befund sei bis auf ein Systolikum, hypertensive Blutdruckwerte und ein leichtes Übergewicht regelrecht. Eine

Systemerkrankung erscheine auf Grund des Verlaufs, der klinischen Präsentation und der Laborwerte unwahrscheinlich. Was die leichte Mitralinsuffizienz bei degenerativen Klappenveränderungen angehe, so hätten sich auch nach Belastung (gemeinsames Treppensteigen bis in den 4. Stock) keine Hinweise für eine manifeste Herzinsuffizienz ergeben. Die in den Akten befindliche Echokardiographie zeige regelrechte Verhältnisse ohne einen relevanten Endorganschaden bei Hypertonie. Das aktenkundige EKG mache relevante ventrikuläre Tachykardien unwahrscheinlich, während die supraventrikulären Tachykardien prognostisch günstig zu bewerten seien und mit einem Betablocker behandelt würden (S. 18). Gemäss Literatur seien Personen mit einer nicht operationsbedürftigen Mitralinsuffizienz ohne myokardiale Schädigung beruflich normal belastbar (S. 19).

3.3.2 Der Gutachter Dr. med. R.\_\_\_\_, Arzt für Neurologie FMH, hielt fest, die Beschwerdeführerin schildere folgende Beschwerden:

1)Schmerzen im Bereich der Finger und Handgelenke beidseits, seit einem Unfall im Jahr 2004.

2)Chronische zervikale Schmerzen mit Ausbreitung zu beiden Schultern. Die Symptomatik bestehe etwa seit dem Jahr 1997 und habe sich durch drei Auffahrunfälle entwickelt, zwei davon Bagatellunfälle.

3)Schmerzen im Bereich des linken Fusses und der linken Wade, nach einem Sturz im Jahr 2010. Seither bestehe eine Taubheit im Bereich des linken lateralen Fussrandes sowie der lateralen Knöchelregion und des lateralen Unterschenkels.

4)Lumbale Schmerzen, vor allem nach längerem Stehen.

Ein Analgetikum benötige die Beschwerdeführerin nach eigenem Bekunden nicht (S. 20). Zweimal pro Woche erhalte sie Physiotherapie sowie regelmässig Akupunktur (S. 20 f.). Der Schlaf sei schmerzbedingt häufig beeinträchtigt, die Stimmung durch die Beschwerden gestört. Gravierende depressive Symptome im engeren Sinne würden nicht genannt. Den Haushalt müsse ihre Tochter besorgen. Ihr Hobby sei die Musik (S. 21). Eine Arbeitstätigkeit könne sie sich wegen ihrer Beschwerden nicht mehr vorstellen (S. 22).

Der Gutachter hielt fest, die Beschwerdeführerin betrete den Untersuchungsraum mit einem flüssigen Gangbild. An- und Auskleiden gelinge geschickt. Den Kopf wende die Beschwerdeführerin spontan frei in alle Richtungen, während bei den passiven Bewegungsproben ein aktives Gegenspannen erfolge. Während der gesamten Untersuchung wirke sie ■ grob diskrepant zu ihren Angaben zur aktuellen Schmerzstärke ■ nicht schmerzgequält oder anderweitig beeinträchtigt; so sei weder ein Schonsitz noch ein Schongang zu beobachten. Die Mitarbeit bei den Kraftproben sei mangelhaft mit unzureichender Willküranstrengung und abruptem Nachgeben. Die deutlich beschwielten Fusssohlen seien Zeichen einer regen physischen Mobilität (S. 22). Die demonstrative Ataxie in den formalen Koordinationsproben sistiere bei Ablenkung prompt. Mit beiden Armen werde frei, nicht ataktisch hantiert. Bei den Muskeleinzelprüfungen fänden sich keine Atrophien oder Paresen. Die Wirbelsäule weise eine freie spontane Beweglichkeit auf, vor allem lumbal. Weder bestehe ein paravertebraler Hartspann noch lasse sich ein radikulärer Schmerz auslösen. Der linke laterale Fussrand weise eine Ästhesie- und Algesieminde rung auf, die übrige Sensibilität an Rumpf und Extremitäten sei allseits intakt (S. 23). Die Muskeldehnungsreflexe an Armen und Beinen sowie die Bauchhautreflexe seien seitengleich auslösbar. Mimik und Gestik seien unauffällig. Die Merkfähigkeit sei

angesichts der korrekten Wiedergabe der biographischen Fakten intakt. Die Beschwerdeführerin folge dem Gespräch konzentriert und aufmerksam. Der Gedankengang sei formal geordnet und kohärent (S. 24). Die Intelligenz dürfte ■ ohne ausführliche Testung ■ im Durchschnittsbereich liegen. Die Psychomotorik sei unauffällig, Antriebslage und Intentionalität normal. Hinweise für eine Störung neuropsychologischer Funktionen wie Sprache oder Handlungsplanung fehlten (S. 25).

Zusammenfassend gebe es keine ausreichenden Anhaltspunkte für eine behindernde Läsion des zentralen oder peripheren Nervensystems, der Wirbelsäule sowie der paravertebralen Strukturen. Die Beschwerdeführerin habe vor allem Gelenkschmerzen sowie zervikale und lumbale Schmerzen beschrieben. Eine assoziierte neurogene Störung lasse sich anamnestisch nicht herausarbeiten. Der hier erhobene klinische Befund ergebe keine Hinweise für ein spinales Vertebralesyndrom, angesichts der freien und ungehinderten spontanen Beweglichkeit und des fehlenden paravertebralen Hartspans. Es lasse sich weder ein radikuläres Defizit noch eine Läsion des Myelons feststellen (S. 25). Die Ästhesie- und Algesiemiinderung im Bereich des linken lateralen Fussrandes entspreche wahrscheinlich einer Läsion des Nervus suralis; ein assoziiertes neuropathisches Schmerzsyndrom sei nicht evident (S. 25 f.). Auffällig seien vor allem die demonstrative Darbietung einer Ataxie, die mangelhafte Mitarbeit bei den Kraftproben sowie die grobe Diskrepanz zwischen der angegebenen Schmerzintensität und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck. Somit sei eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden wahrscheinlich. Für die von der Beschwerdeführerin vorgetragene Symptomatik gebe es kein ausreichendes klinisches Korrelat, dementsprechend könne keine die Arbeitsfähigkeit einschränkende Gesundheitsstörung attestiert werden (S. 26).

3.3.3 Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung durch Dr. med. X. \_\_\_\_, Arzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation FMH / Sportmedizin SGSM / Manuelle Medizin SAMM / Spezielle Schmerztherapie, berichtete die Beschwerdeführerin über seit etwa 2002 bestehende Lumbalgien, die bis in die Leisten ziehen würden. Schmerzverstärkend sei Stehen über 30 Minuten oder Gehen über 300 bis 400 m. Weiter habe sie seit 2004 im ventralen Bereich beider Schultern einen stechend-bohrenden Schmerz (S. 26). Seit 1997 spüre sie ein Ziehen im Nacken und auch eine Steifigkeit. In beiden Händen sei sie kraftlos, mit einem brennend-bohrenden Schmerz im Handgrundgelenk. Zudem könne sie morgens die Finger nicht richtig beugen und sei steif. 1994 sei sie überfallen worden und habe durch einen Schlag gegen die linke Schläfe eine Gehirnerschütterung erlitten. 1997 habe sie sich in ihrem Geschäft den Kopf gestossen und sei gestürzt. Anschliessend habe sie am ganzen Körper und am Kopf Schmerzen gehabt. Am 6. Mai 2004 sei sie nach einem Auffahrunfall durch einen Lastwagen auf ihr Auto «total gelähmt» gewesen. Am 30. Juni 2004 sei es bei einem Autounfall zu einem Seitenanprall gekommen. 2010 habe sie sich zu Hause bei einem Sturz über eine Glasscheibe an der linken Wade verletzt (S. 27).

