

SO_GERICHTE VSBES.2019.2 vom 21. November 2018

SO Obergericht, 2018-11-21, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.2

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.2 du 21 novembre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.2 del 21 novembre 2018

Erwägungen

E. 5

Juni 2019 einreichen (A.S. 58 ff.). 8. Die Beschwerdeführerin lässt mit Eingabe vom 23. Juli 2019 den Bericht der I.____, vom selben Datum zu den Akten reichen und eine Sistierung des Verfahrens bis zum Eintreffen des Berichts von Dr. med. J.____ beantragen (A.S. 61 f.). Der erwähnte Bericht wurde bis dato nicht eingereicht. 9. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Gemäss Art. 53 Abs. 2 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder einen Einspracheentscheid zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Ein Zurückkommen auf eine rechtskräftige Verfügung unter diesem Rechtstitel setzt Unvertretbarkeit der darauf beruhenden Leistungszusprechung vor dem Hintergrund der damaligen Sach- und Rechtslage voraus (Urteil des Bundesgerichts 9C_816/2013 vom 20. Februar 2014 E. 1.1 mit Hinweis). Zweifelloser Unrichtigkeit meint, dass kein vernünftiger Zweifel an der (von Beginn weg bestehenden) Unrichtigkeit der Verfügung möglich, also einzig dieser Schluss denkbar ist. Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprechung aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt war oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt wurden. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darbot, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus (Urteil des Bundesgerichts 8C_525/2017 vom 30. August 2018 E. 7.1). Qualifiziert unrichtig ist die Verfügung auch, wenn ihr ein unvollständiger Sachverhalt zugrunde liegt, so wenn eine klare Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes dazu führt, dass die Invaliditätsbemessung nicht auf einer nachvollziehbaren ärztlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit beruht. Die Berichtigung einer Verfügung ist bei periodischen Dauerleistungen regelmässig von erheblicher Bedeutung (Urteil des Bundesgerichts 9C_546/2015 vom 24. März 2016 E. 2.2.1). 2.2 Die Voraussetzungen der Wiedererwägung sind nach der Aktenlage zu beurteilen, wie sie sich im Zeitpunkt des Erlasses der ursprünglichen Verfügung dargeboten hat (Urteil des Bundesgerichts 8C_347/2011 vom 11. August 2011 E. 4.1 mit Hinweisen). 3. In einem ersten Schritt ist zu prüfen, ob die Voraussetzungen der wiedererwägungsweisen Aufhebung gegeben sind. Dazu ist die Aktenlage, wie sie sich im Zeitpunkt der

ursprünglichen Verfügung, am 15. Oktober 2001, dargestellt hat, zu beurteilen. Die relevante medizinische Situation präsentierte sich wie folgt: 3.1 3.1.1 Am 16. Dezember 1999 erfolgte bei der Beschwerdeführerin aufgrund der Diagnose Residuelle Pfannendysplasie bds. eine Periacetabuläre Osteotomie (PAO) links, d.h. eine operative Behandlung der fehlgeformten Hüftgelenkspfanne, was einen stationären Aufenthalt vom 15. bis 31. Dezember 1999 zur Folge hatte (IV-Nr. 13 S. 14 f.). Anlässlich der Untersuchung vom 9. Februar 2000 klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen im Operationsgebiet und Leistenschmerzen (IV-Nr. 13 S. 9). Die Röntgenaufnahme zeigte im Vergleich zu den postoperativen Aufnahmen eine Dislokation des acetabulären Fragmentes mit Repositionsverlust, vor allem der Vorderwand und vermehrter lateraler Überdachung. Ebenfalls erkennbar waren gebogene Schrauben. Am 17. Februar 2000 (IV-Nr. 13 S. 5 und S. 10) wurde eine Korrektur der Acetabulumstellung vorgenommen, weshalb die Beschwerdeführerin vom 16. Februar bis 1. März 2000 erneut hospitalisiert war (IV-Nr. 13 S. 8). Aufgrund vermehrter Schmerzen wurde die Beschwerdeführerin am 22. März 2000 bereits wieder im E. ___ vorstellig (IV-Nr. 13 S. 10). Es wurden eine etwas indurierte Operationsnarbe festgestellt sowie Hyperästhesien lateral der Narbe. Eine schmerzfreie Flexion war bis 60° möglich, die Ab- und Adduktion war deutlich eingeschränkt. Eine Röntgenaufnahme des Beckens ap zeigte eine im Vergleich zu den intraoperativen Aufnahmen leichte Inlet-Aufnahme. Das Osteosynthesematerial befand sich unverändert in situ. Eine Redislokation des Fragmentes hatte nicht stattgefunden. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 12. April 2000 teilte die Beschwerdeführerin mit, die Beschwerden hätten im Vergleich zur letzten Kontrolle abgenommen (IV-Nr. 13 S. 11). Zum Röntgenbefund des Beckens ap wurde festgehalten, das Osteosynthesematerial befinde sich unverändert in situ. Es habe keine Redislokation des Fragmentes stattgefunden. Langsam beginnende Anzeichen der Konsolidation. Der Verlauf nach Revision und Korrektur der Acetabulumstellung wurde als regelrecht bezeichnet. Die Röntgenkontrolle zeigte indessen noch keine vollständige Konsolidation. Am 10. Mai 2000 berichtete die Beschwerdeführerin über regrediente nächtliche Schmerzen und beim Sitzen venterolateral der linken Hüfte (IV-Nr. 13 S. 12). Zum Röntgenbefund des Beckens ap, Hüfte links Fauxprofil wurde festgehalten, im Vergleich zu den Vorbildern vom 12. April 2000 fänden sich identische Stellungsverhältnisse. Das Metall befinde sich in situ. Es bestünden deutliche Zeichen der Konsolidation. Der Verlauf wurde als regelrecht beurteilt mit zunehmender Konsolidation der Osteotomien. Anlässlich der Verlaufskontrolle vom 21. Juni 2000 zeigte man sich von ärztlicher Seite her zufrieden mit dem Verlauf und stellte eine sowohl subjektive wie auch objektive Besserung fest (IV-Nr. 13 S. 7). Vom 20. November bis Dezember 2000 folgte eine weitere Hospitalisation aufgrund einer PAO rechts infolge einer diagnostizierten Hüftdysplasie rechts (IV-Nr. 13 S. 5).

3.1.2 Dr. med. D. ___ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin eine Hüftgelenkspfannendysplasie bds., die sie als für die Arbeitsfähigkeit relevant erachtete (Bericht vom 8. Januar 2001; IV-Nr. 13 S. 1 ff.). Als die Arbeitsfähigkeit nicht tangierend stufte sie das rezidivierende, belastungsunabhängige, myofasziale Schmerzsyndrom der rechten oberen Extremität ein. Die Rheumatologin attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit dem 3. März 1999 bis aktuell. Den Gesundheitszustand erachtete sie als besserungsfähig. Ebenfalls war sie der Meinung, die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Ob berufliche Massnahmen angezeigt seien, könne sie noch nicht beurteilen. Dr. med. D. ___ verwies auf Prof. Dr. med. K. ___ vom E. ___ für weitere Auskünfte bezüglich Prognose. Gegenüber der Rheumatologin beschrieb

die Beschwerdeführerin Schmerzen vor der Operation in der Hüftregion bis in den Rücken links und in den Oberschenkel ausstrahlend, belastungsabhängig verstärkt. Schliesslich Generalisierung der Schmerzen, Kopfschmerzen und Ohnmachtsanfälle. Aktuell bestünden postoperativ noch belastungsabhängige Schmerzen im rechten Hüftgelenk. Zur Prognose führte Dr. med. D. ___ aus, nach der Operation im November sei eine mehrmonatige Rekonvaleszenz-Phase zu erwarten. Danach sei hoffentlich eine mindestens partielle Wiederaufnahme der Arbeit möglich.

3.1.3 Seitens des E. ___ wurde mit Bericht vom 11. Mai 2001 die residuelle Pfannendysplasie bds. als für die Arbeitsfähigkeit relevant bezeichnet und konkretisierend festgehalten, es handle sich dabei um eine Spätkomplikation eines Geburtsleidens (IV-Nr. 17). Für die Tätigkeit als Magazinerin wurde der Beschwerdeführerin ab dem 15. Dezember 1999 bis auf weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Sie erachteten den Gesundheitszustand als besserungsfähig und berufliche Massnahmen für angezeigt. Zur Befunderhebung wurde festgehalten, es bestehe eine Abduktorenschwäche rechts sowie ein dorsales Impingementzeichen rechts, und zur Prognose wurde erklärt, es bestehe zurzeit eine prolongierte Rehabilitation. Was die bisherige Tätigkeit betreffe, so ist dem Bericht zu entnehmen, dass aus ärztlicher Sicht eine Einschränkung der Gehfähigkeit resultiere, die eine Arbeit als Lageristin wahrscheinlich verunmöglichen werde. Eventuell sei die bisherige Tätigkeit in reduziertem Umfang noch zumutbar, dazu könne aber derzeit noch nichts gesagt werden. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Im Hinblick auf mögliche Eingliederungsmassnahmen wurde empfohlen, den weiteren Rehabilitationsverlauf abzuwarten. Eine angepasste Verweistätigkeit wurde von ärztlicher Seite her als zumutbar erachtet, dies in Form einer mehrheitlich sitzenden Tätigkeit, die einen lockeren Wechsel zur stehenden Beschäftigung ermögliche. Der zumutbare zeitliche Rahmen einer solchen adaptierten Tätigkeit konnte in diesem Zeitpunkt noch nicht festgelegt werden, ebenso wenig die Beurteilung der Leistungsfähigkeit. Eine Nachkontrolle der Beschwerdeführerin wurde für den Herbst vorgesehen.

