



Entscheid des Kantonsgerichts Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsrecht

vom 16. Dezember 2021 (720 21 173 / 335)

Invalidenversicherung

Rentenanspruch einer versicherten Person mit depressiver Erkrankung; Observation der versicherten Person auf ihrem Balkon mit einem vergrössernden Objektiv; Parallelisierung der Vergleichseinkommen

Besetzung Präsidentin Doris Vollenweider, Kantonsrichter Jgnaz Jermann, Kantonsrichter Daniel Noll, Gerichtsschreiberin Gisela Wartenweiler

Parteien **A.**____, Beschwerdeführerin, vertreten durch Dr. Daniel Riner, Advokat, Steinentorstrasse 13, Postfach 204, 4010 Basel

gegen

IV-Stelle Basel-Landschaft, Hauptstrasse 109, 4102 Binningen, Beschwerdegegnerin

Betreff IV-Rente

A. Die 1960 geborene A.____ bezieht seit dem 1. Januar 2001 aufgrund psychischer Beeinträchtigungen eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (vgl. Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft [IV-Stelle] vom 29. Mai 2002). Grundlage für die Rentenzusprache bildeten damals die Berichte der B.____, vom 15. Juni 2000 und 13. Februar 2002 sowie von Dr.

med. C.____, FMH Allgemeine Medizin, vom 25. April 2000 und 19. Januar 2002. Im Rahmen der im April 2003, im Juni 2008 und im Dezember 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahren bestätigte die IV-Stelle jeweils den Anspruch der Versicherten auf eine ganze Invalidenrente (vgl. Mitteilungen vom 25. Juli 2003, 18. Dezember 2009 und 17. März 2014).

B. Aufgrund einer am 27. Februar 2014 eingegangenen anonymen, telefonischen Denunziation liess die IV-Stelle die Versicherte vom 20. März 2015 bis 6. Juni 2015 observieren. Nach Vorliegen der Observationsergebnisse veranlasste sie eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung der Versicherten. Nach Eingang des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. D.____, FMH Innere Medizin und Rheumatologie, vom 21. November 2016 und des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. E.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, vom 6. Juli 2016 und deren Stellungnahmen zum Observationsmaterial vom 12. April 2017 und 10. Januar 2018 teilte die IV-Stelle der Versicherten nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens mit Verfügung vom 3. Mai 2021 mit, dass sich ihr psychischer Gesundheitszustand gemäss gutachterlicher Beurteilung erheblich verbessert habe. Der aus diesem Grund neu vorzunehmende Einkommensvergleich ergebe einen Invaliditätsgrad von 9 %, weshalb die laufende ganze Invalidenrente per Ende Juni 2021 aufgehoben werde.

C. Gegen diese Verfügung erhob die Versicherte, vertreten durch Dr. Daniel Riner, Advokat, am 1. Juni 2021 Beschwerde ans Kantonsgericht Basel-Landschaft, Abteilung Sozialversicherungsgericht (Kantonsgericht), mit dem Antrag, es sei ihr in Aufhebung der angefochtenen Verfügung weiterhin eine ganze Invalidenrente auszurichten. Eventualiter sei die Sache zu weiteren medizinischen Abklärungen an die Vorinstanz zurückzuweisen; unter o/e-Kostenfolge. In der Begründung machte sie geltend, dass die Observationsergebnisse mangels hinreichender gesetzlicher Grundlage nicht verwertbar seien. In medizinischer Hinsicht stellte sie sich auf den Standpunkt, dass der medizinische Sachverhalt aus somatischer Sicht ungenügend abgeklärt sei. Zudem sei das Gutachten von Dr. E.____ mangelhaft, weil es weder eine genügende Auseinandersetzung mit den übrigen medizinischen Berichten noch eine Prüfung der vom Bundesgericht geforderten Standardindikatoren beinhalte. Ausserdem seien die Gutachten von Dr. E.____ und Dr. D.____ veraltet, weshalb auch aus diesem Grund nicht darauf abgestellt werden könne. Schliesslich seien das Validen- und Invalideneinkommen gestützt auf die statistischen Tabellenlöhne zu berechnen, was unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 25 % einen rentenbegründenden Invaliditätsgrad ergebe.

D. In ihrer Vernehmlassung vom 9. Juli 2021 schloss die IV-Stelle auf Abweisung der Beschwerde.

Das Kantonsgericht zieht **in Erwägung** :

1. Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG) vom 19. Juni 1959 können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Anfechtungsobjekt des vorliegenden Verfahrens bildet eine Verfügung der IV-Stelle Basel-Landschaft, sodass die örtliche Zuständigkeit des Kantonsgerichts Basel-Landschaft zu bejahen ist. Laut § 54 Abs. 1 lit. b des Gesetzes über die

Verfassungs- und Verwaltungsprozessordnung (VPO) vom 16. Dezember 1993 beurteilt das Kantonsgericht als Versicherungsgericht als einzige gerichtliche Instanz des Kantons Beschwerden gegen Verfügungen der kantonalen IV-Stelle. Es ist somit auch sachlich zur Behandlung der vorliegenden Beschwerde zuständig. Auf die – im Übrigen frist- und formgerecht erhobene – Beschwerde der Versicherten vom 1. Juni 2021 ist demnach einzutreten.

2.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG hat die versicherte Person Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50 % und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40 % invalid ist.

2.2 Als Invalidität gilt nach Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2).

2.3 Die Annahme einer allenfalls invalidisierenden psychischen Gesundheitsbeeinträchtigung setzt eine fachärztlich (psychiatrisch) gestellte Diagnose nach einem wissenschaftlich anerkannten Klassifikationssystem voraus (BGE 131 V 59 E. 1.2, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Zu betonen ist, dass im Kontext der rentenmässig abzugeltenden psychischen Leiden belastenden psychosozialen Faktoren sowie soziokulturellen Umständen kein Krankheitswert zukommt. Ein invalidisierender Gesundheitsschaden im Sinne von Art. 8 ATSG in Verbindung mit Art. 4 Abs. 1 IVG setzt in jedem Fall ein medizinisches Substrat voraus, das die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit wesentlich beeinträchtigt. Ist eine psychische Störung von Krankheitswert schlüssig erstellt, kommt der weiteren Frage zentrale Bedeutung zu, ob und inwiefern, allenfalls bei geeigneter therapeutischer Behandlung, von der versicherten Person trotz des Leidens willensmässig erwartet werden kann, zu arbeiten und einem Erwerb nachzugehen (BGE 127 V 297 E. 5a mit Hinweisen). Zur Annahme einer durch eine psychische Gesundheitsbeeinträchtigung verursachten Erwerbsunfähigkeit genügt es also nicht, dass die versicherte Person nicht hinreichend erwerbstätig ist; entscheidend ist vielmehr, ob anzunehmen ist, die Verwertung der Arbeitsfähigkeit sei ihr sozialpraktisch nicht mehr zumutbar oder – als alternative Voraussetzung – sogar für die Gesellschaft untragbar (BGE 102 V 165; vgl. auch BGE 127 V 297 E. 4c in fine).