Die Beschwerdeführerin bewältige die Sitzbelastung während der Anamneseerhebung über 45 Minuten beschwerdefrei. Den anschliessenden Transfer führe sie sicher, flüssig und dynamisch aus. Das Gangbild sei beim Betreten und Verlassen der Untersuchungsstelle ungestört, das Ent- und Bekleiden erfolge ohne Einschränkung (S. 27). Nach der klinischen Untersuchung (S. 28 bis 32) stellte der Gutachter folgende Diagnosen (S. 33):

·Status nach Schnittverletzung der linken Wade mit residueller Dysästhesie des Nervus cutaneus surae lateralis, leichte Asymmetrie der Laufbelastung (Tendosynovitis des linken

Musculus peroneus longus; ICD-10 M65.87, M99)

·Adipositas (BMI 27,0; ICD-10 E66.00)

·Dupuytrensche Kontraktur (links stärker als rechts), Palmarerythem beidseits (ICD-10 M72.0)

In der Prüfung der Rumpf- und der Extremitätenmobilität fanden sich keine konsistenten Einschränkungen. Bei positiven Waddell-Signs und inkonstanter Prüfung der Lokalbefunde sei eine bewusstseinsnahe Symptombildung wahrscheinlich. Auf Grund der Tendosynovitis des Musculus peroneus seien Tätigkeiten mit hoher Geh- und Stehbelastung sowie auf Leitern und Gerüsten zumindest derzeit nicht leidensgerecht. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit erfordere zwar häufiges Gehen und Stehen, dies jedoch ohne hohe Belastung (keine grossen Gehstrecken, kein häufiges Tragen schwerer Gewichte) und impliziere auch eine wechselbelastende Ausübung, so dass hier keine namhafte Einschränkung resultiere. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten sowie jeder vergleichbaren Tätigkeit sei mit 100 % zu bewerten, d.h. einem vollen Pensum und Rendement (S. 33).

3.3.4 Bei der Untersuchung durch Dr. med. S.\_\_\_\_, Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, welche weitgehend ohne Rückgriff auf die anwesende Dolmetscherin erfolgte, erklärte die Beschwerdeführerin, dass sie bereits seit 1997 unter psychischen und körperlichen Beschwerden leide, nachdem sie in ihrem Geschäft gestürzt sei. Sie habe im Zusammenhang mit den aus dem Sturz resultierenden Schmerzen und Bewegungseinschränkungen begonnen, unter Depressionen und Ängsten zu leiden, welche ihr bis heute zu schaffen machten. Sie schlafe sehr schlecht, fühle sich innerlich unruhig und getrieben, gleichzeitig ständig müde und erschöpft. Sie müsse viel weinen und sei auch reizbarer als früher. Vor etwa eineinhalb Jahren sei sie in die Wohnung ihrer Tochter gezogen, die dort zusammen mit ihren 13- und 14jährigen Kindern sowie dem Schwiegersohn lebe. Sie habe es zu Hause alleine nicht mehr ausgehalten. Sie habe nachts oft Schmerzen, werde jedoch auch häufig von schlechten Träumen geplagt. Im Jahr 2004 habe sie innerhalb eines Monats zwei Autounfälle gehabt, deren Bilder sie nicht aus dem Kopf bekomme. Von der einen Unfallgegnerin träume sie immer noch, sie fühle sich von ihr verfolgt und denke manchmal, dass diese sie umbringen wolle (S. 34). Da sie nachts häufig unter Ängsten leide und gelegentlich den Eindruck habe, dass jemand neben ihrem Bett stehe, achte sie darauf, dass es nie völlig dunkel sei. Wenn sie alleine sei, habe sie ein- bis zweimal im Monat Attacken mit Herzrasen, Panik und Luftnot, dann müsse sie sofort den Raum verlassen bzw. unter Menschen gehen. Sie fühle sich kontinuierlich niedergeschlagen, wertlos, ohne Antrieb und meist traurig. Sie habe schon häufig daran gedacht, ob es nicht besser wäre, zu sterben. Im vorigen Jahr habe sie vorgehabt, sich mit Tabletten das Leben zu nehmen. In den letzten Monaten vergesse sie auch viel, vor allem Namen oder Telefonnummern. Oft würden ihr zwar die entsprechenden Dinge wieder einfallen, es dauere jedoch länger. Seit 2004 stehe sie in regelmässiger psychiatrischer Behandlung, derzeit bei Dr. med. J.\_\_\_\_, den sie ein- bis zweimal im Monat aufsuche. Man führe Gespräche und sie erhalte Medikamente. In einer psychiatrischen Klinik sei sie noch nie gewesen. Neben den psychischen Problemen leide sie unter Schmerzen im Nacken, in den Schultern, im Hinterkopf und im Ohrbereich, ausserdem unter einem Druckgefühl in der Stirn und unter teils sehr starken Schmerzen im Rücken. Wenn sie längere Zeit gehe, bekomme sie verstärkt Schmerzen im Rücken und in den Beinen. Sie mache sich grosse Sorgen, wie es gesundheitlich, finanziell, aber auch mit der Familie weitergehe (S. 35).

Ihr Geschäft sei bis zum Unfall 1997 gut gelaufen, habe dann aber wegen ihrer Arbeitsunfähigkeit nach etwa acht Monaten geschlossen werden müssen. Ein exemplarischer Tagesablauf sehe aktuell wie folgt aus: Sie stehe, je nach Verlauf der Nacht, zwischen 10:00 und 12:00 Uhr auf; da sie nachts schlecht schlafe, döse sie morgens nochmals ein. Nach dem Aufstehen lese sie etwas oder sehe fern, manchmal gehe sie einkaufen und bereite ein kleineres Gericht vor, das sie dann zusammen mit ihrer Tochter und dem Schwiegersohn verzehre. Sie gehe täglich in die Kirche, da der Glaube ihr Kraft zum Leben gebe. Mit dem Auto fahre sie nur kürzere Strecken, längere traue sie sich nicht zu. Zweimal in der Woche gehe sie zur Physiotherapie, ab und zu auch etwas spazieren, sie könne jedoch nur 20 Minuten am Stück gehen. Selten besuche sie eine ehemalige Arbeitskollegin, meist sei sie allein zu Hause. Früher sei sie Sängerin in einer Band gewesen, heute singe sie nur noch für sich zu Hause. Im letzten Jahr sei sie mehrmals alleine in ihre Heimat [...] geflogen, zuletzt an Weihnachten. Das Zusammensein mit ihrer alten Familie tue ihr gut. Sonst habe sie ihre Kontakte in der letzten Zeit reduziert. Üblicherweise gehe sie zwischen 22:00 und 24:00 Uhr zu Bett (S. 38).