3.2 Die Rheumatologin Dr. med. D. ___ hatte wie erwähnt den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin anfangs Januar 2001 als besserungsfähig beurteilt und war zudem der Meinung, die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Sie schloss ihren Bericht mit der Prognose, nach der Operation im November sei eine mehrmonatige Rekonvaleszenz-Phase zu erwarten, danach sei hoffentlich eine mindestens partielle Wiederaufnahme der Arbeit möglich. Dr. med. D. ___ verdeutlichte damit an mehreren Stellen in ihrem Bericht, dass der Genesungszustand der Beschwerdeführerin noch nicht abgeschlossen und der Gesundheitszustand demnach noch nicht final beurteilbar war. Zudem ging sie davon aus, dass nach abgeschlossenem Heilungsverlauf in der angestammten Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit äusserte sich Dr. med. D. ___ an dieser Stelle (noch) nicht. Auch die Ärzte des E. ___ waren im Mai 2001 der Auffassung, der Genesungsverlauf sei noch nicht abgeschlossen, weshalb es ihnen auch nicht möglich war, den zumutbaren Rahmen für eine adaptierte Tätigkeit zu formulieren, ebenso wenig waren sie in der Lage, die Leistungsfähigkeit zu beurteilen. Auch im Hinblick auf allfällige berufliche Massnahmen war für die Ärzte in diesem Zeitpunkt noch nicht abschätzbar, ob solche von Nutzen wären, weshalb sie empfahlen, den weiteren Rehabilitationsverlauf abzuwarten. Aufgrund der bleibend eingeschränkten Gehfähigkeit der Beschwerdeführerin gingen die Ärzte davon aus, die angestammte Tätigkeit als Lageristin werde ihr wahrscheinlich nicht mehr zumutbar sein. Genau festlegen konnten sie sich aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Genesung jedoch noch

nicht. Obwohl sich die Ärzte somit noch nicht abschliessend zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin geäußert hatten und für Herbst 2001 eine Nachkontrolle vorgesehen war, sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin im Oktober 2001 ausgehend von einem Invalideneinkommen von CHF 0.00 und damit ausgehend von einem 100%igen IV-Grad eine ganze Rente zu. Zum Zeitpunkt des Verfügungserlasses lagen jedoch keine Anhaltspunkte für eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor. Wenn im Verlaufe der Krankengeschichte die Arbeitsfähigkeit von ärztlicher Seite her beziffert wurde, dann einzig in Bezug auf die bisherige Tätigkeit als Lageristin. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde hingegen nie beziffert und von einer generellen Erwerbsunfähigkeit war nie die Rede. Vielmehr kann den Berichten von Dr. med. D. ___ und demjenigen des E. ___ entnommen werden, dass mindestens mit einer Restarbeitsfähigkeit zu rechnen war. Insgesamt erging die Verfügung vom 15. Oktober 2001 demnach aufgrund eines unvollständigen Sachverhalts, was sie rechtsprechungsgemäss zu einer qualifiziert unrichtigen Verfügung macht. Damit ist die Voraussetzung der zweifellosen Unrichtigkeit gegeben. Da es sich bei einer Rente um eine periodische Dauerleistung handelt, ist auch die Berichtigung der unrichtigen Verfügung von erheblicher Bedeutung. Insofern sind die Voraussetzungen nach Art. 53. Abs. 2 ATSG erfüllt und die Beschwerdegegnerin hat die Verfügung vom 15. Oktober 2001 zurecht wiedererwägungsweise aufgehoben.

4. 4.1 In einem zweiten Schritt ist nun zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin ihre Rentenleistungen zurecht per Ende Dezember 2018 eingestellt hat:

4.2 Bei Vorliegen der Voraussetzungen für ein wiedererwägungswises Zurückkommen auf eine formell rechtskräftige Verfügung (oder einen formell rechtskräftigen Einspracheentscheid) gilt es, mit Wirkung ex nunc et pro futuro einen rechtskonformen Zustand herzustellen (Art. 85 Abs. 2 und Art. 88 bis Abs. 2 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Die Anspruchsberechtigung und der Umfang des Anspruchs sind diesfalls pro futuro zu prüfen. Wie bei einer materiellen Revision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG muss auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts der Invaliditätsgrad im Zeitpunkt der Verfügung (oder des Einspracheentscheides) ermittelt werden. Mit Blick darauf, dass im Rahmen der Wiedererwägung die Berichtigung einer von Anfang an zweifellos unrichtigen Verfügung zur Diskussion steht, kann die Rechtsfolge nicht darin bestehen, dass der versicherten Person die bisherige Rente, ungeachtet der erkannten Mängel, belassen wird. Vielmehr ist zwecks Herstellung eines rechtmässigen Zustandes der Invaliditätsgrad diesfalls auf einer neuen, richtigen Grundlage zu ermitteln. Mit anderen Worten ist der Invaliditätsgrad diesfalls unter Zugrundelegung der bisherigen Bemessungsmethode neu festzusetzen, das heisst anhand eines Einkommensvergleichs (Urteil des Bundesgerichts 9C_358/2017 vom 2. Mai 2018 E. 4.4.1 und 4.6 mit Hinweisen).

4.3 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

4.4 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den

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

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

4.6 Einem ärztlichen Bericht kommt Beweiswert zu, wenn er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation einleuchtet und wenn die Schlussfolgerungen des Arztes begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). Dieser muss über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügen (Urteil des Bundesgerichts 9C_415/2017 vom 21. September 2017 E. 3.1 mit Hinweisen). Gutachten von externen Spezialärzten, die im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholt werden und die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteil des Bundesgerichts 8C_866/2011 vom 27. März 2012 E. 4.2 mit Hinweisen). Ob ein Gutachten beweiskräftig ist, beurteilt sich im konkreten Einzelfall denn auch danach, ob sich gestützt darauf die rechtsrelevanten Fragen beantworten lassen oder nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C_747/2016 vom 21. Februar 2017 E. 2.2.4).

5. Ausgangslage für die Beurteilung eines allfälligen Rentenanspruchs bildet der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, wie er sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 21. November 2018 dargestellt hat. Berücksichtigt wird im Folgenden die im Verwaltungsverfahren bekannte Aktenlage. Relevant sind in diesem Zusammenhang nachfolgende Berichte:

5.1 Der Rheumatologe Dr. med. B.____, der die Beschwerdeführerin am 20. Juni 2011 untersuchte und in der Folge ein Gutachten verfasste (IV-Nr. 49), berichtete, beim Betreten seiner Arztpraxis habe die Beschwerdeführerin mit einer schmerzvermittelnden Mimik und Gestik imponiert (IV-Nr. 49 S. 9). Diese habe während der Beschwerdeschilderung angehalten. Während der klinischen Untersuchung habe die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik zugenommen und es hätten vier der fünf Waddell-Zeichen, als Hinweise auf nicht organisch abstützbare Beschwerden, nachgewiesen werden können. Phasenweise habe die Beschwerdeführerin gestöhnt,