2.4 Zu beachten ist sodann, dass das Bundesgericht im Leiterteil BGE 141 V 281 seine Rechtsprechung zur invalidisierenden Wirkung von somatoformen Schmerzstörungen (BGE 130 V 352) und damit vergleichbaren psychosomatischen Leiden (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3)

revidiert hat. Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit kann danach weiterhin nur anspruchserheblich sein, wenn sie Folge einer fachärztlich einwandfrei diagnostizierten Gesundheitsbeeinträchtigung ist. Auch künftig wird der Rentenanspruch – in Nachachtung der verfassungs- und gesetzmässigen Vorgaben von Art. 8 und 29 der Bundesverfassung der Schweizerischen Eidgenossenschaft (BV) vom 18. April 1999 (Rechtsgleichheit) und Art. 7 Abs. 2 ATSG (objektivierte Zumutbarkeitsbeurteilung) – anhand eines normativen Prüfrasters beurteilt, und es braucht eine medizinische Evidenz, dass die Erwerbsunfähigkeit aus objektiver Sicht eingeschränkt ist. Indes trägt das Bundesgericht der seit längerem namentlich aus medizinischer, aber auch aus juristischer Sicht an der bisherigen Schmerzrechtsprechung geäusserten Kritik Rechnung und hält an der Überwindbarkeitsvermutung nicht weiter fest. Anstelle des bisherigen Regel/Ausnahme-Modells tritt ein strukturiertes, normatives Prüfraster. In dessen Rahmen wird im Regelfall anhand von auf den funktionellen Schweregrad bezogenen Standardindikatoren das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch beurteilt, indem gleichermassen den äusseren Belastungsfaktoren wie den vorhandenen Ressourcen Rechnung getragen wird (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 29. Juni 2015, 9C_899/2014, E. 3.1 mit weiteren Hinweisen).

3.1 Ausgangspunkt der Ermittlung eines Rentenanspruchs bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist. Nach Art. 6 ATSG ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2).

3.2 Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

3.3 Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berück-

sichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

3.4 Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 351 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 465 E. 4.4 und 4.5). So ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 351 E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

4.1 Streitig und zu prüfen ist, ob die IV-Stelle mit Verfügung vom 3. Mai 2021 zu Recht die laufende ganze Rente der Versicherten per 30. Juni 2021 aufgehoben hat. Massgebend ist dabei jener Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbe fugnis (BGE 129 V 1 E. 1.2).

4.2 Nach Art. 17 Abs. 1 ATSG sind laufende Invalidenrenten für die Zukunft zu erhöhen, herabzusetzen oder aufzuheben, wenn sich der Invaliditätsgrad in einer für den Anspruch erheblichen Weise ändert. Anlass zur Anpassung der Rente gibt jede tatsächliche Änderung, die sich auf den Invaliditätsgrad und damit auf den Umfang des Anspruchs (Viertelsrente, halbe Rente, Dreiviertelsrente, ganze Rente; Art. 28 Abs. 2 IVG) auswirkt (BGE 134 V 131 E. 3). Ein Revisionsgrund in diesem Sinne betrifft Änderungen in den persönlichen Verhältnissen der versicherten Person. Dazu gehört namentlich der Gesundheitszustand (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 13. Oktober 2017, 8C_170/2017, E. 5.1 mit zahlreichen Hinweisen).

4.3 Nach der Rechtsprechung bildet zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer Änderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG die letzte anspruchändernde (BGE 133 V 108 E. 4.1) oder auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruhende rechtskräftige Verfügung (BGE 133 V 108, 130 V 71 E. 3.2.3). Vorliegend sprach die IV-Stelle der Versicherten mit Verfügung vom 29. Mai 2002 gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 100 % rückwirkend ab 1. Januar 2002 eine ganze Invalidenrente zu. Im Rahmen des im Juni 2008 eingeleiteten Revisionsverfahrens folgte eine einlässliche materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit der Anordnung eines psychiatrischen Gutachtens bei Dr. med. F.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie. Gestützt auf dessen Gutachten vom 16. Juli 2009 samt Ergänzung vom 21. September 2009 bestätigte die IV-Stelle den Anspruch der Versicherten auf eine ganze Invalidenrente (vgl. Mitteilung vom 18. Dezember 2009). Im Rahmen der aktuellen Rentenrevision hob die IV-Stelle nach Vornahme einer umfassenden medizinischen Abklärung die laufende ganze Invalidenrente

mit Verfügung vom 3. Mai 2021 per 30. Juni 2021 auf. Demnach beurteilt sich die Frage, ob eine Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen eingetreten ist, die eine revisionsweise Aufhebung der bis anhin ausgerichteten Invalidenrente rechtfertigt, durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der (formlosen) Mitteilung vom 18. Dezember 2009 bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2021.

5.1.1 Die entscheidende, von den Parteien unterschiedlich beantwortete Frage des vorliegenden Verfahrens ist, ob ein Revisionsgrund im Sinne des Art. 17 ATSG gegeben ist. In diesem Zusammenhang ist zu klären, ob sich der Gesundheitszustand und der Grad der Arbeitsfähigkeit der Versicherten in einer anspruchserheblichen Weise verbessert haben. Grundlage für die Mitteilung vom 18. Dezember 2009 war das Gutachten von Dr. F.____ vom 16. Juli 2009. Dr. F.____ führte darin als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine chronifizierte mittel- bis schwergradige depressive Störung (ICD-10 F32.11/F32.21) auf. Anlässlich der Untersuchung zeigten sich gemäss den Ausführungen von Dr. F.____ Auffälligkeiten beim Langzeitgedächtnis der Versicherten. Sie könne sich nur vage an biografische Details erinnern; zeitliche Zuordnungen seien oft nicht möglich. Der Redefluss sei stockend und sie spreche mit flüsternder Stimme und deutlich verlangsamt. Sie sei auf die körperlichen Beschwerden, insbesondere auf die Kopf- und Nackenschmerzen, eingeengt; eine Umstellfähigkeit sei aber vorhanden. Es könne eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung festgestellt werden. Auf der Verhaltensebene zeige sich die Versicherte durchgängig gehemmt-depressiv. Ihr formaler Gedankengang sei zwar geordnet, aber deutlich verlangsamt und die Grundstimmung sei gedrückt-depressiv, affektstarr, jedoch nicht labil oder dysphorisch. Das Kontaktverhalten sei passiv sowie regressiv und die affektive Modulationsfähigkeit sei sehr reduziert. Zudem sei der Antrieb deutlich vermindert. Sowohl die Mimik als auch die Gestik seien ohne jeglichen Schwung. Während der ganzen Untersuchung habe sich keine Aufhellung gezeigt. Den Blickkontakt meide sie. Es gebe weder Hinweise auf eine akute oder latente Suizidalität noch auf ein Gefühl von Lebensüberdruß. Aufgrund der affektiven, psychomotorischen, kognitiven, formalgedanklichen und vegetativen Symptome sei die Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht erheblich beeinträchtigt. Auf der psychiatrisch körperlichen Ebene bestehe eine ausgeprägte Störung der Vitalgefühle. Im Hinblick auf die soziale Interaktion sei die Versicherte durch die Antriebsminderung und den krankheitsbedingt gewählten sozialen Rückzug in ihrer psychosozialen Leistungsfähigkeit deutlich eingeschränkt. Eine Verbesserung der psychophysischen und psychosozialen Leistungsfähigkeit sei nicht zu erwarten. Angesichts des deutlich prolongierten Behandlungs- und Heilverlaufs müsse von einer chronifizierten Störung ausgegangen werden. Es liege keine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit vor.

5.1.2 Gestützt auf die Stellungnahme von pract. med. G.____, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), vom 12. August 2009 ergänzte Dr. F.____ sein Gutachten am 21. September 2009. Darin führte er aus, dass aus medizinisch-theoretischer Sicht eine stationäre Behandlung die erfolgversprechendste Massnahme sei. Sollten diese Massnahmen greifen, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit mit einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen.

5.2 Um zu prüfen, ob eine Auflage zur Schadenminderung anzuordnen war, forderte die IV-Stelle den damals behandelnden Arzt der B.____, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, am 19. Oktober 2009 auf, Stellung zu den Empfehlungen von Dr. F.____ betreffend stationäre Behandlung zu nehmen. Dr. H.____ teilte in seiner Stellungnahme vom 23. November 2009 mit, dass die Versicherte seit der Begutachtung bei Dr. F.____ die verordneten Medikamente regelmässig einnehme und seither regelmässig Blutspiegelkontrollen durchgeführt würden. Aus diesem Grund sei ein stationärer Aufenthalt zur Optimierung der antidepressiven Medikation nicht angezeigt. Desgleichen sei die Prognose hinsichtlich einer Verbesserung der depressiven Symptomatik mit einer stationären Behandlung nicht erfolversprechend. Gestützt auf die Ausführungen von Dr. H.____ empfahl die RAD-Ärztin am 17. Dezember 2009, auf die Auflage einer Schadenminderungspflicht zu verzichten. In der Folge bestätigte die IV-Stelle am 18. Dezember 2009 den Anspruch der Versicherten auf eine ganze Invalidenrente.