Zum Befund hielt der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin wirke im Gespräch unruhig, unsicher, misstrauisch, zurückhaltend und angespannt. Sie benötige wenig Strukturierung durch den Gutachter. Mehrfach weine sie. Es bestehe kein namhaft schmerzgequälter Eindruck, und es würden keine Schonhaltungen eingenommen. Für Bewusstseinsstörungen bestünden keine Anhaltspunkte. Die Beschwerdeführerin sei zu allen Qualitäten voll orientiert. Lebensdaten könne sie sicher rekonstruieren. Lang- und Kurzzeitgedächtnis seien intakt. Konzentration und Aufmerksamkeit präsentierten sich unauffällig, der Subtraktionstest werde sicher durchgeführt. Das formale Denken sei geordnet und in angemessener Geschwindigkeit. Es bestehe eine Grübelneigung und ein auf die beklagte Symptomatik eingegängtes Denken. Die Beschwerdeführerin beschreibe generalisierte Ängste, Unruhezustände sowie Panikattacken mit Herzrasen, Luftnot und Todesangst. Ein spezifisches Vermeidungsverhalten sei nicht zu eruieren (S. 39). Es sei zu einem partiellen sozialen Rückzug gekommen. Zwangsgedanken, -impulse oder ■handlungen lägen nicht vor. Für inhaltliche Denkstörungen gebe es keine Hinweise. Halluzinationen oder Ich-Störungen liessen sich keine feststellen. Die Stimmung wirke depressiv, affektiv sei die Beschwerdeführerin nur eingeschränkt schwingungsfähig. Beschrieben würden Schuld-, Insuffizienz- und Minderwertigkeitsgefühle. Antrieb und Psychomotorik seien unauffällig. Für Suizidgedanken oder ■pläne fehlten Anhaltspunkte. Die Diagnose laute wie folgt (S. 40):

·rezidivierend depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige depressive Episode (ICD-10 F33.0)

·generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

In seiner Beurteilung gelangte der Gutachter zum Ergebnis, die rezidivierende depressive Störung habe sich in den letzten 15 Jahren mit depressiven Phasen unterschiedlicher Intensität manifestiert. Aktuell seien die Hauptkriterien einer depressiven Episode allenfalls grenzwertig erfüllt. Zwar lasse sich eine depressive Stimmung erkennen, die Alltags- und sozialen Aktivitäten (Familie, Reiseaktivitäten, Führen eines Kraftfahrzeugs) sprächen jedoch nicht schlüssig für eine gravierende Antriebsstörung oder einen Interessenverlust. Auch die weiteren Nebenkriterien der Depression seien allenfalls partiell erfüllt, weshalb keine Störung, die über eine leichtgradige depressive Episode hinausgehe, mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit attestiert werden könne (S. 41). Dies zeige sich auch in der

aktuellen psychiatrischen Therapie; eine schwerere Depressivität hätte bereits zu einer stationären Behandlung führen müssen. Die aktenkundige Diagnose des behandelnden Psychiaters einer mittel- bis schwergradigen Depressivität sei nicht schlüssig und stehe auch nicht in Einklang mit der vorangehenden psychiatrischen Einschätzung einer deutlich leichteren Depressivität. Auffällig sei auch, dass die Bewertung des behandelnden Psychiaters einer prognostisch ungünstigen vollständigen Arbeitsunfähigkeit von 100 % mit vermeintlichen Unfallereignissen aufgeladen werde, für die keine namhaften strukturellen Verletzungen nachgewiesen seien, die geeignet wären, eine psychische Störung zu verursachen. Weiter seien die deutlichen Anhaltspunkte für eine bewusstseinsnahe Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden zu berücksichtigen, die sich aus den somatischen Teilgutachten ergäben. Hinweise für eine posttraumatische Störung fänden sich in der Exploration keine; die von der Beschwerdeführerin geschilderten Eindrücke, jemand würde nachts an ihrem Bett stehen oder sie verfolgen, seien nicht als Wahnsymptome bzw. Halluzinationen zu werten, sondern in Zusammenhang mit der affektiven Erkrankung. Auch die beschriebenen Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen seien Ausdruck des depressiven Syndroms (S. 42).

Im Rahmen einer allfälligen leichtgradigen Depressivität sei die Beschwerdeführerin durchaus in der Lage, der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen Arbeit mit einfachen Ansprüchen an die geistige und psychische Belastbarkeit vollschichtig und mit voller Leistung nachzugehen. Angesichts des negativen psychischen Effekts von Arbeitslosigkeit sei die Wiederaufnahme einer Arbeit auch aus therapeutischen Gründen erwägenswert, um Tagesstruktur und Selbstwertgefühl zu fördern (S. 42). Eine Optimierung der antidepressiven Medikation wäre geeignet, den klinischen Zustand weiter zu bessern und zu stabilisieren. Schon aus diesem Grund sei die dauerhafte Zuerkennung einer Arbeitsunfähigkeit nicht vertretbar (S. 43).

3.3.5 Im Rahmen der Konsensbeurteilung gelangten die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit liege in der zuletzt ausgeübten sowie jeder vergleichbaren Tätigkeit, aber auch einer anderen, körperlich leichten, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit per sofort bei 100 %, d.h. einem vollen Pensum und Rendement. Somatische Gesundheitsstörungen, deren Effekt über den Ausschluss hoher Steh- und Gehbelastungen sowie von Arbeiten auf Leitern und Gerüsten hinausginge, seien nicht evident und unwahrscheinlich. In den somatischen Begutachtungen imponiere vorrangig eine Diskrepanz zwischen Klagen und demonstrierten Einschränkungen einerseits sowie den fehlenden konsistenten Befundkorrelaten andererseits. Hinsichtlich der bislang als ursächlich reklamierten Unfallereignisse fänden sich aktenkundig, anamnestisch und anhand der hiesigen Befunde keine belastbaren Daten, die auf unfallbedingte strukturelle Läsionen hinwiesen, die geeignet wären, die spinalen (zervikal und lumbal), die Schultern und weitere Orte betreffenden Beschwerden zu erklären oder zu begründen; es liege lediglich ein geringgradiges Defektsyndrom nach einer Unterschenkelverletzung links vor, das die oben genannte qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf Dauer rechtfertige. Auch der psychiatrische Befund lasse keine zusätzliche Beeinträchtigung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit erkennen (S. 43). Zu den früheren Arztberichten seien folgende Bemerkungen anzubringen (S. 44 bis 47):

1) Dr. med. J.\_\_\_\_, 19. August 2013: Eine zerebrale oder zervikale Verletzung, die geeignet wäre, dauerhafte Beschwerden oder psychische Fehlverarbeitungen zu begründen, sei aktenkundig niemals belegt worden. Bei der behaupteten «milden Hirnschädigung» von

1997 habe es sich nach Aktenlage nicht um ein Schädelhirntrauma, sondern lediglich um einen Bagatellkopfanstoss gehandelt (s. Bericht vom 10. April 2000: Contusiocapitis, also keine Hirnkontusion). Auch für die weiteren behaupteten Verletzungsereignisse fehlten hinreichende Belege. Selbst wenn man ■ entgegen der Sachlage ■ stattgehabte «milde Hirnschädigungen» und HWS-Distorsionen unterstellen wollte, wären diese nach der diesbezüglichen Evidenzlage der wissenschaftlichen Medizin nicht geeignet, dauerhafte Beschwerden zu begründen; man verweise dazu auf die im Anhang gemachten Ausführungen und Literaturzitate.

2) Gutachterstelle B. \_\_\_\_, 12. Februar 2003: Die Konklusionen der Gutachter fussten im Wesentlichen auf der fehlerhaften, der wissenschaftlichen Evidenzlage zuwider laufenden Grundannahme von chronischen gesundheitlichen Folgestörungen nach HWS-Distorsionen ohne nachgewiesene assoziierte strukturelle zervikale Läsion, seien also nicht haltbar (s. Anhang).

3) Dr. med. C. \_\_\_\_, 4. Dezember 2009: Dieser attestiere eine für den Verlauf zu konstatierende Besserung, was die Zuerkennung einer dauerhaften psychiatrisch begründeten Arbeitsunfähigkeit zumindest fraglich erscheinen lasse, zumal er selbst eine Wiederaufnahme wesentlicher Alltagsaktivitäten herausstelle.