phasenweise geseufzt, phasenweise seien die Bewegungen verlangsamt durchgeführt worden. Neben einer Normalkraft, entsprechend M5, habe die Beschwerdeführerin auf der Untersuchungsliege liegend phasenweise eine nicht Myotom bezogene Kraftabschwächung der Beine, entsprechend M3 bis M4, entwickelt. Wenn dies wirklich zutreffen würde, hiesse das konkret, dass die Beschwerdeführerin weder stehen noch gehen noch hüpfen könnte. Dies könne die Beschwerdeführerin jedoch. Phasenweise habe die Beschwerdeführerin ein unspezifisches Schonhinken des rechten Beines demonstriert, das den Charakter sofort gewechselt habe, wenn sie von einer Vorwärts- in eine Rückwärtsbewegung gewechselt habe. Dies treffe bei einem somatisch abstützbaren Hinken nicht zu. Dieses unspezifische Schonhinken könne er weder lumbogen noch coxogen noch genügend pedogen abstützen. Die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik könne er vordergründig nicht mit einem organisch-pathologischen Befund begründen. Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellt Dr. med. B.____ einzig eine Hüftdysplasie bds. (IV-Nr. 49 S. 8). Das chronische, generalisierte Schmerzsyndrom, das Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in die Extremitäten und in den Kopf sowie die diffuse idiopathische skelettale Hyperostose in Status nascendi erachtete Dr. med. B.____ als die Arbeitsfähigkeit nicht tangierend. Die Arbeitsfähigkeit war aus seiner Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin sowie für die frühere berufliche Tätigkeit als Lageristin, wie sie im Zeitraum von 1988 bis 1990 ausgeübt worden sei, seit März 1999 vollständig eingeschränkt (IV-Nr. 49 S. 18 f.). Auch künftig rechne er für derartige berufliche Tätigkeiten nicht mehr mit einer Arbeitsfähigkeit. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil konnte er, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit formulieren. Für eine angepasste Verweistätigkeit konnte er ebenfalls zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formulieren. Für eine angepasste Verweistätigkeit konnte er hingegen eine zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit im Zeitraum von Dezember 1999 bis und mit dem Ende nach der postoperativen Rehabilitationsphase nach der zweiten Hüftoperation links, und damit bis spätestens Ende Juli 2000 (vgl. IV-Nr. 50 S. 1; Korrekturschreiben Dr. med. B.____ vom 25. Juni 2011), und eine erneute zeitlich limitierte Arbeitsunfähigkeit von Mitte November 2000 bis zum Ende der postoperativen Rehabilitationsphase und damit bis spätestens Mai 2001 bestätigen. Zum Tätigkeitsprofil führte Dr. med. B.____ aus, die angepasste Verweistätigkeit liege in einem temperierten Raum, beschränke sich auf körperlich leicht- bis maximal mittelgradig belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung, unter Bevorzugung der sitzenden im Vergleich zur stehenden und gehenden Körperhaltung, zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. 5.2 In ihrem Schreiben vom 18. Juni 2012 an den Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin wies Dr. med. D.____ darauf hin, die Diskrepanz zwischen der bisherigen Beurteilung der Ärzte der orthopädischen Klinik des E.____ sowie der ihrigen gegenüber derjenigen von Dr. med. B.____ liege in der Wertung des Schweregrades der von der Beschwerdeführerin geäußerten Beschwerden und damit bedingten Leistungseinschränkungen (IV-Nr. 68). Aufgrund des Verlaufes in den vergangenen zwei bis drei Jahren könne die Beschwerdeführerin nicht mehr als 100 % arbeitsunfähig eingeschätzt werden. Eine leichte, körperlich wenig belastende bzw. wechselbelastende Tätigkeit, wie sie Dr. med. B.____ schildere, wäre der Beschwerdeführerin zuzumuten, allerdings nicht zu 100 %. Medizinisch theoretisch bestehe durchaus die Möglichkeit, dass die Beschwerdeführerin eine zeitlich beschränkte Tätigkeit von etwa drei bis vier Stunden täglich in einer angepassten Form aufnehmen könnte. 5.3

Der Rheumatologe Dr. med. L.____ stellte bei der Beschwerdeführerin gestützt auf die Untersuchungen vom 11. Dezember 2012, 4. Februar 2013 und 4. März 2013 die Verdachtsdiagnose eines myofaszialen Schmerzsyndroms der Schulter rechts (IV-Nr. 90 S. 6 f.). Im Rahmen seiner Beurteilung führte er aus, die anamnestischen Angaben erlaubten aus rheumatologischer Sicht keinen Rückschluss auf eine etwaige Ätiologie der Beschwerden. In der klinischen Untersuchung finde er allenfalls Hinweise für ein myofasziales Schmerzsyndrom der rechten Schulter, druckschmerzhaftige Triggerpunkte des Musculus Trapezius rechts seien allerdings nicht mit Sicherheit zu eruieren. Ansonsten ergäben sich keine klinischen Hinweise für eine rheumatologische Ätiologie der Ganzkörperschmerzen. Labormässig bestünden ebenfalls keine Anhaltspunkte für eine rheumatologische Erkrankung. Im IV-Arztbericht vom 6. Juni 2013 hält Dr. med. L.____ fest, es liege aus seiner Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit bei fehlenden Hinweisen für eine rheumatologische Erkrankung vor (IV-Nr. 84 S. 5 ff.). Daher sei die bisherige Tätigkeit noch zumutbar, eine verminderte Leistungsfähigkeit finde sich nicht. 5.4 Der Hausarzt Dr. med. M.____ diagnostizierte bei der Beschwerdeführerin mit Bericht vom 26. August 2012 chronische Hüftschmerzen bds. seit der Operation bds., eine Depression sowie eine Meralgia als Verdachtsdiagnose. Er attestierte ihr eine 40%ige Arbeitsfähigkeit für körperlich und psychisch nicht belastende Arbeiten mit einer Hebe- und Trageeinschränkung von 5 kg (IV-Nr. 72 S. 1 ff.). Die von ihm beigelegten Berichte des E.____ vom 22. Juni 2012 (IV-Nr. 72 S. 5), 23. April 2012 (IV-Nr. 72 S. 6 ff.) und 22. März 2012 (IV-Nr. 72 S. 11) äusserten sich zur Behandlung und zu den Befunderhebungen, nicht aber zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 72 S. 5 ff.). Mit beigelegtem Bericht vom 22. März 2012 wurden seitens des E.____ die folgenden Diagnosen gestellt: ein persistierendes chronisches Schmerzsyndrom der Hüfte bds., eine Meralgia paraesthetica rechts als Verdachtsdiagnose, Hinweise auf eine milde Depression sowie Migräne. 5.5 Seitens der Beschwerdegegnerin wurde 2015 bei der Gutachterstelle C.____ eine polydisziplinäre Begutachtung der Beschwerdeführerin in den Disziplinen Innere Medizin, Orthopädie, Rheumatologie und Psychiatrie in die Wege geleitet. Die Untersuchungen fanden am 31. März und 15. April 2015 statt (IV-Nr. 117 f.), die Expertise datiert vom 12. Januar 2016 (IV-Nr. 119.1). 5.5.1 Gegenüber dem internistischen Gutachter Dr. med. N.____ klagte die Beschwerdeführerin über chronische Kopf-, Schulter-, Arm-, Ellenbogen- und Hüftschmerzen, die zu einer körperlichen Minderbelastbarkeit führten (IV-Nr. 119.1 S. 20). Aus internistischer Sicht konnten generell keine behinderungsrelevanten Auffälligkeiten entdeckt werden. Insbesondere konnte der Experte keine die beklagten Beschwerden erklärende internistische Auffälligkeit finden. Weiter hielt Dr. med. N.____ fest, auffällig sei eine deutliche Diskrepanz zwischen der reklamierten Schmerzintensität und dem unbeeinträchtigten klinischen Eindruck. Auf internistischem Gebiet bestehe somit kein Anhalt für eine Erkrankung mit eigenständigem, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigendem Effekt. 5.5.2 Anlässlich der orthopädischen Begutachtung beschrieb die Beschwerdeführerin seit 1999 bestehende Schmerzen im Bereich beider Hüften bei konnataler Hüftdysplasie (IV-Nr. 119.1 S. 21 f.). Sie sei deswegen insgesamt dreimal an den Hüftgelenken operiert worden (in den Jahren 1999 und 2000, linksseitig einmal, rechtsseitig zweimal). Linksseitig hätten sich die Beschwerden durch den Eingriff etwas verbessert, rechtsseitig seien die Beschwerden nach der Operation unverändert geblieben. Derzeit leide sie nun wieder bzw. immer noch an beidseitigen Hüftschmerzen, die im Sitzen und Liegen und nach ca. 30 Minuten Gehen im Bereich der Leistenregion nach dorsal zur LWS ausstrahlend aufträten. Auf einer Skala von 0 bis 10 klassifiziere sie den Schmerz mit

Werten von 8 bis 9, auch aktuell. Weiter habe sie zervikale Schmerzen mit Ausstrahlung in die Schultern und die rechte Hand und den linken Ellenbogen. Diese Beschwerden seien nahezu ständig vorhanden und hätten aktuell die Stärke 7 bis 8. Der orthopädische Gutachter Dr. med. O. ___ hielt im Rahmen seiner Beurteilung vorab fest, die Beschwerdeführerin beklage ein auch aktuell nahezu maximal ausgeprägtes, topisch ausgedehntes Schmerzsyndrom mit Schwerpunkt im Bereich der Hüfte und zervikal (IV-Nr. 119.1 S. 24 f.). Weiter führte er aus, in seinem klinischen Befund lasse sich eine geringgradige Funktionsstörung der Hüftgelenke nach periazetabulärer Osteotomie in den Jahren 1999 / 2000 bds. objektivieren. Auffällig sei jedoch eine Diskrepanz zwischen der anamnestisch reklamierten Schmerzintensität und dem klinischen Eindruck sowie eine Diskrepanz zwischen der spontanen Mobilität und den in den formalen Proben dargebotenen Einschränkungen, sodass zumindest hinsichtlich der behinderungsrelevanten Ausprägung der Beschwerden Zweifel bestünden und eine erhebliche Aggravation anzunehmen sei. Auch die zervikalen Befunde seien leichtgradig und in der allgemeinen Population häufig sowie ohne belegten eigenständigen Krankheitswert. Eine namhafte zervikale Strukturpathologie sei zudem nicht nachgewiesen worden. Die Beweglichkeit im Bereich beider Hüfte werde in der formalen Untersuchung eingeschränkt dargeboten, bei Untersuchung unter Ablenkung (Bauchlage) sei die Beweglichkeit jedoch altersentsprechend. Auch die bei der formalen Untersuchung dargebotene Abschwächung der Hüftbeugefunktion bds. sei bei abgelenkter Untersuchung nicht mehr objektivierbar. Ebenso fänden sich in den Transfersituationen (Sitzen, Aufstehen, Abliegen, Aufrichten) keine Anzeichen für eine gravierende Bewegungseinschränkung oder eine namhafte Schmerzbeeinträchtigung. Zusammenfassend bestehe aus orthopädischer Sicht aufgrund des postoperativen Status der Hüftgelenke allenfalls eine medizinisch-theoretische qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für schwere körperliche Arbeiten und überwiegend im Stehen und Gehen ausgeübte Tätigkeiten. Für körperlich leichte bis mittelschwere Arbeiten in wechselbelastender oder überwiegend sitzender Arbeitshaltung bestehe aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 100 % (Rendement und Pensum 100 %). Somit sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin als leidensgerecht zu bezeichnen.

