

# **SO\_GERICHTE VSBES.2014.38 vom 6. Januar 2014**

SO Obergericht, 2014-01-06, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2014.38](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2014.38)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2014.38 du 6 janvier 2014

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2014.38 del 6 gennaio 2014

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1960, meldete sich am 12. Mai 2000 wegen Schulter- und Nackenschmerzen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [nachfolgend IV-Nr.] 2). Ihre Arbeitsstelle bei der Firma B.\_\_\_\_ war per Ende Februar 2000 gekündigt worden (IV-Nr. 10). 1.2 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge diverse medizinische Unterlagen ein, unter anderem erfolgten zwei Begutachtungen durch die Klinik für Rheumatologie C.\_\_\_\_ (Rheumatologie) am 19. März 2001 (IV-Nr. 16) und die D.\_\_\_\_ (Psychiatrie) am 9. Januar 2002 (IV-Nr. 28). Gestützt auf die Diagnose im psychiatrischen Gutachten – anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer gegenwärtig mittelschweren, anhaltenden depressiven Komponente – sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 17. Mai 2002 basierend auf einem Invaliditätsgrad von 70 % eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 32). 2. Am 21. Februar 2006 wurde eine Rentenrevision eingeleitet (IV-Nr. 45) und ein Hausarztbericht eingeholt (IV-Nr. 48). Die Rente wurde in der Folge offensichtlich weiter gewährt; eine entsprechende Verfügung findet sich in den Akten nicht.

### **E. 3**

3.1 Am 19. April 2011 wurde eine zweite Rentenrevision eingeleitet (IV-Nr. 52). Wiederum wurde ein Bericht des Hausarztes, Dr. med. E.\_\_\_\_, eingeholt (IV-Nr. 54). Da nach Ansicht der Beschwerdegegnerin im Revisionsgespräch (IV-Nr. 58) auffallend gewesen sei, dass die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit keine fachpsychiatrische Therapie in Anspruch nehme und auch keine Psychopharmaka einnehme, erachtete diese eine Begutachtung als angezeigt und gab eine solche bei der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_, in Auftrag. Das Gutachten beinhaltete die Disziplinen Psychiatrie, Orthopädie sowie Innere Medizin und wurde am 24. Januar 2012 erstattet (IV-Nr. 63.1). 3.2 Gestützt auf das eben erwähnte Gutachten und nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom

### **E. 5**

5.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden

Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132V 393E.4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

5.2 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232; 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezial-ärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5.4 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich zudem in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Nach der Rechtsprechung lässt es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen (Fach-) Person einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zu, ein Administrativgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Bei Stellungnahmen behandelnder Ärzte ist auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass diese im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen eines Sachverständigen, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen ■ wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten ■ den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweiswürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354).

6. Mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 hat das Bundesgericht seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

## **E. 6**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 5. Nachdem das Versicherungsgericht mit Verfügung vom 20. Mai 2014 (A.S. 32 f.) zunächst das von der Beschwerdeführerin gestellte Gesuch um aufschiebende Wirkung abgewiesen hat, beantragt die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort vom 27. August 2014 (A.S. 40 f.) unter Verweis auf die angefochtene Verfügung und weitgehenden Verzicht auf weitere Ausführungen, die Beschwerde sei unter o/e Kostenfolge abzuweisen. Die Beschwerdeführerin lässt sich am 29. Oktober 2014 vernehmen (A.S. 51 ff.). 6. Mit Eingabe vom 8. Januar 2015 (A.S. 57 ff.) reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine Kostennote zu den Akten. Am 15. Juni 2015 (A.S. 62 ff.) beantragt dieser im Auftrag der Beschwerdeführerin, die Beschwerdesache sei mit Blick auf die mit Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 eingeläutete Praxisänderung zur Durchführung eines strukturierten Beweisverfahrens zwecks Einholung eines neuen medizinischen Gutachtens sowie zur Durchführung beruflicher Massnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zudem wird wiederum beantragt, der Beschwerde sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen. Das Versicherungsgericht weist diesen Antrag mit Verfügung vom 1. Juli 2015 (A.S. 67 f.) erneut ab. 7. Die Beschwerdegegnerin nimmt am 25. September 2015 (A.S. 72 f.) noch einmal Stellung.