6.1 Im Rahmen des im Jahr 2013 von Amtes wegen eingeleiteten Rentenrevisionsverfahrens berichtete Dr. H.____ am 25. November 2015 über einen unveränderten depressiven Zustand der Versicherten trotz medikamentöser Therapie. Weiter ging aus den Berichten von Dr. I.____, FMH Rheumatologie sowie FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation, vom 7. November 2012, von Dr. med. J.____, FMH Innere Medizin, vom 21. Januar 2013 und des Spitals L.____ vom 11. Juni 2015 und 27. März 2015 hervor, dass die Versicherte aufgrund somatischer Beschwerden untersucht wurde; ein organischer Befund für die geklagten Beschwerden konnte nicht erhoben werden.

6.2.1 Zur aktuellen Standortbestimmung holte die IV-Stelle ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. E.____ und ein rheumatologisches Gutachten bei Dr. D.____ ein. In seinem Gutachten vom 6. Juli 2016 diagnostizierte Dr. E.____ eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode (ICD-10 F33.0), welche die Arbeitsfähigkeit der Versicherten einschränke. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei die Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0). Bei der Untersuchung habe die Versicherte etwas vage Angaben, vor allem in Bezug auf die Zeit, gemacht. Demgegenüber seien ihre Ausführungen zur finanziellen Situation sehr präzise gewesen. Er habe keine Konzentrations- oder Gedächtnisstörungen feststellen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen seien intakt und ihre Ausführungen anschaulich gewesen. Demgegenüber seien die Stimmung monoton sowie herabgesetzt, die Psychomotorik verarmt und das Denken leichtgradig depressiv eingeengt gewesen. Es liessen sich aber keine Hinweise für eine mittel- oder schwergradige depressive Verstimmung finden. Er habe auch keinen verminderten Antrieb feststellen können. Zwar habe sich die Versicherte bei der Untersuchung langsam und bedächtig verhalten. Er habe jedoch beobachten können, dass sie nach der Untersuchung sehr lebhaft und ohne Verlangsamung auf ihren Mann zugegangen sei, der auf sie gewartet habe. Weiter habe sie von einem "Lebensverleider" berichtet, habe sich aber von Suizidgedanken distanziert. Sie habe auch eine Freudlosigkeit erwähnt. Gleichzeitig habe sie aber mit deutlich heiterer Mimik erzählen können, dass sie sich sehr freue, wenn sie Kontakt mit ihren zahlreichen Enkelkindern habe. Insgesamt sei die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichtgradige Episode, zu stellen. Die damit einhergehende leicht erhöhte Ermüdbarkeit, leichte depressive Verstimmung und verminderte psychische Belastbarkeit beeinträchtigen

die Arbeits- und Leistungsfähigkeit jedoch nur wenig. Da die Versicherte über nicht objektivierbare Kopf- und Magenschmerzen sowie Schwindel klage, sei zusätzlich eine Somatisierungsstörung zu diagnostizieren, welche jedoch derart gering ausgeprägt sei, dass die Arbeitsfähigkeit dadurch nicht beeinflusst werde. Das zeige sich auch darin, dass in dieser Hinsicht keine Behandlungen durchgeführt würden und die Versicherte wegen körperlicher Beschwerden nur gelegentlich Schmerzmittel einnehme. Weiter legte Dr. E. ____ dar, dass die Versicherte seit Jahren davon überzeugt sei, nicht arbeiten zu können. Sie pflege daher einen äusserst passiven Lebensstil und sei dadurch physisch sowie psychisch dekonditioniert. Sie zeige keine Motivation, etwas daran zu ändern. Aus diesem Grund seien Eingliederungsmassnahmen, welche ihr durchaus zumutbar wären, nicht sinnvoll. Weiter wies er darauf hin, dass die depressiven Verstimmungen, die geklagten Kopfschmerzen und die Schmerzen in der Magengegend seit dem Konflikt mit ihrer ehemaligen Arbeitgeberin beständen. Damit lägen psychosoziale Belastungen vor, die zur Entstehung der depressiven Störung massgeblich beigetragen hätten. Es handle sich damit nicht um eine eigenständige Erkrankung; sie sei auch nicht hereditär mit Depressionen belastet. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. E. ____ aus, dass die Versicherte aufgrund der depressiven Störung aus psychiatrischer Sicht sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei.

6.2.2 In seinem rheumatologischen Gutachten vom 21. November 2021 hielt Dr. D. ____ keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest. Das myotendinotische cervico-vertebrale Schmerzsyndrom, das myotendinotisch bedingte funktionelle Impingement bei der linken Schulter, die Schmerzen an den oberen Extremitäten, der Status nach Autounfall in Serbien am 30. Mai 2009, nach laparoskopischer Cholezystektomie am 1. März 2000 und nach vaginaler Hysterektomie am 21. Oktober 2004 beeinflussten die Arbeitsfähigkeit nicht. Bei der klinischen Untersuchung habe er an den oberen Extremitäten keine auffälligen Befunde feststellen können. Zwar bestehe gemäss den Röntgenbildern vom 2. Juni 2016 an beiden Händen eine leichte bis mässiggradig ausgeprägte Arthrose des Scaphoid-trapezium-trapezoid-Gelenks (STT-Gelenk). Allerdings sei dieses Leiden bei der klinischen Untersuchung asymptomatisch geblieben. Palpatorisch finde sich eine vermehrte Hartspannung der Unterarmmuskulatur, die als muskuläre Verkrampfung zu interpretieren sei. Es sei hier von funktionellen Veränderungen auszugehen, welche in der Somatisierungsstörung wurzelten. Er habe deshalb die Diagnose von Schmerzen an den oberen Extremitäten ohne eindeutiges organisches Korrelat im Rahmen der bekannten Somatisierungsstörung gestellt. An der linken Schulter beständen myotendinotische Veränderungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur, die prinzipiell reversibel seien und kein intraartikuläres, relevantes organisches Substrat innerhalb der Schulter für ihre Entstehung aufweisen würde. Der funktionelle Charakter dieser Beschwerden dominiere über das leichtgradige Ausmass der beginnenden degenerativen Veränderungen hinaus. Im Bereich des Nackens imponierten myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur über den leicht- bis mässiggradigen degenerativen Veränderungen ohne klinische Relevanz. Aufgrund der nach dem Autounfall in Serbien vom 30. Mai 2009 veranlassten radiomorphologischen Untersuchungen könnten posttraumatische Läsionen ausgeschlossen werden. Der behandelnde Hausarzt spreche auch nur von diffusen, einfachen Kontusionen (vgl. Bericht von Dr. C. ____ vom 2. Dezember 2015). Die Untersuchung der Brust- und Lendenwirbelsäule habe keine segmentalen Dysfunktionen gezeigt.

Bei den unteren Hüft-, Knie- und Sprunggelenken sowie Füssen beständen normale osteoartikuläre Verhältnisse und Funktionen. Gesamthaft ständen bei der Versicherten Zeichen einer persistierenden Somatisierungsstörung im Vordergrund, welche ein Vermeidungsverhalten unterstütze. Die leichtgradigen degenerativen Veränderungen der Halswirbelsäule, der Schulter und des STT-Gelenks seien aufgrund des geringen Ausmasses der objektiven Befunde klinisch nicht relevant. Aus diesem Grund sei es der Versicherten zumutbar, ihre bisherige Tätigkeit in der "Sulzerei" in der Lebensmittelproduktion, bei welcher es sich um eine körperlich leichte bis mittelschwere Arbeit mit der Notwendigkeit von Heben, Tragen und Stossen von Lasten bis maximal 12 kg handle, ohne relevante Einschränkungen auszuüben. Das gleiche Zumutbarkeitsprofil gelte für eine leidensangepasste Tätigkeit.