5.5.3 Gegenüber dem rheumatologischen Experten Dr. med. P. ___ berichtete die Beschwerdeführerin über Beschwerden beider Hüften, die als stechender Schmerz bewegungsabhängig insbesondere beim Bücken, aber auch als Ruheschmerz auftraten. Diese Schmerzen bestünden seit ca. 15 Jahren. In der rechten Hüfte werde die Schmerzintensität nach VAS mit 2,5 / 10 - 7,5 / 10 - 10 / 10 für minimal-aktuell-maximal angegeben. An der Hüfte links werde ein Schmerz mit 0 /

E. 10

2,5 / 10 - 5 / 10 angegeben. Weiter beklagte sie Schmerzen in der Nacken- und Schulterregion bds. mit Ausstrahlung zum Kopf. Diese Beschwerden seien seit vier bis fünf Jahren langsam zunehmend. Sie fühle dort eine Schwere, ein Drücken. Die Schmerzintensität werde mit 5 / 10 - 8 / 10 - 10 / 10 angegeben. Beim maximalen Schmerz müsse sie sich erbrechen. Vom Hausarzt habe sie wiederholt Infiltrationen in dieser Region erhalten. Die Schmerzen seien dann für einige Wochen besser. Massagen und Fango würden lindern. Des Weiteren werde ein Schmerz am Ellenbogen links seit einem Jahr als stechend wechselnder Schmerz mit einer Schmerzintensität von 3 / 10 - 3 / 10 - 8 / 10 angegeben. Hier halfen eine Bandage und lokale Salbenanwendungen. Tragen von Lasten (drei bis vier Kilogramm) oder falsche Bewegungen würden den Schmerz auslösen. Eingangs seiner Ausführungen zum Untersuchungsbefund merkte Dr. med. P. ___ an, der

Gang beim Betreten und Verlassen der Untersuchungsstelle sei mit einem Gehstock, rechts geführt, erfolgt. Auffallend sei, dass bei Stockeinsatz rechts ein links hinkendes Gangbild imponiert habe, mit frühem Toe off links, wobei der Unterarmgehstock hierbei keine Entlastung des linken Beines ermöglicht habe. Das rechte Bein habe dabei ein freies Schwingen und ein normales Durchführen des Beines gezeigt. Auf der Strasse vor dem Praxisgebäude habe sich dann ein normales Gangbild, dynamisch-fließend unter lockerem Mitführen des Unterarmgehstocks rechts beobachten lassen. Im Untersuchungszimmer sei der Barfussgang rechts teils entlastend und hinkend, teils symmetrisch ohne Auffälligkeiten gewesen. Insgesamt bestehe also keine biologisch plausible Gangstörung und die zu beobachtende Diskrepanz (v.a. das flüssige Gangbild ausserhalb der formalen Untersuchung auf der Strasse) spreche für eine bewusstseinsnahe Darbietung einer Gangstörung ohne plausible biologische Basis. Während der Anamneseerhebung sei die 50-minütige Sitzbelastung beschwerdefrei bewältigt worden. Die nachfolgenden Transfers seien sicher und dynamisch gewesen. Das Ent- und Bekleiden sei an der oberen Extremität ohne Einschränkungen mit normaler Armelevation, dynamisch und im normalen Range of motion erfolgt. Beim Entkleiden der unteren Extremität habe eine dynamische Durchführung stattgefunden, der Ein-Bein-Stand bds. sei sicher erfolgt, das Sockenausziehen im Sitzen mit Hüftaussenrotations-Abduktionsbewegung, und die Beschwerdeführerin sei in der Lage gewesen, sich tief hinab zu beugen. Im Zusammenhang mit der Untersuchung des Kopf-Hals-Bereichs merkte Dr. med. P. ___ an, in sämtlichen Prüfungen der Halswirbelsäule werde eine Spannung des Nackens angegeben, dabei würden sowohl die bei Seitneigung gedehnte als auch die nicht gedehnte Seite als Spannungsschmerz angegeben (mithin nicht plausible Schmerzangaben). Es bestünden spontane Wendebewegungen des Kopfes in alle Richtungen. Und auch im Zusammenhang mit der Untersuchung des Rumpf-Becken-Bereichs wies der Gutachter darauf hin, in sämtlichen Prüfungen und der Rotation der Wirbelsäule und des fixierten Beckens wie auch unter Rotation des Beckens ohne Rotation der Wirbelsäule werde konstant ein Schmerz in Rechts- und Linksrotation am Beckenkamm rechts sowie am Tensor fascia latae rechts kurzzeitig auch links angegeben. Während der internistischen Untersuchung sei zum Auskultieren der Lunge eine Rotation zur Gegenseite erbeten worden, hierbei habe keine Schmerzangabe stattgefunden (mithin biologisch nicht plausible Schmerzangaben). Es sei eine freie spontane Rumpfbewegung möglich. Zur Überprüfung der Wirbelsäule bemerkte der rheumatologische Experte, die Beschwerdeführerin gebe subjektive Druckschmerzen über Os pubis bds. sowie an den Insertionen des Rectus abdominis am Thorax bds. ebenso der Beckenkämme bds. (Insertion der schrägen Bauchmuskulatur) und Insertion fascia latae am Beckenkamm sowie der Spina iliaca posterior superior bds. an. In den Transfers finde jedoch ein freies Aufrichten statt. Was die oberen Extremitäten betreffe, so hielt der Experte fest, bei der Prüfung des Kreuzhandgriffes rechts sei zunächst der linke Arm nicht hinter dem Rücken nach oben geführt worden. Bei der Prüfung des BH-Schliessens, der ventral geöffnet und geschlossen werde, sei der BH aktiv nach dorsal durchgeschoben worden, hierbei sei auch mit dem linken Arm am Rücken hoch hinaufgegriffen worden. Auf nochmalige Bitte, den Kreuzhandgriff durchzuführen, seien 36 cm erreicht worden. Bei der Prüfung der Schulter rechts sei kurzzeitig ein Schmerz im Bereich der dorsalen Rotatorenmanschette angegeben worden, unter Ablenkung könne die Prüfung des Impingement-Reizes beschwerdefrei durchgeführt werden. Die Prüfungen der unteren Extremitäten seien bis zum Knie mit muskulärem Gegenspann beantwortet worden. In der Beobachtung der spontanen Gelenkbeweglichkeit bestehe ein deutlich besserer

Bewegungsumfang. Insbesondere beim Socken anziehen sei eine höhere Beweglichkeit der Hüftaussenrotations- und Abduktionsbewegung aufgefallen. Die Fussbeschielung sei symmetrisch und deutlich ausgeprägt, was ein Zeichen des regen symmetrischen Einsatzes der Beine sei. Dr. med. P. ___ fertigte anlässlich der Begutachtung aktuelles Bildmaterial der LWS und des Beckens an (IV-Nr. 119.1 S. 35). Zur LWS meinte er, die Untersuchung ergebe keine sichere lumboradikuläre Kompression. Bei L5 / S1 bestehe lateral / foraminär links eine flache Diskushernie sowie eine leichte Forameneinengung links und eine leichte Chondrose und initiale Spondylose. Zudem bestehe bei L5 / S1 eine leichte Spondylarthrose rechts. Von L5 liessen sich kranial normale, altersübliche lumbale Segmente erkennen. Der lumbosakrale Duralsack sei weit. Die MR-Untersuchung des Beckens ergab keine Hinweise auf eine Arthrose der Hüftgelenke. Zur Diagnosestellung aus rheumatologischer Sicht hielt Dr. med. P. ___ fest, es bestehe kein ausreichender Anhalt für eine rheumatologische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der rheumatologischen Beurteilung ist zudem zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin vorrangig nahezu maximal ausgeprägte Schmerzen beider Hüfte, zervikal und die Schultern betreffend beklagt habe. Zudem gebe sie Schmerzen am Ellenbogen links an. Im klinischen Befund dominiere eine grobe Diskrepanz zwischen den in den formalen Proben dargebotenen Bewegungseinschränkungen und der v.a. bei Ablenkung bzw. ausserhalb der formalen Untersuchung zu beobachtenden weitgehend freien Mobilität. Auch seien die Schmerzangaben nicht plausibel und nicht konsistent. Die Waddel-Zeichen seien mehrheitlich positiv (vier von fünf; IV-Nr. 119.1 S. 35). Es bestünden sichere Hinweise auf eine bewusstseinsnahe demonstrative Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden. Bei Status nach PAO (Periazetabuläre Osteotomie/Tönnis) rechts im November 2000 und links im Dezember 1999 mit Revision bei Überkorrektur im Februar 2000 lasse sich im Befund allenfalls eine leichtgradige Haltungsinsuffizienz und Enthesiopathie der Beckenrumpfmuskulatur erheben, dies angesichts der guten spontanen Mobilität ohne namhaften behindernden Effekt. Die radiologischen Zusatzuntersuchungen wiesen ebenfalls keine namhafte Pathologie aus (alterstypische spinale Befunde ohne eigenständigen Krankheitswert, objektiv gutes operatives Ergebnis im Bereich der Hüften). Die zuletzt ausgeübte sowie jedwede vergleichbare Tätigkeit sei somit als leidensgerecht einzustufen (Arbeitsfähigkeit 100 %, Pensum und Rendement 100 %).