Aus Sicht der Gutachter hätten sich die bisherigen aktenkundigen Bewertungen überwiegend von den subjektiven Klagen leiten lassen, die die reklamierten Beschwerden vermeintlich begründenden Unfälle unzureichend kritisch geprüft sowie die Hinweise auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden sowie die Möglichkeiten einer Therapieoptimierung unzureichend berücksichtigt (S. 47).

Der Gesundheitszustand habe sich seit den Jahren 2003 und 2004 verändert, indem die Verletzung des linken Unterschenkels hinzugetreten sei. Weitere Veränderungen des objektiven Gesundheitszustands seien nicht wahrscheinlich. Eine längerfristige (über kurzfristige Erkrankungen hinausgehende) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit habe niemals vorgelegen. Anderslautende Bewertungen seien nicht haltbar (S. 47). Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 100 % gelte ex tunc (S. 48).

### **E. 3.4**

3.4.1 Dr. med. F. \_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 27. März 2014 (IV-Nr. 213) seine früheren Feststellungen, ergänzt um die Diagnose einer Durchtrennung des N. surae nach Schnittverletzung an der linken Wade, der er aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zumass.

Dr. med. J. \_\_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 2. Mai 2014 (IV-Nr. 210 S. 3 ff.), bei grundsätzlich gleichen Befunden wie im letzten Vorbericht, eine anhaltende angstbetonte mittel- bis schwergradige depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung vor dem Hintergrund mehrerer Belastungsfaktoren bei einer Persönlichkeit mit narzisstischen Anteilen (F33.2). In den letzten sechs bis zwölf Monaten sei es insbesondere in Belastungssituationen zu einer Zunahme der depressiven Symptomatik gekommen. Eine anhaltende und stabile Erhöhung der emotionalen und psychischen Belastbarkeit sei nicht erreicht worden. Die Beschwerdeführerin sei durch die depressive Symptomatik und die Persönlichkeitsakzentuierung in ihrer Stresstoleranz, ihrer emotionalen Belastbarkeit und dem Umgang mit Konflikten eingeschränkt. Eine willentliche Überwindung der depressiven Beeinträchtigungen sei derzeit unmöglich. Es sei von einer Chronifizierung auszugehen. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei mittel- bis langfristig nicht zu

erwarten. Was die psychiatrische Beurteilung im P.\_\_\_\_ -Gutachten angehe, so sei die Gesamteinschätzung der Beschwerdeführerin entscheidend und nicht das Vorliegen oder Fehlen einzelner psychopathologischer Befunde. Es müsse angenommen werden, dass der Experte die Beschwerdeführerin zwischen zwei depressiven Episoden gesehen habe, als die Beschwerden geringer ausgeprägt gewesen seien. Dies dürfe aber kein Grund dafür sein, die Diagnosen anderer Fachleute in Zweifel zu ziehen.

Dr. med. I.\_\_\_\_ zählte in seinem Bericht vom 19. Mai 2014 (IV-Nr. 209) im Wesentlichen folgende Mängel des P.\_\_\_\_ -Gutachtens auf (S. 4 ff.):

- 1) Es fehlten eine vollständige Liste der Akten, eine Konsensdiagnose, eine eigene Anamnese der erlittenen Unfälle sowie eine eigene Beurteilung der Bildgebung.
- 2) Die Beschwielung der Fusssohlen beruhe auf dem Barfussgehen in der Wohnung.
- 3) Die «grobe Diskrepanz» zwischen dem Verhalten während der Untersuchung und den geklagten Beschwerden werde nicht näher erläutert.
- 4) Die Messungen der Beweglichkeit von Kopf und Hals seien links und rechts identisch ausgefallen, was als zweifelhaft erscheine.
- 5) Das Arbeitsprofil als Betreiberin einer [...] entspreche nicht den attestierten Einschränkungen.
- 6) Die als Belegstelle zitierte Arbeit von Schrader et. al. beruhe auf Fragebögen. Entscheidend sei nicht die Statistik, sondern der individuelle Einzelfall.

Dr. med. F.\_\_\_\_ erklärte im Schreiben vom 27. Mai 2014 (IV-Nr. 210 S. 13), die Angstzustände, die Klaustrophobie sowie ■ wenngleich gebessert ■ die Durchschlafstörungen hielten an. Diese ausgeprägten Störungen verunmöglichten zusammen mit der depressiven Verstimmung eine ausserhäusliche Tätigkeit. Hinzu kämen die polytopen Schmerzen mit panvertebralem Schmerzsyndrom, intraforaminaler Diskushernie L5/S1 mit Wurzelreizung sowie die Handbeschwerden.

Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 29. Juli 2014 (IV-Nr. 212 S. 2 ff.) dafür, vergleiche man die Befunde im P.\_\_\_\_ -Gutachten mit dem Gesundheitszustand von 2003 resp. 2004, so ergebe sich eine Verbesserung.

3.4.2 Der Bericht des Spitals L.\_\_\_\_ vom 28. August 2014 (IV-Nr. 217) enthielt folgende Diagnosen:

- 1) Sensibilitätsstörung bei Status nach Karpaldachspaltung links am 19. Mai 2014, differentialdiagnostisch Rezidiv.
- 2) Status nach partieller Fasziektomie 4. Strahl, A1-Ringbandspaltung Dig. I und III links am 19. Mai 2014 bei
  - Dupuytrensche Kontraktur Strahl 4 links
  - Tendovaginitis stenosans A1 Dig. I und III links
- 3) Tendovaginitis stenosans A1 Dig. I und III rechts.
- 4) Rhizarthrose Stadium I beidseits.

Dr. med. O.\_\_\_\_ führte im Bericht vom 27. Oktober 2014 (IV-Nr. 221) aus, elektrophysiologisch liege rechts ein normaler Befund ohne sichere Anhaltspunkte für ein

Karpaltunnelsyndrom vor (was ein solches nicht ausschliesse), links hingegen ein leichtes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom. Es persistiere eine linksbetonte Parästhesie. Wie schon in der letzten Untersuchung lasse sich eine unverändert leichte Kompressionsneuropathie des N. medianus im linken Handgelenk darstellen.

Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 14. November 2014 (IV-Nr. 220 S. 2) fest, die operative Behandlung eines Karpaltunnelsyndroms begründe nur eine vorübergehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die objektiven Befunde sprächen für ein regelrechtes Resultat. Neurographisch finde sich nur eine leichte Verlangsamung der Nervenleitgeschwindigkeit, aber kein Hinweis auf eine relevante Nervenkompression.

Dr. med. T.\_\_\_\_, Ärztin für Innere Medizin und Rheumatologie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 23. Dezember 2014 (IV-Nr. 223) folgende Diagnosen:

- 1) Tendovaginitis stenisans der Flexorensehnen am Finger I und III beidseits  
-Status nach partieller Fasziektomie Strahl IV, A1-Ringbandspaltung Dig. I und III am 19. Mai 2014.
- 2) Beginnende Fingerpolyarthrose und beginnende Rhizarthrose beidseits  
-Tendenz zur Flexionskontraktur im Bereich der PIP-Gelenke III beider Hände.
- 3) Spreizfuss und Arthrose des Grosszehengrundgelenks.
- 4) Myofaszielles Schmerzsyndrom des Schultergürtels.

Für ein entzündliches Leiden gebe es anamnestisch, klinisch und labormässig keine Hinweise. Es lägen in erster Linie degenerative Veränderungen am Handskelett vor. Eine funktionelle Einschränkung bestehe nicht.

Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt am 13. März 2015 daran fest, dass der Eingriff vom 19. Mai 2014 erfolgreich gewesen sei und keine anhaltende gesundheitliche Verschlechterung vorliege (IV-Nr. 226 S. 2).