6.2.3 In der Konsensbeurteilung hielten die beiden Gutachter fest, dass die Versicherte aus psychiatrischer Sicht zu 20 % in ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. In rheumatologischer Hinsicht liessen sich keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit feststellen. Aus interdisziplinärer Sicht sei es deshalb der Versicherten möglich, jeder beruflichen Tätigkeit im Umfang von 80 % ab Datum der psychiatrischen Untersuchung (= 21. Juni 2016) nachzugehen. An dieser Einschätzung hielten die beiden Gutachter nach Einsicht in den Ermittlungs- und DVD-Observationsbericht in ihren Stellungnahmen vom 12. April 2017 (Dr. E.____) und 10. Januar 2018 (Dr. D.____) fest.

6.3 Im Vorbescheidverfahren liess die Versicherte der IV-Stelle den Bericht von Dr. H.____ vom 13. Mai 2019 zukommen. Dr. H.____ teilte darin mit, dass die Versicherte bei ihm seit dem 26. April 2000 in ambulanter, psychiatrisch-psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlung stehe. Die Gesprächsfrequenzen fänden je nach psychischer Verfassung alle 2 bis 4 Wochen statt. Die rezidivierende depressive Störung sei aktuell mittel- bis schwergradig ausgeprägt. Zudem leide sie nach wie vor an einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Die verordneten Medikamente beziehe die Versicherte regelmässig und deren Einnahme werde in der Praxis kontrolliert. Trotz regelmässiger antidepressiver Medikation bestehe die depressive Symptomatik weiterhin, weshalb es inzwischen zu einer Chronifizierung gekommen sei. Die Versicherte sei in den täglichen Aktivitäten eingeschränkt. Im Haushalt sei sie auf die Hilfe ihres ebenfalls psychisch angeschlagenen Ehemannes angewiesen. Im weiteren Verlauf berichtete Dr. H.____ am 10. Juli 2019, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten verschlechtert habe und nun eine schwergradige depressive Störung vorliege. Aufgrund ihrer Schwindelattacken und der Sturzgefahr könne die Versicherte nicht mehr alleine einkaufen. Mit Schreiben vom 16. August 2019 teilte der Rechtsvertreter der Versicherten mit, dass Dr. H.____ sie aufgrund des sehr schlechten psychischen Zustandes weiterhin bis Ende Oktober 2019 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben habe (vgl. Arztzeugnis vom 15. September 2019). Zudem wies er darauf hin, dass die Versicherte nach Stürzen mehrmals die Notfallstation habe aufsuchen müssen. In seinem Bericht vom 22. Oktober 2019 stellte sich Dr. H.____ auf den Standpunkt, dass das Gutachten von Dr. E.____ veraltet sei, weshalb eine neue Beurteilung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten angezeigt sei. Dies vor allem, weil seit seiner Begutachtung eine wesentliche gesundheitliche Verschlechterung eingetreten sei. Die Versicherte habe latente Suizidgedanken. Aufgrund der Antriebsstörung und der gedrückten Stimmung sei weder eine Arbeit in der freien Wirtschaft noch im geschützten Rahmen möglich.

6.4.1 In Bezug auf den somatischen Krankheitsverlauf ist den Berichten von Dr. C.____ vom 23. August 2019 und des Spitals L.____ vom 23. September 2019 zu entnehmen, dass die Versicherte neu an einem lumboradikulären Schmerzsyndrom L4 mit Bandscheibenprotrusion foraminal LWK3/4 leidet. Gestützt auf diese Berichte erachtete die RAD-Ärztin pract. med. G.____ weiterhin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit aus somatischer Sicht als gegeben. Sie passte jedoch das Zumutbarkeitsprofil wie folgt an: "körperlich leichte Tätigkeit, Möglichkeit zu Pausen, keine Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder mit gefährlichen Maschinen, Lasten bis 5 kg, kein hoher zeitlicher und emotionaler Stress, Möglichkeit zu Wechsellagen, keine Zwangshaltungen wie langandauerndes Bücken oder Überkopf, kein repetitives Bücken oder Rotieren im Rumpfbereich sowie keine Exposition gegenüber extremen Umwelteinflüssen wie Kälte, Nässe oder stark schwankenden Temperaturen" (vgl. Aktennotiz vom 16. Oktober 2019). Dr. med. K.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, die seit der Pensionierung des Hausarztes Dr. C.____ die Versicherte behandelt, führte in ihrem Bericht vom 3./4. Februar 2020 als somatische Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit das bekannte lumboradikuläre Schmerzsyndrom sowie eine Adipositas (BMI 34,9 kg/m²) auf. Aufgrund der lumbalen Schmerzen sei die Versicherte in ihrem Bewegungsumfang eingeschränkt. Langes Stehen oder Sitzen sowie das Tragen von Lasten bereiteten ihr Schmerzen. Eine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nahm sie jedoch nicht vor.

6.4.2 Vom 18. bis 21. Februar 2020 war die Versicherte im Spital L.____ hospitalisiert. Dem Austrittsbericht vom 7. April 2020 ist unter anderem zu entnehmen, dass aufgrund der lumbalen Schmerzproblematik am 22. Oktober 2019 und am 19. November 2019 Infiltrationen bei den Facettengelenken L4/5 und bei der Nervenwurzel L4 durchgeführt wurden (vgl. auch Bericht des Spitals L.____ vom 18. Dezember 2019). Aufgrund der nicht zufriedenstellenden Schmerzproblematik wurde am 18. Februar 2020 eine Infiltration der foraminalen Nervenwurzel L5 vorgenommen, welche gemäss Bericht des Spitals L.____ vom 7. April 2020 zu einer wesentlichen Verbesserung der Beschwerden führte. Auf Anfrage der IV-Stelle teilten die behandelnden Ärzte des Spitals L.____ am 9. September 2020 mit, dass sie zum von pract. med. G.____ am 16. Oktober 2019 formulierten Zumutbarkeitsprofil nichts beizufügen hätten. Klinisch, bildgebend und myographisch zeigten sich keine Anhaltspunkte für ein radikulär sensibles oder motorisches Reiz- oder Ausfallsyndrom. Aus klinischer und radiologischer Sicht sei eine normale Arbeitsbelastung zumutbar. Aufgrund der psychischen Faktoren mit chronischen Schmerzen und der pseudoradikulären Lumboischialgie ohne klare Ätiologie könnten sie keine Angaben zum zumutbaren Pensum machen. Gestützt auf diesen Bericht hielt die RAD-Ärztin pract. med. G.____ am 4. Dezember 2020 an ihrer Zumutbarkeitsbeurteilung vom 16. Oktober 2019 fest.

7.1 Die IV-Stelle stützte sich bei der Beurteilung des aktuellen medizinischen Sachverhaltes und bei ihrer Entscheid über die Frage, ob eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes der Versicherten eingetreten ist, auf die Beurteilungen der Dres. E.____ und D.____ vom 6. Juli 2017/21. November 2017 samt Stellungnahmen vom 12. April 2017 und 10. Januar 2018 sowie auf die RAD-Stellungnahmen von pract. med. G.____ vom 23. Mai 2016, vom 21. März 2017, vom 16. und 28. Oktober 2019 und vom 4. Dezember 2020. Sie ging demzufolge davon

aus, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten seit der ursprünglichen Rentenverfügung vom 25. Mai 2002 bzw. seit der Begutachtung durch Dr. F.____ im Jahr 2009 verbessert habe und die Versicherte in einer leidensangepassten Tätigkeit nur noch zu 20 % in ihrer Arbeits- und Erwerbsfähigkeit eingeschränkt sei.