5.5.4 Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung klagte die Beschwerdeführerin über Schmerzen und darüber, dass sie «nervös» sei (IV-Nr. 119.1 S. 37 ff.). Die Stimmung erlebe sie als schmerzbedingt beeinträchtigt. Sie sei aber trotzdem lebensfroh, könne sich freuen und lachen, versuche das auch bewusst zu machen, zum Beispiel indem sie Zeit mit ihrem Enkelkind verbringe. Sie habe Angst. Sie Sorge sich darum, wie es mit ihr weitergehe. Zeitweise bemerke sie auch auf engen Plätzen Ängste. Das kenne sie von früher nicht. Vermehrt reizbar sei sie eigentlich nicht, vielleicht zuletzt ein bisschen. Sie fühle sich bisweilen vergesslich, das Konzentrationsvermögen sei vermindert, sie könne sich aber zum Beispiel einen Film im Fernsehen anschauen. Sie lese auch gerne. Teilweise wisse sie dann aber nicht mehr, was sie gelesen habe. Mnestische Störungen mit Schadensfolgen verneinte die Beschwerdeführerin. Zur Sozialanamnese hielt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. Q. ___, fest, die Beschwerdeführerin berichte über keine ehelichen oder familiären Probleme oder Konflikte. Sie pflege Kontakt zu Freunden, Bekannten und ihrer Familie. Die Beschwerdeführerin habe betont, sie habe keine Probleme, mit Menschen umzugehen. Hobbys, Interessen oder Sport habe die Beschwerdeführerin verneint. Sport könne sie schmerzbedingt nicht betreiben. Im Anschluss an die Untersuchung stellte Dr. med. Q. ___

fest, es bestehe kein Anhalt für eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 119.1 S. 41). Hingegen bestehe ein Analgetika-Fehlgebrauch (einschliesslich eines Opioids). Der Gutachter beurteilte die psychiatrische Situation der Beschwerdeführerin wie folgt: Sie trage vorrangig ein Schmerzsyndrom vor, das sich beginnend mit Hüftbeschwerden seit 1999 entwickelt und ausgedehnt habe und inzwischen in Form von Hüft-, Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen im linken Arm auftrete. Schmerzassoziiert werde von einer leichtgradigen psychischen Belastung sowie von Schlafstörungen berichtet. Eine namhafte psychische Beeinträchtigung komme jedoch nicht zum Vortrag und könne auch bei vertiefender Exploration nicht herausgearbeitet werden. Korrespondierend sei der hiesige AMDP-konform erhobene psychiatrische Befund ohne Auffälligkeiten. Eine Beeinträchtigung von Antrieb, affektiver Schwingungsfähigkeit oder Stimmung sei nicht vorhanden, die Achsenzeichen eines depressiven Syndroms lägen somit nicht vor und eine Depression sei hier nicht zu diagnostizieren. Die Beschwerdeführerin habe von ungerichteten, niederfrequenten Ängsten berichtet. Eine namhafte klinische Beeinträchtigung und ein Vermeidungsverhalten habe anamnestisch jedoch nicht herausgearbeitet werden können, sodass eine Angsterkrankung hier nicht zu diagnostizieren sei. Eine somatoforme Schmerzstörung liege ebenfalls nicht vor: Ein den Schmerzen zugrundeliegender namhafter seelischer oder psychosozialer fehlverarbeiteter Konflikt bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin habe in der hiesigen Untersuchung zudem auch gar nicht wesentlich schmerzgeplagt gewirkt. Die ICD-10 Kriterien seien nicht erfüllt. Des Weiteren bestünden keine Hinweise auf das Vorliegen einer Zwangserkrankung, einer Suchterkrankung, einer Persönlichkeitsstörung oder einer anderweitigen psychiatrischen Erkrankung. Auch aktenkundig sei keine psychiatrische Erkrankung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert worden. Lediglich beiläufig sei ein auffälliger Testbefund erwähnt worden. Eine klinisch-psychiatrische Abklärung oder gar die Einleitung einer antidepressiven Behandlung sei jedoch offensichtlich nicht für notwendig erachtet worden, was gegen eine seinerzeit tatsächlich vorliegende namhafte Depressivität spreche. Zusammenfassend sei eine psychiatrische Erkrankung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nicht mit der gebotenen Wahrscheinlichkeit zu attestieren. Es bestehe daher eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit (100%-Pensum und Rendement). 5.5.5 In der zusammenfassenden Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten sowie jedweder vergleichbaren Tätigkeit oder auch einer anderen, körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeit sei mit 100 % einzuschätzen, dies spätestens seit 2001 (Heilungsabschluss nach letzter Hüftoperation; IV-Nr. 119.1 S. 43 f). Die somatischen Teilgutachten ergäben kein ausreichendes objektives Befundkorrelat der reklamierten Beschwerden und wiesen auf sichere Zeichen einer bewusstseinsnahen demonstrativen Darbietung von Einschränkungen und Beschwerden hin. Angesichts des gegebenen postoperativen Zustands im Bereich der Hüften schieden somit medizinisch-theoretisch allenfalls körperlich schwere Arbeiten und Tätigkeiten mit ständigem Gehen und Stehen aus. Der hiesige psychiatrische Befund spreche gegen eine namhafte psychiatrische Erkrankung. Die Gutachter beurteilten den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit Juni 2001 als verbessert (IV-Nr. 119.1 S. 45). Weiter hielten sie fest, spätestens seit 2011 (Gutachten Dr. med. B. ___) sei eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben und zwar in körperlich leichten bis mittelschweren, wechselbelastend oder überwiegend sitzend ausgeübten Tätigkeiten. 6. Da sich die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung im Wesentlichen auf das C. ___-Gutachten stützt, ist nachfolgend dessen

Beweiswert zu prüfen: 6.1 Sämtliche Gutachter, die an der Expertise vom 12. Januar 2016 mitgewirkt haben, verfügen über die notwendige fachliche Qualifikation. Des Weiteren haben sich die Gutachter eingehend mit den Vorakten befasst und sich in ihrer Beurteilung mit früheren, entgegenstehenden Berichten auseinandergesetzt und einlässlich dargelegt, weshalb der Beurteilung der behandelnden Ärzte gefolgt oder weshalb eben gerade nicht darauf abgestützt werden könne. So hat sich der rheumatologische Gutachter etwa speziell mit dem Gutachten von Dr. med. B.____ vom 25. Juni 2011 sowie mit der von Dr. med. D.____ im Bericht vom 18. Juni 2012 geäusserten Beurteilung auseinandergesetzt und aktuelles Bildmaterial der LWS und des Beckens angefertigt. Sodann deckt sich das Ergebnis der Begutachtung durch Dr. med. B.____ grossteils mit demjenigen der C.____-Gutachter. Dr. med. B.____ konnte bereits 2011 bei der Beschwerdeführerin eine deutliche Diskrepanz zwischen der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik und den organisch-pathologischen Befunden erkennen. Auch decken sich die formulierten Tätigkeitsprofile sowie die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit. Eine Abweichung besteht hauptsächlich bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Während Dr. med. B.____ 2011 damit rechnete, dass künftig in der angestammten Tätigkeit keine Arbeitsfähigkeit mehr gegeben sein werde, kommen die C.____-Gutachter zum Schluss, dass auch in der angestammten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Zweifel am C.____-Gutachten ergeben sich daraus jedoch nicht. Dr. med. D.____ gelangt zwar ebenso wie die C.____-Gutachter zum Ergebnis, dass die Beschwerdeführerin nach wie vor arbeitsfähig sei, allerdings geht die Rheumatologin von einem deutlich tieferen zumutbaren Arbeitspensum aus als die Gutachter. Das von Dr. med. D.____ formulierte Tätigkeitsprofil entspricht hingegen demjenigen der C.____-Gutachter. Im Zusammenhang mit den Berichten von Dr. med. D.____ ist zu berücksichtigen, dass sie sich als behandelnde Rheumatologin in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren hat. Ihre Berichte verfolgen demnach nicht den Zweck einer den abschliessenden Entscheid über die Versicherungsansprüche erlaubenden objektiven Beurteilung des Gesundheitszustandes (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_160/2012 vom 13. Juni 2012 E. 3.1.1). Relevant ist aber, dass die von Dr. med. D.____ vorgenommene Beurteilung keine Zweifel am C.____-Gutachten hervorzurufen vermag. Die Beurteilung von Dr. med. L.____ deckt sich hingegen wiederum mit derjenigen der Gutachter. Ebenso wie Dr. med. B.____ fiel auch ihm die Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden und den objektivierten Befunden auf. Mit Bericht des E.____ vom 22. März 2012 war erstmals von psychischen Beschwerden die Rede. Die darin gestellten Diagnosen decken sich vollständig mit denjenigen, welche Dr. med. M.____ einige Monate später mit Bericht vom 26. August 2012 erwähnte. Es liegt die Vermutung nahe, Dr. med. M.____ habe die Diagnosen von den Ärzten des Inselspitals übernommen. Weder im Bericht vom 26. August 2012 noch in demjenigen vom 19. Juni 2014 äusserte sich der Hausarzt näher zum Diagnosekatalog. Insbesondere mit Blick auf die attestierte Depression fällt auf, dass diese Diagnose bis zu diesem Zeitpunkt einerseits nie von einem Psychologen oder Psychiater gestellt worden war und andererseits, dass gemäss Aktenlage keine Psychotherapie stattfand. Im Bericht der R.____ vom 5. März 2015 wurde zudem einzig erwähnt, es habe (im Zusammenhang mit der Schmerzsymptomatik) ein Gespräch mit der klinischen Psychologin stattgefunden und zum Prozedere wurde u.a. festgehalten, es werde eine psychotherapeutische Behandlung in Muttersprache zur Schmerzbewältigung empfohlen (IV-Nr. 126 S. 13 f.). Eine Depression wurde der Beschwerdeführerin in der Folge jedoch nicht attestiert. Lediglich der Vermerk einer schwierigen psychosozialen Situation bei langjähriger unfallbedingter Invalidität des