3.4.3 Gemäss anonymer Mitteilung vom 15. April 2015 war die Beschwerdeführerin in ihrer Heimat [...] unter dem Namen [...] als Volkssängerin tätig (IV-Nr. 227).

Auf die Nachfrage der Beschwerdegegnerin hin (IV-Nr. 232) erklärte die Beschwerdeführerin am 1. Juni 2015 (IV-Nr. 233), Gesang sei eine ihrer Liebhabereien. Leute aus Musikerkreisen hätten sie animiert, öffentlich aufzutreten. Dabei habe weder der kommerzielle Aspekt im Vordergrund gestanden noch seien Gagen eingenommen worden. Sie sei weit davon entfernt, in [...] eine bekannte Volkssängerin zu sein. Gelegentlich trete sie an Benefizveranstaltungen und geselligen Anlässen auf, in den letzten Jahren vier- bis fünfmal. Im Jahr [...] sei eine CD produziert worden, ohne dass sich daraus Einnahmen ergeben hätten.

3.4.4 Dr. med. J.\_\_\_\_ ergänzte seine Diagnose am 7. Juli 2015 um eine posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) sowie den Verdacht auf eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (IV-Nr. 242 S. 11 ff.). Die Beschwerdeführerin sei am 19. Februar 2011 in ihrer Wohnung von zwei Männern bedroht worden (s.a. IV-Nr. 242 S. 14 f.); diese hätten ihr mit Waffeneinsatz und Gewaltanwendung EUR 30'000.00 und eine Eigentumswohnung abgepresst. Man habe sie mit einem Messer an der Schläfe geschnitten, an der Stirn mit Zigaretten verbrannt und mit dem Revolver gegen den Kopf geschlagen. Lange habe sich die Beschwerdeführerin nicht getraut, darüber

zu sprechen. Nach ihrer Zeugenaussage vom 13. Februar 2015 sei sie zusammengebrochen. Seit Beginn der Behandlung am 10. August 2010 sei keine signifikante Veränderung erreicht worden.

Vom 9. Juli bis 20. August 2015 war die Beschwerdeführerin bei den U.\_\_\_\_ hospitalisiert (IV-Nr. 243 S. 5 ff.), wo man eine schwere depressive Episode und eine PTBS diagnostizierte. Seit Februar 2015 sei es zu einer deutlichen Verschlechterung gekommen mit vielen Flashbacks und einer Zunahme von Ängsten, Traurigkeit, Deprimiertheit, Hoffnungslosigkeit, Schlafproblemen sowie Suizidgedanken und ■plänen. Während des Aufenthalts sei die depressive Symptomatik remittiert, während die Intrusionen im Rahmen des PTBS sowie die intermittierenden Albträume anhielten. Angesichts der Exacerbation des Lumbovertebralsyndroms sei im V.\_\_\_\_ eine Untersuchung erfolgt, welche keine zusätzliche Reiz- und / oder Ausfallsymptomatik ergeben habe.

Dr. med. W.\_\_\_\_, Oberarzt iV Handchirurgie am Spital L.\_\_\_\_, erklärte in seinem Bericht vom 25. September 2015 (IV-Nr. 244), die linke Hand sei nicht voll belastbar. Eine Arbeit ohne grössere Belastung und ohne repetitive Verrichtungen mit der linken Hand sei täglich acht Stunden möglich.

Die RAD-Ärztin Dr. med. K.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 26. November 2015 (IV-Nr. 246 S. 2 ff.) dafür, die Diagnose einer PTBS sei nicht plausibel, da vor 2015 keine einschlägigen Symptome festgestellt worden seien und damit ein grosser zeitlicher Abstand zum Trauma vorliege.

3.5 Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu Recht auf das P.\_\_\_\_-Gutachten. Dieses genießt vollen Beweiswert, stammt es doch von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin gründlich untersucht, deren Angaben festgehalten sowie die Vorakten berücksichtigt haben.

3.5.1 In somatischer Hinsicht ist die Schlussfolgerung, eine angepasste Tätigkeit sei uneingeschränkt möglich, angesichts der sorgfältig erhobenen, insgesamt nicht besonders stark ausgeprägten objektiven Befunde nachvollziehbar. Den festgestellten Einschränkungen wurde bei der Umschreibung der zumutbaren adaptierten Tätigkeit hinreichend Rechnung getragen. Soweit organische Schäden ■ wie z.B. ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom ■ fehlen, darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. dazu etwa Urteile des Bundesgerichts 9C\_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1, 8C\_290/2011 vom 13. September 2011 E. 5.3 sowie 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2).

Der Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ vertritt die Auffassung, dass die Beschwerdeführerin gar nicht mehr arbeiten könne. Daraus kann sie aber nichts zu ihren Gunsten ableiten. Einerseits ist der Unterschied zwischen Behandlungs- und Begutachtungsauftrag zu beachten: Die blosser Berufung auf abweichende Stellungnahmen behandelnder Ärzte ist nicht geeignet, Zweifel am Beweiswert unabhängiger fachärztlicher Expertisen aufkommen zu lassen (Urteile des Bundesgerichts 8C\_619/2016 vom 17. November 2016 E. 4.2.3 und 9C\_668/2015 vom 17. Februar 2016 E. 3). Andererseits bringt Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinen eher knappen Berichten (die nicht mit einem ausführlichen Gutachten verglichen werden können) keine objektiven Gesichtspunkte vor, welche im Gutachten nicht gewürdigt wurden und andere Schlussfolgerungen nahelegen (s. a.a.O.); auch in seinen nach der Begutachtung ergangenen Stellungnahmen beschränkt er sich vielmehr darauf, auf die «polytopen Schmerzen» hinzuweisen.

Dr. med. I.\_\_\_\_ wiederum übt zwar detailliertere Kritik am P.\_\_\_\_ -Gutachten, welche indes nicht durchdringt:

·Die Experten verfügten über die Akten der Beschwerdegegnerin (s. IV-Nr. 205 S. 1). Wie das Gutachten zeigt, war es ihnen möglich, sich ein Bild von der Vorgeschichte einschliesslich der verschiedenen Unfälle zu machen. Dr. med. I.\_\_\_\_ nennt denn auch keine konkreten Berichte, welche unbeachtet blieben und eine andere Perspektive auf den Fall eröffnet hätten (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_821/2009 vom 22. März 2010 E. 4.3 und 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2).

·Richtig ist, dass die Diagnosen der einzelnen Gutachter in der Gesamtbeurteilung nicht nochmals zusammengefasst wurden. Dies schadet aber nichts, denn das Gutachten enthält eine Konsensbeurteilung, welche auf diesen Diagnosen beruht (IV-Nr. 205 S. 43).

·Der Einwand, die Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und dem Verhalten während der Begutachtung werde nicht erläutert, ist unzutreffend, denn die Gutachter hielten die entsprechenden Diskrepanzen und Inkonsistenzen jeweils fest (s. IV-Nr. 205 S. 22 / 23 / 26 / 32 / 33).

·Dr. med. I.\_\_\_\_ kritisiert zwar die Studie Schrader, welche im Gutachten zitiert wird, nennt aber keine Studien mit anderen Resultaten oder Literatur, welche die Studie Schrader anzweifelt. Im Übrigen kann man nicht sagen, das Gutachten beruhe allein auf dieser fraglichen Studie, sondern es wurden die konkreten Untersuchungsergebnisse gewürdigt.

·Ob die frühere Tätigkeit der Beschwerdeführerin dem Zumutbarkeitsprofil entspricht, kann offen bleiben. Selbst wenn man zu ihren Gunsten davon ausginge, dass sie auf eine angepasste Alternativtätigkeit ausweichen müsste, würde dies am Ergebnis nichts ändern (s. E. II. 4.3 hiernach).