7.2 Diese vorinstanzliche Beweiswürdigung ist nicht zu beanstanden. Wie oben ausgeführt (vgl. E. 3.3 hiervor), ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche Indizien liegen hier keine vor. Das bidisziplinäre Gutachten der Dres. E.____ und D.____ weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 3.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es beruht auf allseitigen Untersuchungen, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden, es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden, es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der aktuellen medizinischen Situation ein und es ist in den Schlussfolgerungen überzeugend.

7.3.1 Entgegen der Ansicht der Versicherten setzte sich Dr. E.____ auch mit den abweichenden psychiatrischen Beurteilungen von Dr. H.____ auseinander. So wies er auf Seite 16 seines Gutachtens vom 6. Juli 2017 auf die Feststellungen von Dr. H.____ hin, wonach die Versicherte einen deprimiert wirkenden Affekt, eine herabgesetzte Stimmung sowie eine Antriebs-, Hoffnungs- und Perspektivlosigkeit aufweise. Auch er habe depressive Symptome feststellen können, die jedoch lediglich gering ausgeprägt gewesen seien. Im Gegensatz zu Dr. H.____ sei der Antrieb der Versicherten jedoch nicht vermindert gewesen. Hinweise, welche auf eine schwere depressive Störung hindeuten würden, hätten nicht bestanden. Gegen das Vorliegen einer schwereren depressiven Erkrankung spreche auch die Tatsache, dass sich die Versicherte noch nie in einer stationären psychiatrischen Behandlung befunden habe. Auch wenn diese Ausführungen eher knapp sind, reichen sie zusammen mit dem Gesamtbild, welches Dr. E.____ von der Versicherten vermittelt, aus, um den Gesundheitszustand der Versicherten zuverlässig beurteilen zu können. Demgegenüber sind die Diagnosen von Dr. H.____ zu wenig begründet, um die von ihm diagnostizierte mittel- bzw. schwergradige depressive Störung nachvollziehen zu können. Zudem kann seinen Beurteilungen nicht entnommen werden, ob und gegebenenfalls inwieweit sich die von ihm diagnostizierte Somatisierungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit der Versicherten auswirkt. Seine Beurteilungen sind deshalb nicht geeignet, an den Feststellungen von Dr. E.____ zu zweifeln.

7.3.2 Eine Auseinandersetzung mit den Ergebnissen von Dr. F.____ erfolgte insoweit, als Dr. E.____ zur von Dr. F.____ diagnostizierten mittelgradigen- bis schwergradigen depressiven Störung festhielt, dass es inzwischen keine Anhaltspunkte mehr für dieses Ausmass gebe. Ein Vergleich der psychopathologischen Befunde von Dr. F.____ und Dr. E.____ zeigt auf, dass sich der psychische Gesundheitszustand der Versicherten seit der Begutachtung durch Dr. F.____ im Jahr 2009 verbessert hat. So stellte Dr. F.____ noch einen deutlich verminderten Antrieb, einen

gedrückt-depressiven ("versteinerten") Habitus, eine affektstarre Grundstimmung, eine Verlangsamung beim Gehen und beim Sprechen sowie eine Mimik und Gestik ohne jeglichen Schwung fest. Zudem berichtete er von einer deutlich reduzierten Modulationsfähigkeit, welche sich während der ganzen Untersuchung nicht verändert habe. Bei der Untersuchung durch Dr. E.____ war weder ein verminderter Antrieb noch eine wesentliche Verlangsamung festzustellen. Es lag zwar noch eine herabgesetzte und depressive Stimmung sowie eine verarmte Psychomotorik vor. Gemäss den Ausführungen von Dr. E.____ hellte die Mimik der Versicherten jedoch deutlich auf, als sie von ihren Enkelkindern erzählte. Zudem konnte Dr. E.____ ein lebhaftes Verhalten beobachten, als die Versicherte nach der Untersuchung auf ihren wartenden Ehemann zuinging. Dass die Konsensbesprechung gemäss den Angaben von Dr. E.____ am 6. Juli 2016 stattfand, das Gutachten von Dr. D.____ aber vom 21. November 2017 datiert, ist – entgegen der Ansicht der Versicherten – nicht merkwürdig, wurde doch die Versicherte bereits am 23. Mai 2016 von Dr. D.____ untersucht. Damit stand Dr. D.____ mehr als ein Monat zur Verfügung, seine Untersuchungsbeobachtungen auszuwerten, zu beurteilen und mit Dr. E.____ zu besprechen.

7.4 Was die Versicherte weiter vorbringt, vermag an der Richtigkeit der vorinstanzlichen Beweiswürdigung nichts zu ändern. So macht sie geltend, dass kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden sei. Insbesondere seien die vorhandenen Ressourcen nicht genügend geprüft worden. Entgegen der Ansicht der Versicherten nahm Dr. E.____ eine Standardindikatorenprüfung vor (vgl. Gutachten ab S. 12). Dabei hat er zu den einzelnen massgebenden Standardindikatoren Stellung genommen, so auch zu den Ressourcen der Versicherten (vgl. Gutachten, Ziffer 9.5). Er kommt zum nachvollziehbaren Schluss, dass aufgrund der bei der Versicherten evaluierten Ressourcen die Arbeitsfähigkeit lediglich zu 20 % eingeschränkt sei. Auch wenn seine Ausführungen zu den einzelnen Indikatoren-Komplexen zum Teil knapp ausgefallen sind, so ist die Erörterung der Standardindikatoren letztlich doch rechtsgenügend erfolgt. Dieser Ansicht ist im Übrigen auch RAD-Ärztin pract med. G.____ (vgl. Stellungnahme vom 21. März 2017).

7.5.1 In Bezug auf die beanstandete Aktualität des bidisziplinären Gutachtens der Dres. E.____ und D.____ ist darauf hinzuweisen, dass auf medizinische Berichte solange abgestellt werden kann, als sie den medizinischen Sachverhalt zuverlässig wiedergeben (BGE 125 V 352 E. 3b). Damit bestimmt sich der Beweiswert eines Gutachtens nicht aufgrund seines Alters, sondern seines Inhalts. Wie die IV-Stelle in ihrer Vernehmlassung vom 9. Juli 2021 zutreffend ausführt, ist der Verlauf der psychiatrischen und somatischen Entwicklung seit der Begutachtung durch Dr. E.____ und Dr. D.____ gut dokumentiert. In psychiatrischer Hinsicht berichtete zwar Dr. H.____ am 10. Juli 2019 und 22. Oktober 2019, dass sich der psychische Gesundheitszustand seit seinem Bericht vom 25. November 2015 zunehmend verschlechtert habe. Mit der IV-Stelle ist aber einig zu gehen, dass diese Beurteilungen nicht überzeugen, hat sich doch die psychiatrische Medikation seit November 2015 nicht wesentlich verändert (vgl. auch Bericht von Dr. K.____ vom 4. Februar 2020). Eine Anpassung der Medikation wäre jedoch bei einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten gewesen. Aus dem Bericht von Dr. H.____ geht auch nicht hervor, dass sich die Therapiefrequenz geändert hätte. Ausserdem führte Dr. H.____ auch keine objektiven Befunde auf, welche auf eine wesentliche Verschlechterung

rung des psychischen Gesundheitszustandes der Versicherten hindeuten würden. Seine Ausführungen erweisen sich demnach als zu wenig überzeugend, um daraus eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 20 % ableiten zu können.