Ehemannes fand Eingang in den Diagnosekatalog. Nähere Ausführungen dazu finden sich nicht und auch eine Beurteilung oder gar Bezifferung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit erfolgte seitens der R.____ nicht. Diese Umstände stehen der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters, welcher bei der Beschwerdeführerin weder in der Vergangenheit noch zum Zeitpunkt der Begutachtung eine namhafte, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkende psychische Beeinträchtigung feststellen konnte, nicht entgegen.

6.2 Insgesamt erscheinen die von den C.____-Gutachtern gemachten Ausführungen klar, nachvollziehbar und gut begründet. Entgegenstehende Berichte vermögen das Gutachten nicht in Zweifel zu ziehen. Die Expertise erfüllt demnach die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an ein beweiskräftiges Gutachten.

7. Nachdem somit dem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen ist, ist nachfolgend zu prüfen, ob sich aus den nach diesem Gutachten ergangenen Berichten in der Zeit bis zum Verfügungserlass am 21. November 2018 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ergibt. Zu beachten ist dabei, dass nach Verfügungserlass eingereichte Berichte nur Berücksichtigung finden, sofern sich daraus Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin vor Verfügungserlass, d.h. vor dem 21. November 2018, ergeben (vgl. BGE 121 V 362 E. 1b in finde S. 366).

7.1 Im Rahmen des Beschwerdeverfahrens äusserte sich Dr. med. D.____ mit Bericht vom 8. Januar 2019 (Urkunde 7) zum Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Sie berichtete, die myofaszialen Schmerzen mit rezidivierenden, zum Teil massiven muskulären Verspannungen seien auch immer wieder durch psychische Stresssituationen verschlimmert worden. Während in den Jahren bis 2017 jeweils etwa halb- bis vierteljährliche Infiltrationen der schmerzhaftesten Sehnenansatzstellen genügt hätten, um wieder eine ausreichende Schmerzlinderung zu erzielen, unter gleichzeitiger Durchführung von physikalischen Massnahmen, habe sich nun seit Frühling 2018 die Situation wieder sehr verschlechtert und die Beschwerdeführerin komme praktisch monatlich in die Behandlung mit massiven Schmerzen und auch objektivierbar sehr starken muskulären Verspannungen. Auch die Physiotherapeutin könne da sehr wenig ausrichten und berichte, dass vor allem die Schultergürtelmuskulatur jeweils steinhart sei. Es seien aktuell auch wieder zervikospondylogene Beschwerden vorhanden bei bekannten degenerativen Veränderungen der HWS. Die Beschwerdeführerin wirke sehr depressiv und stehe aktuell in psychiatrischer Behandlung. Aus rheumatologischer Sicht sei sie der Auffassung, dass medizinisch-theoretisch bei Besserung des Zustandes eine Arbeitsfähigkeit von 50 % zu erreichen sei. Mit Bericht vom 8. Mai 2019 äusserte sich Dr. med. D.____ zur Frage nach dem Stockeinsatz zur Entlastung der Hüftgelenke dahingehend, dass ein Patient theoretisch das am stärksten schmerz betroffene Bein, sei es Knie oder Hüfte, entlasten sollte, indem er den Stock auf der gesunden bzw. gesünderen Seite einsetze und ihn gleichzeitig mit dem betroffenen kranken Bein aufsetze, um dieses zu entlasten. Viele Patienten hätten Mühe damit. Es sei eine Form der Entlastung, welche oft nach Operationen zusammen mit der Physiotherapie eingeübt werden müsse. Es komme deshalb auch durchaus vor, dass Patienten den Stock synchron mit dem Aufsetzen des kranken Beines zur Entlastung benützten, weil dies für sie einfacher und einleuchtender sei. Die Beschwerdeführerin habe Schmerzen in beiden Hüftgelenken. Wenn sie beim Gehen synchron das rechte Bein mit einem Gehstock auf der rechten Seite unterstütze, sei es durchaus möglich, dass sie links, wo sie auch Schmerzen habe, etwas hinke, umgekehrt hinke sie natürlich rechts mehr, wenn sie gar keinen Gehstock benütze, weil das rechte Hüftgelenk das stärker schmerz betroffene Gelenk sei. Gemäss ihrem Bericht vom 8. Januar 2019 erachtete Dr. med. D.____ die Beschwerdeführerin zum damaligen Zeitpunkt zwar für

arbeitsunfähig, ging dabei aber nicht von einem unabänderlichen Zustand aus, sondern rechnete damit, die Beschwerdeführerin werde in Zukunft wieder zu 50 % arbeitsfähig sein. Dies entspricht in etwa demselben Pensum, welches sie der Beschwerdeführerin bereits 2012 attestiert hatte (vgl. E. II. 5.2 hiervor). Insofern lässt sich daraus mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit keine Verschlechterung seit der Begutachtung erkennen.

7.2 Die Beschwerdeführerin lässt im Beschwerdeverfahren mehrere Arztberichte zur geltend gemachten Depressionsproblematik einreichen. So ist etwa dem Bericht des Hausarztes vom 9. Dezember 2018 (Urkunde 8) zu entnehmen, die Beschwerdeführerin könne sich durch die blockierenden Schmerzen, bedingt durch die Hüftschmerzen und die zunehmenden LWS-Beschwerden, kaum belasten, wodurch sie zunehmend depressiver werde. Dr. med. M.____ attestierte der Beschwerdeführerin vom 20. November 2017 bis 1. Dezember 2018 wegen einer Depression und wegen Schlafstörungen sowie vom 1. bis 20. Februar 2018 wegen LWS-/Hüftbeschwerden und einer Depression und vom 24. April bis 15. Mai 2018 wegen Nackenbeschwerden, Protrusion C 5 / 6 eine Arbeitsunfähigkeit. Das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit wurde nicht beziffert. Im März 2018 überwies Dr. med. M.____ die Beschwerdeführerin aufgrund der von ihm diagnostizierten Depression an den Psychologen G.____ (Urkunde 9). Wie bereits in seinem Bericht vom 26. August 2012 unterliess es Dr. med. M.____, sich näher dazu zu äussern, was ihn dazu veranlasste, eine Depression zu diagnostizieren. Es fehlt den Berichten eine ausführliche Darlegung, wie die gestellte Diagnose begründet wird; ebenso fehlt es an einer Bezifferung der Arbeits(un)fähigkeit sowie an einer Umschreibung einer angepassten Tätigkeit. Im Übrigen ist mit Blick auf die Berichte von Dr. med. M.____ zu bemerken, dass Hausärzte mitunter aufgrund ihrer auftragsrechtlichen Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc mit Hinweisen). Insgesamt ergeben sich aus den Ausführungen des Hausarztes keine Hinweise auf eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes für die Zeit zwischen der Begutachtung und dem Verfügungserlass.