Was die Entwicklung nach der Begutachtung angeht, so erbrachte die Untersuchung der Wirbelsäule anlässlich der psychiatrischen Hospitalisation im Jahr 2015 keine neuen Erkenntnisse. Andererseits unterzog sich die (rechtshändige) Beschwerdeführerin 2014 einem Eingriff an der linken Hand. Dadurch wird sie indes gemäss den Dres. K.\_\_\_\_ und T.\_\_\_\_ in ihrer Funktion nicht eingeschränkt, da das Operationsergebnis gut ausgefallen sei. Aber selbst wenn man Dr. med. W.\_\_\_\_ folgt und annimmt, die linke (Zudien-)Hand dürfe nicht repetitiv belastet werden, so würde dies am Ergebnis nichts ändern (s. E. II. 4.3 hiernach).

3.5.2 Bei der Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes ist ebenfalls auf das Gutachten abzustellen. Für eine psychiatrische Beurteilung ist die klinische Untersuchung mit Erfassung der Symptome und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend (Urteil des Bundesgerichts 8C\_756/2016 vom 29. Dezember 2016 E. 3.3.2). Die vom Experten gestellten Diagnosen, namentlich diejenige einer bloss leichtgradigen depressiven Episode, sind vor dem Hintergrund des erhobenen Psychostatus nachvollziehbar. Die abweichende Beurteilung durch Dr. med. J.\_\_\_\_ vermag die Beweiskraft des Gutachtens nicht zu schmälern. Eine psychiatrische Exploration kann von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_550/2016 vom 30. Dezember 2016 E. 4.1 und 8C\_839/2013 vom 13. März 2014 E. 4.2.2.1). Von einer psychiatrischen Administrativ-

oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare ■ also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende ■ Gesichtspunkte vorbringen, welche im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). Dies ist hier nicht der Fall. Dr. med. J.\_\_\_\_ beschränkt sich in seiner Stellungnahme vom 2. Mai 2014 im Wesentlichen darauf, an seiner vor dem Gutachten abgegebenen Einschätzung festzuhalten und die entsprechenden Befunde zu wiederholen. Er vermag dem psychiatrischen Experten keine spezifischen methodischen Fehler nachzuweisen. Wenn er schreibt, man müsse davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin während einer vorübergehenden Aufhellung zwischen zwei depressiven Phasen begutachtet worden sei, so ist dies eine blosser Vermutung, welche kein Gewicht beanspruchen kann; als behandelnder Psychiater, der die Beschwerdeführerin zweimal im Monat sieht, sollte er indes angeben können, ob sie wirklich gerade während einer kurzen Verbesserung ihres Zustandes begutachtet wurde.

Aus der Entwicklung nach dem Gutachten ergibt sich nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin. Zwar wurde sie 2015 wegen einer schweren depressiven Episode hospitalisiert, welche indes gemäss Austrittsbericht auf die Behandlung ansprach und remittierte. Damit fehlt es insoweit an einer andauernden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Andererseits wurde damals auch die Diagnose einer PTBS gestellt. Diese überzeugt jedoch nicht. Das angebliche traumatische Ereignis datiert von 2011, also noch vor dem Gutachten. Dort wurde eine PTBS ausdrücklich verworfen. Auch Dr. med. J.\_\_\_\_ sprach vor 2015 nie von einer solchen Störung, obwohl sich die Beschwerdeführerin in dieser ganzen Zeit bei ihm in Behandlung befand. Wenn sie darauf hinaus will, die einschlägigen Symptome wie Flashbacks seien erst 2015 aufgetreten, so ist ihr zu entgegen, dass nach ICD-10 die Latenzzeit zwischen der initialen Belastung und dem Auftreten der Störung in aller Regel nicht mehr als sechs Monate beträgt (BGE 142 V 342 E. 5.2.2 S. 347). Die Einschätzung von Dr. med. K.\_\_\_\_, welche eine PTBS als nicht plausibel bezeichnet, verdient daher Zustimmung. Der Einwand, sie sei keine Psychiaterin, ist unbehelflich, da die RAD-Ärztin hier keinen Bericht über eine eigene Untersuchung im Sinne von Art. 49 Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) erstellt hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_643/2016 vom 18. Januar 2017 E. 4.3).

Ins Leere geht der Hinweis auf BGE 141 V 281. Da das P.\_\_\_\_ -Gutachten weder eine somatoforme Schmerzstörung noch ein anderes psychosomatisches Leiden diagnostiziert, erübrigt es sich, die Arbeitsfähigkeit anhand der Indikatoren gemäss diesem Entscheid zu prüfen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_469/2016 vom 22. Dezember 2016 E. 5.3).

3.5.3 Zusammenfassend ist erstellt, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, eine körperlich leichte, wechselbelastende oder überwiegend sitzende Tätigkeit ganztägig ohne Leistungseinbusse ausüben könnte. Hohe Steh- und Gehbelastungen, das Arbeiten auf Leitern und Gerüsten sowie eine repetitive Belastung der linken Hand sind zu vermeiden.

3.5.4 Was den massgeblichen Vergleichszeitpunkt angeht, so sind im vorliegenden Fall die aktuellen Feststellungen zum Gesundheitszustand mit den ärztlichen Stellungnahmen zu vergleichen, auf denen die ursprüngliche Rentenverfügung vom 30. August 2004 beruhte. Die in der Zwischenzeit erfolgte Bestätigung der Rente ist unerheblich: Dort wurden nur Berichte der behandelnden Klinik eingeholt und gestützt darauf eine rentenwirksame Änderung verneint (s. Urteile des Bundesgerichts 8C\_815/2011 vom 7. Februar 2012

E. 3.3.1 sowie 9C\_701/2011 vom 3. Februar 2012 E. 2.2).

Die Beschwerdeführerin wendet ein, es sei seit der Rentenzusprache gar keine gesundheitliche Verbesserung eingetreten. Dem kann indes nicht gefolgt werden. Wohl heisst es im P.\_\_\_\_-Gutachten ausdrücklich, es habe gar nie eine gesundheitsbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden, was eine revisionsrelevante Verbesserung natürlich ausschliessen würde. Diese Einschätzung beruht jedoch nicht auf einem Vergleich zwischen dem damaligen und dem aktuellen Gesundheitszustand, weshalb ihr keine Bedeutung zukommt. Entscheidend ist vielmehr, dass die im P.\_\_\_\_-Gutachten erhobenen Befunde deutlich weniger ausgeprägt sind als diejenigen, welche vor der Rentenzusprache im Jahr 2004 erhoben wurden. So ist auf der somatischen Seite das damalige Zervikalsyndrom mit Bewegungseinschränkung nicht mehr fassbar, wie Dr. med. K.\_\_\_\_ zutreffend festhält. Zudem ist im P.\_\_\_\_-Gutachten neu von Diskrepanzen zwischen der Beschwerdeschilderung und dem Verhalten während der Untersuchung die Rede, was seinerzeit, im Gutachten der B.\_\_\_\_, noch nicht der Fall war. In psychiatrischer Hinsicht wiederum legt Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 4. Dezember 2009 schlüssig dar, dass eine effektive gesundheitliche Verbesserung eingetreten ist. So ist z.B. die Psychomotorik weniger reduziert, das Gesprächsverhalten spontaner und die Affektmodulation besser. Vor diesem Hintergrund ist der Weg frei für eine umfassende revisionsweise Überprüfung der Rente.

#### **E. 4**

4.1 Für den Einkommensvergleich ist im Fall einer Revision auf den Zeitpunkt abzustellen, in dem die Rente aufgehoben wurde (Urteil des Bundesgerichts 9C\_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass zu berücksichtigen.