7.5.2 In somatischer Hinsicht steht hingegen fest, dass die Versicherte neu an einer lumbalen Schmerzsymptomatik leidet. Bei den übrigen nach der Begutachtung durch Dr. D.____ neu festgestellten somatischen Diagnosen (Status nach Verbrennung 1. Grades am Oberarm und Hals rechts im Mai 2018, nach Refluxösophagitis 2. Grades sowie nach passagerem vestibulärem Ausfall im September 2011, Abdominalschmerzen, Lebersteatose und Adipositas) lassen sich aus den entsprechenden Arztberichten keine Hinweise entnehmen, dass sie Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten; dies wird von der Versicherten auch nicht geltend gemacht. In Bezug auf das lumbale Geschehen steht gestützt auf den Bericht des Spitals L.____ fest, dass die am 18. Februar 2020 durchgeführte Infiltration der Nervenwurzel L5 zu einer deutlichen Verbesserung der lumbalen Beschwerden geführt hat (vgl. Bericht vom 7. April 2020). Die behandelnden Ärzte des Spitals L.____ attestierten der Versicherten denn auch im September 2020 aus somatischer Sicht wieder eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. Bericht vom 9. September 2020). Der Einwand der Versicherten, wonach klare Hinweise für eine radikuläre Reiz- oder Ausfallsymptomatik beständen, ist nicht stichhaltig. Wie dem zuletzt erwähnten Bericht des Spitals L.____ zu entnehmen ist, konnten die behandelnden Ärzte ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom weder sicher bestätigen noch ausschliessen. Da sie darin von einer pseudoradikulären Symptomatik sprachen und der Versicherten eine normale Arbeitsbelastung zumuteten, ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmen, dass die Versicherte spätestens seit Anfang September 2020 nicht (mehr) an einem radikulären Reiz- oder Ausfallsyndrom leidet. Sollte sich – wie die Versicherte geltend macht – die somatische Problematik im Laufe der Zeit wesentlich verschlechtern, bleibt ihr unbenommen, mit entsprechenden Arztzeugnissen bei der IV-Stelle eine Neu Anmeldung vorzunehmen.

7.5.3 Im Weiteren hat die RAD-Ärztin pract. med. G.____ die somatischen Leiden insofern berücksichtigt, als sie das von Dr. D.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil zu Gunsten der Versicherten angepasst hat (vgl. Erwägung 6.4.1). Dieses Zumutbarkeitsprofil wurde von den behandelnden Ärzten des Spitals L.____ mit Schreiben vom 9. September 2020 bestätigt, weshalb kein Anlass besteht, an den Ausführungen der RAD-Ärztin zu zweifeln. Gestützt auf die Beurteilung von pract. med. G.____ ist demzufolge davon auszugehen, dass die Versicherte ihre angestammte Tätigkeit als Betriebsarbeiterin in der Lebensmittelproduktion nicht mehr ausführen kann, handelt es sich doch bei dieser Arbeit gemäss Einschätzung von Dr. D.____ um eine leichte bis mittelschwere Arbeit. Hingegen besteht in einer leichten, wechselbelastenden beruflichen Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit, sofern die Versicherte die Möglichkeit hat, Pausen für Lockerungs- und Entspannungsübungen einzulegen. Zudem sind Arbeiten auf Leitern und Gerüsten oder mit gefährlichen Maschinen, mit Stossen, Tragen oder Heben von Lasten von mehr als 5 kg, mit hohem zeitlichem oder emotionalem Stress, in Zwangshaltungen wie langandauerndes Kauern, Bücken oder Überkopf, mit repetitivem Bücken oder mit Rotieren im Rumpfbereich und mit Expositionen gegenüber extremen Umwelteinflüssen wie Kälte, Nässe oder stark schwankenden Temperaturen zu vermeiden.

7.6 Nach dem Gesagten lassen die vorhandenen medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Versicherten zu. Aus diesem Grund drängt sich eine Neubeurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten nicht auf. Es kann deshalb auf die von ihr beantragte Durchführung von weiteren medizinischen Abklärungen verzichtet werden (sog. antizipierte Beweiswürdigung; vgl. dazu BGE 141 I 60 E. 3.3, 126 V 130 E. 2a, 124 V 90 E. 4b, 122 V 157 E. 1d, 119 V 335 E. 3c in fine mit Hinweisen).

8.1 Weiter bringt die Versicherte vor, dass die von der IV-Stelle im Laufe des Revisionsverfahrens in Auftrag gegebene Observation rechtswidrig erlangtes Bildmaterial enthalte. Auf den Aufnahmen sei ersichtlich, dass sie mit einem starken Teleobjektiv auf dem Balkon ihrer Wohnung aufgenommen worden sei. Unter diesen Umständen könne nicht mehr von einem öffentlich frei einsehbaren Raum gesprochen werden, wie dies das Bundesgericht für eine rechtmässige Observation verlange. Sie stimmt jedoch der IV-Stelle gleichzeitig zu, dass aus der Observation keine aufschlussreichen Erkenntnisse hätten gewonnen werden können. Aus den Akten, namentlich aus den Stellungnahmen von Dr. E. ____ vom 12. April 2017 und von Dr. D. ____ vom 10. Januar 2018, ergibt sich, dass die Observationsergebnisse tatsächlich nicht ausschlaggebend für die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit waren, weshalb auf eine Prüfung der Frage der Verwertbarkeit der Observationsunterlagen grundsätzlich verzichtet werden kann.

8.2.1 Auch wenn die folgenden Ausführungen für den vorliegenden Fall nicht entscheiderelevant sind, wird dennoch auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung hingewiesen, welche sich mit den Einwänden der Versicherten befasst. Im BGE 137 I 327 hatte das Bundesgericht einen Fall zu beurteilen, in welchem Videoaufnahmen von einer versicherten Person vorlagen, auf welchen diese auf zwei Balkonen und ausser Haus zu sehen war. Es erachtete eine solche Observation als zulässig, soweit und solange sich die zu observierende Person nicht auf abgeschirmten Balkonen aufhalte (vgl. E. 6.2). Zwar ist dieser Entscheid vor Erlass des Urteils vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz (61838/10) ergangen, mit welchem der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte (EGMR) erkannt hat, dass für eine Observation, die im Auftrag eines (sozialen) Unfallversicherers durch einen Privatdetektiv erfolgt sei, keine ausreichende gesetzliche Grundlage bestehe. Im Grundsatzurteil BGE 143 I 377 entschied jedoch das Bundesgericht unter Berücksichtigung der Erwägungen des Urteils des EGMR, dass Beweismaterial, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen worden sei, nicht verwertet werden dürfe (E. 5.1.3). Zum Begriff des öffentlich einsehbaren Raums verwies es auf den oben zitierten BGE 137 I 327. Im Lichte dieser Rechtsprechung kann für den vorliegenden Fall festgehalten werden, dass die Observation der Versicherten auf dem Balkon zulässig war. Denn auf den Aufnahmen ist erkennbar, dass der Balkon von der Strasse aus frei einsehbar und damit nicht abgeschirmt war.

8.2.2 Hingegen sind die von der Versicherten geäusserten Zweifel an der Rechtmässigkeit der Observation bei Verwendung eines Teleobjektivs nicht unbegründet. Denn laut dem seit 1. Oktober 2019 in Kraft stehenden Art. 7i der Verordnung über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSV) vom 11. September 2002 dürfen für Bildaufzeichnungen keine Instrumente eingesetzt werden, die das natürliche menschliche Wahrnehmungsvermögen wesentlich

erweitern. Verboten sind damit alle Geräte, die etwas sichtbar machen, was ansonsten zur gegebenen Tageszeit und aus der Position der observierenden Person nicht sichtbar wäre. Nach den Erläuterungen des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) sind beispielsweise stark vergrössernde Teleobjektive unzulässig (vgl. erläuternder Bericht des BSV vom 7. Juni 2019 betreffend die Änderung der ATSV: Ausführungsbestimmungen zur Überwachung von Versicherten (Art. 43a und 43b ATSG), S. 8 und 12; vgl. auch ANDREAS TRAUB, Observation im IV-Verfahren: Fitnesscenter als frei einsehbarer Ort?, in: SZS 2019 S. 206). Demgegenüber ist das Fotografieren bzw. Filmen mit einem Zoom-Objektiv gemäss Bundesgericht zulässig (vgl. Urteil vom 15. Mai 2019, 8C_837/2018). Vorliegend ist aufgrund des in den Akten befindlichen Filmmaterials festzustellen, dass bei der Observation der Versicherten ein vergrösserndes Objektiv verwendet worden ist. Ob es sich dabei um ein derart starkes Objektiv gehandelt hat, welches die Grenze der Zulässigkeit überschreitet, kann ohne weitere Abklärungen nicht beurteilt werden. So lässt sich dem Observationsbericht nicht entnehmen, welche Objektive zum Einsatz kamen und in welcher Entfernung sich die observierende Person vom Balkon der Versicherten aufhielt. Auch wenn die Observation vor Inkrafttreten des Art. 7i ATSV erfolgte, wäre – im Fall von Entscheidungsrelevanz – zu prüfen gewesen, ob die Verwendung eines stark vergrössernden Objektivs auch unter altem Recht zulässig war.