7.3 7.3.1 Ebenfalls liess die Beschwerdeführerin mehrere Berichte des Psychiaters Dr. med. F.____ und des Psychologen G.____ (Bericht vom 24. Januar 2019 [Urkunde 10] und Bericht vom 25. April 2019) sowie der Klinik H.____ (Berichte vom 11. Februar 2019, 23. Mai 2019 und 5. Juni 2019 [Beschwerdeführerische Beilagen]), wo sie sich am 6. Februar 2019 ambulant und vom 29. März bis 29. Mai 2019 stationär behandeln liess, zu den Akten reichen. Aus dem Bericht vom 24. Januar 2019 geht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin im Juni 2018 und somit noch vor Verfügungserlass in psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung begeben habe. Dr. med. F.____ und der Psychologe G.____ stellten in diesem Bericht die Diagnosen einer mittelgradigen depressiven Episode (gemäss BDI/HAMD-Testung mittelgradig bis schwer [ICD-10: F32.1 / F32.2]) sowie einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Als Nebendiagnose stellten sie den Verdacht auf eine Panikstörung als sekundäre Folge der Depression (ICD-10: F41.0). Sie führten dazu aus, entgegen dem C.____-Gutachten seien sie der Meinung, die Beschwerdeführerin leide nach den Hüftoperationen zunehmend an Depressionen. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie sich damals verzweifelt und hoffnungslos gefühlt habe. Sie habe starke Schuldgefühle gegenüber den Kindern gehabt und viel gegrübelt. Im Alter von 32 Jahren invalid zu werden, habe ihr Selbstwertgefühl negativ beeinflusst. Bevor die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung in ihrer Praxis begonnen habe, habe die Beschwerdeführerin aufgrund der Wartezeit mehr als drei Monate auf die Behandlung warten müssen. Während dieser Zeit habe sie sie mehrmals kontaktiert, um zu fragen, ob

kein Platz frei geworden sei. Ihre Stimme habe dabei sehr bedrückt und verzweifelt geklungen. Aus diesem Grund gingen sie davon aus, die Beschwerdeführerin habe schon vor der Überweisung unter einer Depression gelitten. Die Schmerzsymptomatik habe vermutlich zu einer Verschlechterung der depressiven Symptome geführt. Zudem habe sie sich als Versagerin gefühlt, weil sie aufgrund der Schmerzen die Aufgaben bei der S.____ nicht habe erledigen und die geforderte Leistung nicht habe erbringen können. Dr. med. F.____ und der Psychologe G.____ attestierten der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl aktuell als auch für die Zeit vom 4. Oktober 2017 bis 12. Juni 2018. Aufgrund der zunehmenden depressiven Symptomatik überwiesen sie die Beschwerdeführerin an die Klinik H.____ für einen stationären Aufenthalt. Anlässlich des stationären Aufenthalts wurden bei der Beschwerdeführerin u.a. eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41), eine depressive Störung, ggw. mittelgradige Episode (ICD-10: F33.1), Probleme mit Bezug auf den engen Familienkreis (ICD-10: Z63) sowie Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10: Z73) diagnostiziert. Gemäss Austrittsbericht vom 5. Juni 2019 erfolgte die Überweisung aufgrund von starken Nacken-Schulter- und Lumbosacralschmerzen bei bekanntem St. n. diversen beidseitigen Beckenoperationen zur Rehabilitationsbehandlung. Während des Aufenthalts hätten sich die Schmerzen aber nur leicht gebessert. Von ärztlicher Seite wurde festgehalten, die aktuelle soziale Situation sei für die Beschwerdeführerin sehr belastend. Seit Februar 2019 erhalte sie keine IV-Rente mehr. Sie sei massiv geplagt von Zukunfts- und Existenzängsten, was mitunter zu panikartigen Zuständen geführt habe. Aus Sicht der Ärzte sei es bei der Beschwerdeführerin, ausgelöst durch die psychosoziale Belastungssituation (Verlust der Rente mit daraus resultierenden Existenzängsten bei Jahrzehnten der Arbeitsunfähigkeit) zu einer Exazerbation vorbestehender Schmerzen sowie zu einer Verstärkung der depressiven Symptomatik gekommen. Aus ärztlicher Sicht habe eine depressive Entwicklung bereits durch die massiven Einschränkungen nach den Hüft-OPs 1999 und 2000 stattgefunden. Für die Zeit des Klinikaufenthalts wurde der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert.

7.3.2 Sowohl der behandelnde Psychiater als auch die Ärzte der Klinik H.____ diagnostizierten bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode. Diese Diagnose bezog sich allerdings auf den Zeitpunkt, in dem der Bericht verfasst wurde und somit nicht auf die Zeit vor Verfügungserlass. Aber sowohl Dr. med. F.____ als auch die Ärzte der Klinik H.____ äusserten sich zum Verlauf der depressiven Symptomatik, indem sie gegenseitig übereinstimmend die Vermutung äusserten, deren Entwicklung habe nach den Hüftoperationen begonnen. Dr. med. F.____ attestiert der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 4. Oktober 2017 bis 12. Juni 2018 sowie für den Zeitpunkt der Berichtsverfassung vom 24. Januar 2019 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die medizinische Beurteilung der Ärzte sowie die Bemessung der Arbeitsfähigkeit für die Zeit vor Verfügungserlass erfolgten einzig gestützt auf die subjektive Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin. Es gibt keine Hinweise darauf, dass die Ärzte die medizinischen Vorakten der Beschwerdeführerin beigezogen hätten. Dieser Umstand schmälert den Beweiswert der erwähnten Berichte hinsichtlich der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit deutlich. Die seitens der Ärzte der Klinik H.____ attestierte Arbeitsunfähigkeit während des stationären Aufenthalts ist für die Beurteilung unbeachtlich, als sich diese auf die Zeit nach Verfügungserlass bezieht.

7.3.3 Weder seitens des behandelnden Psychiaters noch seitens der behandelnden Ärzte der Klinik H.____ liegt für die Zeit nach der Begutachtung bei der C.____ bis zum Verfügungserlass eine

nachvollziehbare Beurteilung der Arbeitsunfähigkeit vor, die sich nicht nur auf Aussagen der Beschwerdeführerin stützt. Es fehlen ärztliche Angaben zur Arbeitsfähigkeit sowie zu einer zumutbaren Tätigkeit. 7.4 Insgesamt ergibt sich somit aus den nach dem C.____-Gutachten eingereichten Berichten keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes bis zum Verfügungszeitpunkt. So werden denn auch keine neuen Diagnosen geltend gemacht oder Befunde erhoben, die eine relevante Verschlechterung der vorbestehenden Leiden belegen würden. 8. 8.1 Schliesslich zeigt sich anhand der medizinischen Berichte, dass psychosoziale Belastungsfaktoren den Krankheitsverlauf beeinflusst haben. So lässt sich beispielsweise gut erkennen, dass der Verlauf des IV-Verfahrens jeweils Auswirkungen auf die psychische Situation der Beschwerdeführerin hatte: Vom 11. September bis 10. Dezember 2017 fand in der S.____ ein Belastbarkeitstraining statt (IV-Nrn. 145 und 155), wobei diverse Absenzen aufgrund von Schmerzen in der Hüfte, im Rücken und / oder der Schulter sowie wegen Infiltrationen in die Schulter und Hüfte (IV-Nrn. 146 f. und 150) folgten. Seitens des Hausarztes wurde zudem eine Arbeitsunfähigkeit wegen Depressionen und Schlafstörungen attestiert (Bericht Dr. med. M.____ vom 9. Dezember 2018 [Urkunde 8]: Arbeitsunfähigkeit vom 20. November 2017 bis 1. Dezember 2018 wegen Depression, Schlafstörung). Daraufhin leitete die Beschwerdegegnerin ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren ein (IV-Nr. 148). Am 8. Januar 2018 wurde wiederum in der S.____ ein dreimonatiges Aufbautraining gestartet (IV-Nr. 162). Erneut kam es zu vielen Absenzen (IV-Nrn. 163 f.), u.a. auch wegen Depressionen (Bericht Dr. med. M.____ vom 9. Dezember 2018 [Urkunde 8]: Arbeitsunfähigkeit vom 1. bis 20. Februar 2018 wegen LWS-/Hüftbeschwerden, Depression, OB-Beschwerde und CT-Abdomen). Die Beschwerdegegnerin leitete mit Schreiben vom 19. März 2018 ein erneutes Mahn- und Bedenkzeitverfahren in die Wege (IV-Nr. 165). Tags darauf meldete der Hausarzt die Beschwerdeführerin wegen Depressionen beim Psychologen G.____ zur Abklärung / Therapie an (Schreiben Dr. med. M.____ vom 22. März 2018 [Urkunde 9]). Das Aufbautraining wurde für die Zeit vom 9. April bis 24. Juni 2018 verlängert (IV-Nr. 170). Aufgrund von Hüftgelenkschmerzen, muskulären Schmerzen im Schultergürtel sowie depressiven Symptomen kam es wiederholt zu Absenzen (IV-Nr. 173 S. 3 ff.). Mit Bericht vom 22. Mai 2018 diagnostizierte die Rheumatologin Dr. med. D.____ u.a. eine psychogene, möglicherweise depressive Komponente (IV-Nr. 176 S. 6). Am 6. Juni 2018 nahm die Beschwerdeführerin ihre Psychotherapie bei Dr. med. F.____ und dem Psychologen G.____ auf (Bericht vom 24. Januar 2019 [Urkunde 10 S. 1]). Das Aufbautraining wurde per 8. Juni 2018 vorzeitig gestoppt (IV-Nr. 175). Am 21. November 2018 erfolgte die rentenaufhebende Verfügung (A.S. 1 ff.). Kurz darauf, d.h. am 19. Dezember 2018, meldeten Dr. med. F.____ und der Psychologe G.____ die Beschwerdeführerin für einen stationären Aufenthalt in der Klinik H.____ an (Bericht vom 24. Januar 2019 [Urkunde 10 S. 3]), der vom 29. März bis 29. Mai 2019 stattfand (Austrittsbericht Klinik H.____ vom 5. Juni 2019 [Beschwerdeführerische Beilage]). 8.2 Gegenüber Dr. med. F.____ und dem Psychologen G.____ berichtete die Beschwerdeführerin, nach den Hüft-Operationen habe sich alles verändert (Bericht vom 24. Januar 2019 [Urkunde 10]). Nach jeder Operation sei sie mehrere Monate ans Bett gefesselt und von anderen Menschen abhängig gewesen. Deswegen sei es eine sehr schlimme Zeit gewesen. Sie habe sich schuldig gefühlt, dass sie sich als Mutter nicht genügend um ihre Kinder habe kümmern können. Dass sie aufgrund der Schmerzen nicht mehr arbeiten könne, belaste sie sehr. Sie fühle sich nutzlos und überflüssig in dieser Welt, weil sie nichts leisten könne. Daher habe sie ein geringeres Selbstvertrauen. Gemäss Austrittsbericht der