Im vorliegenden Fall steht eine Aufhebung der Rente im Jahr 2016 zur Diskussion, doch ist der Einkommensvergleich mangels neuerer statistischer Zahlen per 2012 vorzunehmen.

4.2 Beider Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was er bestenfalls erzielen könnte (BGE 131 V 51E. 5.1 S. 53). In der Regel wird am letzten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58E. 3.1 S. 59 und E. 3.4.6 S. 64 f.).

Bei der Rentenzusprache am 30. August 2004 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin per 1998 ein jährliches Valideneinkommen von CHF 48'000.00 erzielt hätte (IV-Nr. 72 S. 4). Angepasst an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmerinnen im Bereich Handel bis 2012 (s. unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch), Lohnentwicklung, Tabellen T1.2.93 lit. G + H [1998: 105,6 Indexpunkte / 2010: 127,2] sowie T1.2.10 lit. G Ziff. 45 ■ 47 [2010: 100,0 Indexpunkte / 2012: 102,7]) ergibt sich so ein Betrag von CHF 59'379.00.

4.3.1 Für die Frage, ob die ärztlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit verwertet werden kann, ist von einem ausgeglichenen, d.h. von den konjunkturellen Verhältnissen abstrahierten Arbeitsmarkt auszugehen, der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich

leichter und intellektuell weniger anspruchsvoller, Arbeitsplätze bereithält (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Da es sich hierbei um eine theoretische Grösse handelt, kann eine Unverwertbarkeit der verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht leichthin angenommen werden. An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Andererseits darf zwar nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst indes auch sog. Nischenarbeitsplätze, also Stellenangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C\_324/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.1).

Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich; s. BGE 107 V 17 E. 2c S. 21 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_324/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.2).

Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 461 f.), was dann der Fall ist, wenn die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (a.a.O., E. 3.4 S. 462). Dies trifft hier spätestens mit dem Bericht von Dr. med. W. \_\_\_ vom 25. September 2015 zu, als auch über den Zustand der Hände Klarheit bestand. In diesem Monat war die Beschwerdeführerin soeben 61 Jahre alt geworden und hatte noch eine Aktivitätsdauer von drei Jahren vor sich. Einfache, ungelernete Hilfsarbeiten, welche keine besondere Erfahrung voraussetzen und keine längere Einarbeitung erfordern, werden jedoch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. Der Beschwerdeführerin sind leichte wechselstellige Arbeiten ohne repetitive Belastung der linken Hand bei voller Präsenzzeit ohne Leistungseinbusse zumutbar. Das Zumutbarkeitsprofil ist somit nicht derart eingeschränkt, dass es schlechterdings keine realistischen Einsatzmöglichkeiten mehr gibt, Stellen dieser Art sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vielmehr durchaus zu finden (s. Urteil des

Bundesgerichts 8C\_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.3.2, mit Hinweisen). Denkbar sind z.B. Sortier- oder Kontrollarbeiten (a.a.O., E. 4.3.3); im Übrigen dürfen an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten keine übermässigen Anforderungen gestellt werden (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2008 vom 23. März 2009 E. 4.2.5).

Zusammenfassend kann angesichts der relativ hohen Hürden, welche für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen gelten, nicht gesagt werden, der Beschwerdeführerin fehle der Zugang zum Arbeitsmarkt.

4.3.3 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen, um besonderen beruflichen oder persönlichen Umständen einer versicherten Person wie leidensbedingte Einschränkung, Alter, Nationalität oder Beschäftigungsgrad Rechnung zu tragen, welche sich erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79). Ein Abzug ist namentlich dann am Platz, wenn eine Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (a.a.O., E. 5a/bb S. 78). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen (a.a.O., E. 5b/bb S. 80).

Im vorliegenden Fall würde sich auch dann nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin ergeben, wenn man den maximalen Abzug von 25 % gewährt. Bei einem entsprechenden anrechenbaren Invalideneinkommen von CHF 38'581.00 resultierte gemessen am Valideneinkommen ein Invaliditätsgrad von 35,02 %, der keinen Rentenanspruch mehr begründet. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Rente zu Recht revisionsweise aufgehoben.

5. 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).

Die Beschwerdeführerin war im massgeblichen Zeitpunkt, als die rentenaufhebende Verfügung erging (s. dazu a.a.O. E. 4.2.1 S. 7 f.), 61 Jahre alt. Sie gehört indes zu der Kategorie von Versicherten, denen trotz des fortgeschrittenen Alters ausnahmsweise eine sofortige Selbsteingliederung zumutbar ist, nachdem sie seit etlichen Jahren in [...] als Sängerin aktiv ist. Ob sie auf diese Weise Einnahmen erzielt hat, kann offen bleiben. Entscheidend ist nämlich, dass sie damit ihre Initiative, Anpassungsfähigkeit, Gewandtheit und Agilität unter Beweis gestellt hat. Diese Eigenschaften werden es ihr auch ermöglichen,

aus eigener Kraft eine passende Arbeit zu finden und sich wieder ins Erwerbsleben zu integrieren (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3). Der Einwand der Beschwerdeführerin, sie betreibe das Singen nur als Hobby mit ein paar wenigen Auftritten, entspricht nicht den Tatsachen. Die Recherche auf YouTube ergibt vielmehr neben Aufzeichnungen diverser Auftritte (z.B. die Titel [...], [...] oder [...]) auch ein professionelles Musikvideo aus dem Jahr 2013 [...]). Dies zeigt, dass die Beschwerdeführerin einigen Aufwand in ihre Gesangskarriere investiert und damit einen gewissen Erfolg hat, so dass nicht mehr von einer reinen Freizeitbeschäftigung gesprochen werden kann.

6. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen.

7. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu.

Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

8. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. 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 Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es werden keine Parteientschädigungen zugesprochen.

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

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**

Bei der Ermittlung des hypothetisch erzielbaren Valideneinkommens ist entscheidend, was der Versicherte nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ohne Gesundheitsschaden tatsächlich verdient hätte und nicht, was er bestenfalls erzielen könnte ( BGE 131 V 51 E. 5.1 S. 53). In der Regel wird am letzten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein ( BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und E. 3.4.6 S. 64 f.). Bei der Rentenzusprache am 30. August 2004 ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin per 1998 ein jährliches Valideneinkommen von CHF 48'000.00 erzielt hätte (IV-Nr. 72 S. 4). Angepasst an die Nominallohnentwicklung für Arbeitnehmerinnen im Bereich Handel bis 2012 (s. unter [www.bfs.admin.ch](http://www.bfs.admin.ch) , Lohnentwicklung, Tabellen T1.2.93 lit. G + H [1998: 105,6 Indexpunkte / 2010: 127,2] sowie T1.2.10 lit. G Ziff. 45 – 47 [2010: 100,0 Indexpunkte / 2012: 102,7) ergibt sich so ein Betrag von CHF 59'379.00.