9.1 Zu beurteilen bleiben die erwerblichen Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach wird für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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). Dies ist die allgemeine Methode des Einkommensvergleichs (BGE 141 V 15 E. 3.2) mit den Untervarianten des Schätzungs- oder Prozentvergleichs (BGE 114 V 310 E. 3a) und der ausserordentlichen Methode (BGE 128 V 29).

9.2 Die IV-Stelle hat in der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2021 einen Einkommensvergleich vorgenommen und dabei in Gegenüberstellung des Valideneinkommens von Fr. 47'990.-- und des Invalideneinkommens von Fr. 43'766.-- einen Invaliditätsgrad von 9 % ermittelt. Weder aus der Verfügung noch aus der Vernehmlassung lässt sich – wie die Versicherte richtig feststellt – ermitteln, aufgrund welcher Grundlagen der Invaliditätsgrad bemessen worden ist. Es ist deshalb an dieser Stelle ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

9.3.1 Unter dem Valideneinkommen ist jenes Einkommen zu verstehen, welches die versicherte Person im Zeitpunkt des Rentenbeginns aufgrund ihrer beruflichen Fähigkeiten und persönlichen Umstände nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als gesunde tatsächlich verdienen würde. Die Einkommensermittlung hat so konkret wie möglich zu erfolgen. Entscheidend ist, was die versicherte Person im Gesundheitsfall tatsächlich an Einkommen erzielen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte (BGE 135 V 58 E. 3.1). Da nach empirischer Feststellung in der Regel die bisherige Tätigkeit im Gesundheitsfall weitergeführt worden wäre, ist Anknüpfungspunkt für die Bestimmung des Valideneinkommens grundsätzlich

der letzte vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielte, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepasste Verdienst (BGE 139 V 28 E. 3.3.2).

9.3.2 Aus den Akten geht hervor, dass die ehemalige Arbeitgeberin der Versicherten das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst hat (vgl. Kündigungsschreiben vom 8. August 2000). Demnach ist davon auszugehen, dass die Versicherte im Gesundheitsfall weiterhin als Betriebsarbeiterin bei der M.____ AG tätig wäre. Gemäss den Angaben der damaligen Arbeitgeberin verdiente die Versicherte im Jahr 2001 ein Einkommen von Fr. 39'078.23 (8,6 Stunden x Fr. 17.45 [inkl. 8,33 % {Ferienentschädigung} + 8 % {Anteil 13. Monatslohn}] x 21,7 x 12; vgl. Fragebogen Arbeitgeber vom 24. April 2001). Nach Anpassung dieses Betrages an die Nominallohnentwicklung ergibt sich für das Jahr 2021 ein massgebendes Valideneinkommen von Fr. 48'072.80 (vgl. Bundesamt für Statistik [BFS]: T1.93 Nominallohnindex 1993 - 2020 Frauen [Stand 2001: 2245; Stand 2020: 2784] + Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung 2021, II. Quartal [- 0,8 %]).

9.4.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in welcher die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches tatsächlich erzieltes Erwerbseinkommen gegeben, namentlich weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, so können insbesondere Tabellenlöhne gemäss den vom BFS periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) herangezogen werden (BGE 143 V 295 E. 2.2, 139 V 592 E. 2.3, 135 V 297 E. 5.2 und 129 V 472 E. 4.2.1 je mit Hinweisen).

9.4.2 Da die Versicherte seit Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen keiner bzw. keiner zumutbaren Erwerbstätigkeit mehr nachging, ist das Invalideneinkommen unter Beizug der Tabellenlöhne der LSE festzusetzen (vgl. dazu BGE 126 V 75 E. 3b/bb mit Hinweisen und 124 V 321 E. 3b/aa). Gemäss Tabelle TA1_tirage_skill_level der LSE 2018, Privater Sektor, Total, beläuft sich der Totalwert im Kompetenzniveau 1, Frauen, auf Fr. 4'371.--. Indexiert und umgerechnet auf die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von 41,7 Stunden (BFS: T 03.02.03.01.04.01, Statistik der betriebsüblichen Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, 2020, Total; BFS: T1.2.15 Nominallohnindex Frauen 2016 – 2020 [2019: 1,0 %; 2020: 0,9 %] + Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung 2021, II. Quartal [- 0,8 %]) beträgt das jährliche Invalideneinkommen Fr. 55'279.25 (Fr. 4'371.-- x 12 x 41,7 : 40 x 1,0 % x 0,9 % x - 0,8 %). Unter Berücksichtigung des zumutbaren Pensums von 80 % resultiert daraus ein Invalideneinkommen von Fr. 44'223.40.

9.4.3 Stellt man im Einkommensvergleich dieses Invalideneinkommen von Fr. 44'223.40 dem oben ermittelten Valideneinkommen von Fr. 48'072.80 gegenüber, so ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 3'849.40 bzw. ein Invaliditätsgrad von gerundet 8 % (vgl. zur Rundungspraxis des Bundesgerichts: BGE 130 V 121). Bei einem berechneten Invaliditätsgrad von 8 % hat die

Versicherte keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Selbst bei Vornahme des maximalen Leidensabzugs von 25 % ergibt sich ein hypothetisches Invalideneinkommen von Fr. 33'167.55 (Fr. 44'223.40 x 75 %) und damit kein anspruchrelevanter Invaliditätsgrad von 31 % (Fr. 48'072.80 – Fr. 33'167.55 = Fr. 14'905.25 x 100 : Fr. 48'072.80).

9.5.1 An diesem Ergebnis ändert auch eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen nichts. Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung ist dem Umstand, dass eine Person aus invaliditätsfremden Gründen (z.B. geringe Schulbildung, fehlende berufliche Ausbildung, mangelnde Deutschkenntnisse) ein deutlich unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielte, im Rahmen der Bestimmung des Invaliditätsgrades nach Art. 16 ATSG mittels Parallelisierung der Einkommen Rechnung zu tragen, sofern keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sie sich aus freien Stücken mit einem bescheideneren Einkommensniveau begnügen wollte (BGE 141 V 1 E. 5.4, 134 V 322 E. 4.1 und 125 V 146 E. 5c/bb mit Hinweisen). Die Parallelisierung kann entweder auf Seiten des Valideneinkommens durch eine entsprechende Heraufsetzung des effektiv erzielten Einkommens vorgenommen oder durch Abstellen auf statistische Werte oder auf Seiten des Invalideneinkommens durch eine entsprechende Herabsetzung des statistischen Wertes erfolgen (BGE 134 V 322 E. 4.1 mit Hinweisen). Sie ist indessen nur vorzunehmen, wenn der tatsächlich erzielte Verdienst mindestens 5 % vom branchenüblichen LSE-Tabellenlohn abweicht. Es ist daher nur in dem Umfang zu parallelisieren, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.2 und 6.1.3). Sind die Voraussetzungen der Einkommensparallelisierung erfüllt, weil die versicherte Person aus invaliditätsfremden Gründen infolge fehlender Berufsausbildung und mangelhafter Sprachkenntnisse ein unterdurchschnittliches Valideneinkommen erzielt hatte, welches um mindestens 5 % unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt, so vermögen dieselben Faktoren praxisgemäss nicht zusätzlich auch noch einen Leidensabzug zu begründen (BGE 135 V 297 E. 6.2)