Klinik H.____ sei die damals aktuelle soziale Situation für die Beschwerdeführerin sehr belastend gewesen. Seit Februar 2019 erhalte sie keine Rente mehr. Sie sei deshalb massiv geplagt gewesen von Zukunfts- und Existenzängsten, was mitunter zu panikartigen Zuständen geführt habe. Des Weiteren ergibt sich aus dem Bericht, dass bei der Beschwerdeführerin viel Trauer über die Invalidität des Ehemannes spürbar gewesen sei, welche sie auch schon im Rahmen der Operationen 1999 und 2000 überfallen habe. Zudem habe die Beschwerdeführerin einen massiven Verlust an Lebensqualität erfahren. Die Familie habe sie im Haushalt und bei der Kindererziehung unterstützt, was die Beschwerdeführerin sehr geschätzt habe, aber es sei auch Insuffizienzerleben spürbar geworden. Auch sei dies mit Anspannung und Ärger über die eigenen Limitationen einhergegangen.

8.3 Aufgrund der vorangehenden Ausführungen ergibt sich, dass die depressive Symptomatik insbesondere auf ausgeprägte psychosoziale Belastungsfaktoren zurückzuführen ist, die das Beschwerdebild bestimmen. Von einem invalidisierenden psychischen Gesundheitsschaden kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_302/2011 vom 20. September 2011 E. 2.5.2). Im Verfügungszeitpunkt liegt somit keine psychische Beeinträchtigung von Krankheitswert vor.

9. Abschliessend ist auf den Umstand einzugehen, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Rentenaufhebung bereits mehr als 15 Jahre eine Rente bezog (vgl. E. I. 1 f. hiervor). Es ist deshalb zu prüfen, ob ihr eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist.

9.1 Im Bereich der Invalidenversicherung gilt ganz allgemein der Grundsatz, dass die invalide Person, bevor sie Leistungen verlangt, alles ihr Zumutbare selber vorzukehren hat, um die Folgen ihrer Invalidität bestmöglich zu mildern (BGE 113 V 28 E. 4a mit Hinweisen). Von den Versicherten können jedoch nur Vorkehren verlangt werden, die unter Berücksichtigung der gesamten objektiven und subjektiven Gegebenheiten des Einzelfalles zumutbar sind (BGE 113 V 22 E. 4a S. 28 mit Hinweisen auf Lehre und Rechtsprechung; ZAK 1989 S. 214 E. 1c). Die Wiedereingliederung von Versicherten im fortgeschrittenen Alter oder nach invaliditätsbedingt langjährigem Fernbleiben von der Arbeitswelt ist oft schwierig. Laut ständiger Rechtsprechung ist zwar im Regelfall eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit grundsätzlich auf dem Weg der Selbsteingliederung zu verwerten. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und medizinisch möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein vermittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (Urteil 9C_163/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1 und 4.2.2). Die Verwaltung muss sich 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 (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und / oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne vorausgesetzt ist (Urteil 9C_768/2009 vom 10. September 2010 E. 4.1.2). Wie das Bundesgericht mit Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.3-3.5 entschieden hat, ist die Rechtsprechung gemäss 9C_163/2009 E. 4.2.2 grundsätzlich auf Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Damit wird dem Umstand

Rechnung getragen, dass diese Personen auf Grund ihres fortgeschrittenen Alters und/ oder der langen Rentendauer und der daraus folgenden langjährigen Arbeitsabstinenz in der Regel nicht selber in der Lage sind, sich dem Arbeitsmarkt zu stellen und sich dort selbständig wieder einzugliedern. Die Übernahme der beiden Abgrenzungskriterien (vgl. lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]) bedeutet jedoch nicht, dass die betroffenen Rentnerinnen und Rentner einen Besitzstandsanspruch geltend machen könnten. Es wird ihnen lediglich, aber immerhin, zugestanden, dass die Rente grundsätzlich erst nach geleisteter Eingliederungshilfe eingestellt werden darf (erwähntes Urteil 9C_228/2010 vom 26. April 2011 E. 3.5, in: SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220).

9.2 9.2.1 Vorliegend leitete die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 19. März 2018 ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren betreffend berufliche Massnahmen gegen die Beschwerdeführerin ein (IV-Nr. 165). Darin erklärte die Beschwerdegegnerin, bereits während des Belastbarkeitstrainings (vgl. IV-Nr. 155) habe die Beschwerdeführerin viele Absenzen aufgewiesen. Als Entschuldigung habe sie jeweils Arztzeugnisse eingereicht, welchen jedoch keine Begründung bzw. keine näheren Angaben zu den gesundheitlichen Umständen entnommen werden konnten. Sie sei deshalb mit Schreiben vom 5. Dezember 2017 zur aktiven Teilnahme bei den beruflichen Massnahmen aufgefordert und auf die Säumnisfolgen hingewiesen worden (vgl. IV-Nr. 148). Im Rahmen des Aufbautrainings sei es erneut zu Absenzen gekommen. Die Beschwerdeführerin wurde aufgefordert, sich an die Zielvereinbarung zu halten und ihr wurde in Aussicht gestellt, die berufliche Eingliederung werde umgehend eingestellt und die Rente aufgehoben, sollte sie der Aufforderung nicht vollumfänglich nachkommen.

9.2.2 Mit RAD-Stellungnahme vom 20. September 2018 (IV-Nr. 186) wies Dr. med. T. ___ drauf hin, aus den umfangreichen aktuellen Arztberichten ergäben sich keine Hinweise darauf, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hätte sich gegenüber 2016 relevant verschlechtert. Ausser der Nasenoperation im Februar 2018 wegen Nasenscheidenwandverkrümmung würden weder neue Diagnosen geltend gemacht noch klinische oder radiologische Befunde erhoben, welche eine relevante Verschlechterung der vorbestehenden Leiden belegen würden. Das subjektive Schmerzerleben und der Leidensdruck hätten aber zugenommen, was sich darin abbilde, dass die Beschwerdeführerin wieder vermehrt ärztliche Behandlungen in Anspruch nähme.

9.2.3 Mit Abschlussbericht vom 22. Oktober 2018 wurde festgehalten, die Absenzen hätten sich durch die Massnahmen durchgezogen (IV-Nr. 187). Ein Aufbau beruflicher Massnahmen sei mit einer zu geringen Anwesenheit und mangelnder Motivation nicht möglich. Die berufliche Eingliederung wurde daher eingestellt.

9.3 Mit der Beschwerdeführerin wurde vereinbart, dass sie im ersten Monat von montags bis donnerstags jeweils zwei Stunden, im zweiten Monat jeweils drei Stunden und im vierten Monat jeweils vier Stunden in der S. ___ arbeite (IV-Nrn. 155 S. 2 und 178 S. 2). Wie die Beschwerdegegnerin zurecht festhielt, handelt es sich bei zwei Stunden pro Tag an jeweils vier Tagen pro Woche um einen niederschweligen Start (vgl. IV-Nr. 187 S. 2). Die Beschwerdeführerin hatte zudem die Möglichkeit, immer wieder Pausen einzulegen, an die frische Luft zu gehen oder Dehnübungen zu machen (vgl. IV-Nrn. 155 S. 2 und 7 sowie 178 S. 2 und 7). Während vier Wochen erreichte die Beschwerdeführerin ein Pensum von 35.6 %, anschliessend fehlte sie krankheitsbedingt (IV-Nr. 178 S. 2). Die Eingliederungsmassnahmen waren insgesamt der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin angepasst und somit zumutbar. Wegen der fehlenden Mitwirkung seitens der Beschwerdeführerin durfte die Rente somit ohne weitere

Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 21. November 2018 aufgehoben werden.
10. Insgesamt ist der Sachverhalt somit richtig und vollständig abgeklärt. Für die Beurteilung des Rentenanspruchs kann auf das Gutachten der C.____ abgestützt werden, wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit besteht. Ein Rentenanspruch ergibt sich für die Zukunft somit nicht. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente demnach zurecht mit Verfügung vom 21. November 2018 pro futuro aufgehoben. Die Beschwerde vom 21. Dezember 2018 ist folglich abzuweisen.

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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