## **E. 4.3**

4.3.1 Für die Frage, ob die ärztlich bescheinigte Arbeitsfähigkeit verwertet werden kann, ist von einem ausgeglichenen, d.h. von den konjunkturellen Verhältnissen abstrahierten Arbeitsmarkt auszugehen, der ein gewisses Gleichgewicht zwischen Angebot und Nachfrage an Stellen beinhaltet und einen Fächer verschiedenartiger, auch körperlich leichter und intellektuell weniger anspruchsvoller, Arbeitsplätze bereithält (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276). Da es sich hierbei um eine theoretische Grösse handelt, kann eine Unverwertbarkeit der verbliebenen Leistungsfähigkeit nicht leichthin angenommen werden. An der Massgeblichkeit des theoretisch ausgeglichenen Arbeitsmarktes vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass es für die versicherte Person im Einzelfall schwierig oder gar unmöglich ist, auf dem tatsächlichen Arbeitsmarkt eine entsprechende Stelle zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Andererseits darf zwar nicht von realitätsfremden Einsatzmöglichkeiten ausgegangen werden. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt umfasst indes auch sog. Nischenarbeitsplätze, also Stellenangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann dort nicht gesprochen werden, wo die zumutbare Tätigkeit nur in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 8C\_324/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.1). Das fortgeschrittene Alter wird, obgleich an sich ein invaliditätsfremder Faktor, in der Rechtsprechung als Kriterium anerkannt, welches zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischerweise nicht mehr nachgefragt wird, und dass ihr deren Verwertung auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zumutbar ist. Der Einfluss des Lebensalters auf die Möglichkeit, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, lässt sich nicht nach einer allgemeinen Regel bemessen, sondern hängt ab von den Umständen, die mit Blick auf die Anforderungen der Verweisungstätigkeiten massgebend sind (beispielsweise Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen; absehbarer Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur,

vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich; s. BGE 107 V 17 E. 2c S. 21 sowie Urteil des Bundesgerichts 8C\_324/2016 vom 25. Juli 2016 E. 4.2.2). Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit abzustellen (BGE 138 V 457 E. 3.3 S. 461 f.), was dann der Fall ist, wenn die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (a.a.O., E. 3.4 S. 462). Dies trifft hier spätestens mit dem Bericht von Dr. med. W. \_\_\_ vom 25. September 2015 zu, als auch über den Zustand der Hände Klarheit bestand. In diesem Monat war die Beschwerdeführerin soeben 61 Jahre alt geworden und hatte noch eine Aktivitätsdauer von drei Jahren vor sich. Einfache, ungelernte Hilfsarbeiten, welche keine besondere Erfahrung voraussetzen und keine längere Einarbeitung erfordern, werden jedoch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich altersunabhängig nachgefragt. Der Beschwerdeführerin sind leichte wechselstellige Arbeiten ohne repetitive Belastung der linken Hand bei voller Präsenzzeit ohne Leistungseinbusse zumutbar. Das Zumutbarkeitsprofil ist somit nicht derart eingeschränkt, dass es schlechterdings keine realistischen Einsatzmöglichkeiten mehr gibt, Stellen dieser Art sind auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt vielmehr durchaus zu finden (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_345/2013 vom 10. September 2013 E. 4.3.2, mit Hinweisen). Denkbar sind z.B. Sortier- oder Kontrollarbeiten (a.a.O., E. 4.3.3); im Übrigen dürfen an die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten keine übermässigen Anforderungen gestellt werden (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_971/2008 vom 23. März 2009 E. 4.2.5). Zusammenfassend kann angesichts der relativ hohen Hürden, welche für die Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit älterer Menschen gelten, nicht gesagt werden, der Beschwerdeführerin fehle der Zugang zum Arbeitsmarkt. 4.3.2 Da die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht, ist für das Invalideneinkommen die statistischen Durchschnittslöhne aus der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE 2012) heranzuziehen (BGE 126 V 75 E. 3b S. 76 f.). Dabei ist auf die Tabelle TA1\_tirage\_skill\_level, Kompetenzniveau 1 (einfache Tätigkeiten) abzustellen, bezogen auf den gesamten privaten Sektor (vgl. Urteil des Bundessgerichts 8C\_717/2014 vom 30. November 2015 E. 5.1): Die Beschwerdeführerin ist im Lichte der Schadensminderungspflicht gehalten, ihre verbleibende Arbeitskraft in sämtlichen ihr gesundheitlich zumutbaren und von ihren Fähigkeiten her möglichen Arbeitssegmenten zur Verfügung zu stellen und bei gegebener Möglichkeit auch tatsächlich zu verwerten. Eine Arbeitnehmerin verdiente im Jahr 2012 in diesem Segment des Arbeitsmarktes durchschnittlich CHF 4'112.00 pro Monat. Dieser Tabellenlohn beruht auf einer wöchentlichen Arbeitszeit von 40 Stunden und ist auf die betriebsübliche durchschnittliche Arbeitszeit aufzurechnen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_422/2015 vom 7. Dezember 2015 E. 3.3), d.h. im Jahr 2012 41,7 Stunden (Die Volkswirtschaft 9/2014, S. 84, Tabelle B 9.2 lit. A - S). Auf diese Weise ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 51'441.00. 4.3.3 Praxisgemäss ist es beim Invalideneinkommen zulässig, vom nach Tabellenwerten ermittelten Durchschnittslohn Abzüge von bis zu 25 % vorzunehmen, um besonderen beruflichen oder persönlichen Umständen einer versicherten Person wie leidensbedingte Einschränkung, Alter, Nationalität oder Beschäftigungsgrad Rechnung zu tragen, welche sich erfahrungsgemäss auf die Lohnhöhe auswirken können (BGE 126 V 75 E. 5a/cc S. 78 und E. 5b S. 79). Ein Abzug ist namentlich dann am Platz, wenn eine Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit

eingeschränkt ist (a.a.O., E. 5a/bb S. 78). Was die Höhe des Abzugs angeht, so ist nicht für jedes in Betracht fallende Merkmal separat eine Reduktion vorzunehmen, weil damit Wechselwirkungen ausgeblendet würden; vielmehr ist der Einfluss aller Merkmale auf das Invalideneinkommen unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen (a.a.O., E. 5b/bb S. 80). Im vorliegenden Fall würde sich auch dann nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin ergeben, wenn man den maximalen Abzug von 25 % gewährt. Bei einem entsprechenden anrechenbaren Invalideneinkommen von CHF 38'581.00 resultierte gemessen am Valideneinkommen ein Invaliditätsgrad von 35,02 %, der keinen Rentenanspruch mehr begründet. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Rente zu Recht revisionsweise aufgehoben. 5. 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). Die Beschwerdeführerin war im massgeblichen Zeitpunkt, als die rentenaufhebende Verfügung erging (s. dazu a.a.O. E. 4.2.1 S. 7 f.), 61 Jahre alt. Sie gehört indes zu der Kategorie von Versicherten, denen trotz des fortgeschrittenen Alters ausnahmsweise eine sofortige Selbsteingliederung zumutbar ist, nachdem sie seit etlichen Jahren in [...] als Sängerin aktiv ist. Ob sie auf diese Weise Einnahmen erzielt hat, kann offen bleiben. Entscheidend ist nämlich, dass sie damit ihre Initiative, Anpassungsfähigkeit, Gewandtheit und Agilität unter Beweis gestellt hat. Diese Eigenschaften werden es ihr auch ermöglichen, aus eigener Kraft eine passende Arbeit zu finden und sich wieder ins Erwerbsleben zu integrieren (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts 9C\_68/2011 vom 16. Mai 2011 E. 3.3). Der Einwand der Beschwerdeführerin, sie betreibe das Singen nur als Hobby mit ein paar wenigen Auftritten, entspricht nicht den Tatsachen. Die Recherche auf YouTube ergibt vielmehr neben Aufzeichnungen diverser Auftritte (z.B. die Titel [...], [...] oder [...]) auch ein professionelles Musikvideo aus dem Jahr 2013 [...]. Dies zeigt, dass die Beschwerdeführerin einigen Aufwand in ihre Gesangskarriere investiert und damit einen gewissen Erfolg hat, so dass nicht mehr von einer reinen Freizeitbeschäftigung gesprochen werden kann. 6. Zusammenfassend stellt sich die Beschwerde als unbegründet heraus und wird abgewiesen. 7. Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). 8. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. 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 Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 verrechnet.

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