9.5.2 Vorliegend erweist sich das Valideneinkommen von Fr. 48'072.80 (vgl. Erwägung 9.3.2) im Vergleich mit dem durchschnittlichen Einkommen bei der Herstellung von Nahrungsmitteln als unterdurchschnittlich. Gemäss LSE 2018, Tabelle TA1, Rubrik "Herstellung von Nahrungsmitteln, Getränkeherstellung", Kompetenzniveau 1, konnten Frauen in diesem Bereich im Jahr 2018 im Durchschnitt ein jährliches Einkommen von Fr. 51'627.50 erzielen (Fr. 4'078.-- x 12 : 40 x 42,2 [BFS: T 03.02.03.01.04.01: Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen, Rubrik "Herstellung von Nahrungsmitteln und Tabakerzeugnissen"]). Nach Anpassung an die bis 2021 erfolgte Nominallohnentwicklung ergibt sich ein branchennübliches Einkommen von Fr. 52'085.90 (Fr. 51'627.50 x 1,6 % x 0,1 % [BFS: T1.2.15 Nominallohnindex Frauen 2016 – 2020, Rubrik: "Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren" + Quartalschätzung der Nominallohnentwicklung 2021, II. Quartal [- 0,8 %]). Im Vergleich mit dem Valideneinkommen der Versicherten von Fr. 48'072.80 liegt dieser Verdienst 8,35 % höher. Folglich ist das Invalideneinkommen – unter Berücksichtigung des Erheblichkeitsgrenzwertes von 5 % – um 3,35 % zu verringern. Vom Invalideneinkommen von Fr. 55'279.25 ist deshalb ein Betrag von Fr. 1'851.85 (Fr. 55'279.25 x 3,35 %) in Abzug zu bringen, womit sich unter Berücksichtigung einer zumutbaren Arbeitsfähigkeit von 80 % ein Invalideneinkommen von Fr. 42'741.90 (Fr. 55'279.25 – Fr. 1'851.85 = Fr. 53'427.40 x 80 %) ergibt.

9.5.3 Bei einem Valideneinkommen von Fr. 48'072.80 und einem Invalideneinkommen von Fr. 42'741.90 beträgt die Einkommenseinbusse Fr. 5'330.90, was einem Invaliditätsgrad von gerundet 11 % entspricht. Die Frage, ob ein leidensbedingter Abzug zu berücksichtigen ist, kann offengelassen werden, da sich auch ein Maximalabzug von 25 % nicht leistungsrelevant auswirken würde (Fr. 48'072.80 [Valideneinkommen] - Fr. 32'056.45 [Invalideneinkommen: Fr. 42'741.90 x 75 %] = Fr. 16'016.35 [Einkommenseinbusse] x 100 : Fr. 48'072.80 = 33,3 % [Invaliditätsgrad]). Damit ergibt sich auch mit einer Parallelisierung der Einkommen kein Rentenanspruch.

10. Bei diesem Ergebnis ist von Amtes wegen zu beachten, dass bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, nach mindestens 15 Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen sind, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. In solchen Fällen ist die Prüfung und eine allfällige Durchführung von Eingliederungsmassnahmen Voraussetzung für die Rentenaufhebung (vgl. zum Ganzen BGE 145 V 209 E. 5.1). Die 1960 geborene Versicherte war im massgebenden Zeitpunkt der Aufhebungsverfügung älter als 55 Jahre und bezog die ganze Invalidenrente mehr als 15 Jahre. In der Folge hat die IV-Stelle die Prüfung der Selbsteingliederungspflicht vorgenommen, indem sie im Februar 2019 Eingliederungsmassnahmen einleitete (vgl. Einladung zum Erstgespräch vom 20. Februar 2019, Erstgespräch Rentenrevision 55+/15+ vom 6. März 2019, Aufforderung zur Mitwirkung/Schadenminderung vom 7. März 2019). Aus dem Protokoll des Erstgesprächs geht hervor, dass sich die Versicherte gesundheitlich nicht in der Lage sehe, einer Arbeit – selbst im geschützten Rahmen – nachgehen zu können. Im Abschlussbericht Eingliederungsmassnahme vom 25. März 2019 wurde mit Verweis auf die medizinischen Akten festgehalten, dass bei der Versicherten eine subjektive Krankheitsüberzeugung und eine fehlende Mitwirkung beständen. Nachdem der Rechtsvertreter im Schreiben vom 24. Juli 2019 festgehalten hatte, dass die Versicherte bereit sei, an Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen bzw. sich einer stationären medizinischen Behandlung zu unterziehen, teilte er am 16. August 2019 nun mit, dass die Versicherte infolge einer zwischenzeitlich eingetretenen Verschlechterung des somatischen und psychischen Gesundheitszustandes zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden sei (vgl. Bericht des Spitals N.____ vom 14. Juli 2019 samt Rapporte vom 16. Juli 2019 sowie Arbeitsunfähigkeitszeugnisse von Dr. H.____ vom 15. August 2019 und von Dr. C.____ vom 23. August 2019). Sie sei jedoch weiterhin bereit, sich Eingliederungsmassnahmen zu unterziehen, sobald dies ihr Gesundheitszustand erlaube. Als der Versicherten die Teilnahme an Eingliederungsmassnahmen wieder zumutbar war, lud die IV-Stelle diese mit Schreiben vom 16. Oktober 2019 zu einem Vorstellungsgespräch in der Eingliederungsstätte am 28. Oktober 2019 ein, um die Ziele des vorgesehenen Belastbarkeitstrainings vom 29. Oktober 2019 bis 31. Januar 2020 zu besprechen. Am 22. Oktober 2019 informierte Dr. H.____ die IV-Stelle, dass es der Versicherten aus psychischen Gründen nicht möglich sei, den Vorstellungstermin wahrzunehmen. In der Folge hielt die IV-Stelle in der Aktennotiz vom 28. Oktober 2019 fest, dass Eingliederungsmassnahmen aufgrund der fehlenden Mitwirkung der Versicherten bzw. eines selbstlimitierenden Verhaltens nicht realisierbar seien. Unter Berücksichtigung der Beurteilungen von Dr. D.____ und Dr. E.____, wonach die Versi-

cherte trotz zumutbarer 80 %igen Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit seit Jahren keine Motivation zeige, einer beruflichen Arbeit nachzugehen, durfte die IV-Stelle von der Durchführung von weiteren Eingliederungsmassnahmen absehen. Gleichzeitig steht fest, dass die IV-Stelle ihrer Pflicht zur Prüfung der Selbsteingliederungsfähigkeit der Versicherten nachgekommen ist. Die Einstellung der Rente erweist sich deshalb auch unter dem Aspekt der Selbsteingliederung als rechens, was von der Versicherten zu Recht nicht bemängelt wird.

11. Aus dem Gesagten folgt zusammenfassend, dass sich der Gesundheitszustand der Versicherten seit der Begutachtung durch Dr. F. ____ derart verbessert hat, als sie keinen Anspruch (mehr) auf eine Invalidenrente hat. Zudem erweist sich die von der IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung vom 3. Mai 2021 angeordnete Rentenaufhebung auch hinsichtlich der Selbsteingliederungsfähigkeit als rechens, wobei die Aufhebung gestützt auf Art. 88^{bis} Abs. 2 lit. a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV) vom 17. Januar 1961 korrekterweise vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats (hier: 1. Juli 2021) an erfolgte. Die vorliegende Beschwerde ist demnach unbegründet, weshalb sie abgewiesen werden muss.

12.1 Gemäss 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Bei Fällen wie dem vorliegenden, in denen ein durchschnittlicher Verfahrensaufwand entstanden ist, setzt das Gericht die Verfahrenskosten in Berücksichtigung des bundesrechtlichen Kostenrahmens einheitlich auf Fr. 800.-- fest. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr aufzuerlegen sind.

12.2 Dem Prozessausgang entsprechend hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle.

Demgemäss wird **erkannt** :

- ://:
1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 800.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von Fr. 800.-- verrechnet.
 3. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.