8. Mit Verfügung vom 21. Januar 2016 (A.S. 75 f.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten (internistisch, angiologisch,

rheumatologisch, psychiatrisch) bei der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ in Auftrag zu geben. Nachdem sich die Parteien mit Eingaben vom 25. Februar 2016 (A.S. 83) und 17. März 2016 (A.S. 89 f.) geäußert haben, wird das Gutachten mit Verfügung vom 6. April 2016 in Auftrag gegeben (A.S. 94 ff.) und am 21. Oktober 2016 erstattet (A.S. 110 ff.). Das Versicherungsgericht bringt den Parteien das Gutachten mit Verfügung vom 31. Oktober 2016 zur Kenntnis und gibt ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme. Weiter stellt es diesen in Aussicht, dass das Versicherungsgericht allenfalls auch eine substituierte Begründung (lit. a Abs. 1 Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011) zu prüfen haben könnte.

9. Die Beschwerdeführerin lässt sich am 22. Dezember 2016 (A.S. 203 ff.) noch einmal vernehmen. Am 9. Januar 2017 (A.S. 210 ff.) reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine weitere, ergänzende Kostennote zu den Akten.

10. Am 25. April 2017 findet – wie durch die Beschwerdeführerin beantragt – eine öffentliche Verhandlung vor dem Versicherungsgericht statt. Der Vertreter der Beschwerdeführerin stellt zunächst den Antrag, das Verfahren sei bis zum Eingang eines von der Beschwerdeführerin in Auftrag gegebenen Aktengutachtens zu sistieren bzw. sei der Abspruch auf einen Zeitpunkt nach Eingang desselben zu verschieben. Der Antrag wird vom Versicherungsgericht abgewiesen. Der Vertreter der Beschwerdeführerin hält im Anschluss einen Parteivortrag, in dem er die Rechtsbegehren gemäss Beschwerdeschrift bezüglich Ziff. 2c und 2d etwas modifiziert, ansonsten aber bestätigt und begründet (vgl. Protokoll, A.S. 230 ff.). Ausserdem reicht er eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 233 ff.). Die Beschwerdegegnerin, der das Erscheinen freigestellt worden ist (A.S. 230 ff.), nimmt an der Verhandlung nicht teil.

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

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

2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) und ihrer Beschwerdeantwort vom 27. August 2014 (A.S. 40 f.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache deutlich verbessert habe. Die zur Rentenzusprache führende psychiatrische Störung könne nicht mehr diagnostiziert werden. Basis für die damalige Zusprache einer ganzen Rente habe insbesondere der psychiatrische Befund einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit einer mittelschweren depressiven Komponente gebildet, wobei auch psychosoziale Faktoren in die medizinische Beurteilung mit eingeflossen seien. Aus heutiger Sicht sei die damalige Arbeitsunfähigkeit deshalb zu hoch ausgefallen. Die frühere depressive Störung sei remittiert, und es bestehe keine Diagnose mehr, die die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit einschränke. Die Schmerzverarbeitungsstörung könne als überwindbar angesehen werden. Aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe für körperlich leichte, adaptierte Tätigkeiten unter Wechselbelastung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Dabei sollten das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg wie auch Überkopfarbeiten der Arme vermieden werden. Für körperlich schwere und mittelschwere Tätigkeiten bestehe eine Arbeitsunfähigkeit. Die vor der Rentenzusprache ausgeführten Tätigkeiten seien nicht mittelschwer oder schwer. Für leichte, angepasste Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Somit sei die Beschwerdeführerin in der Lage, ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Sie sei 52 Jahre alt und seit zwölf Jahren im Besitz einer ganzen Invalidenrente. Die vom Bundesgericht festgelegten Werte (Alter 55 Jahre oder

Rentenbezug von 15 Jahren) seien damit deutlich unterschritten. Unter diesen Umständen sei es zulässig, ohne vorgängige Durchführung von beruflichen Massnahmen von der sofortigen Verwertbarkeit der festgestellten Arbeitsfähigkeit auszugehen. Es bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Die Mitwirkungsrechte seien bei der Auftragserteilung für das Gutachten an die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ nicht verletzt worden. Die Beschwerdeführerin sei mit Schreiben vom 31. August 2011 darauf hingewiesen worden, dass sie innert 30 Tagen sowohl zur gewählten Abklärungsstelle sowie zum vorgesehenen Fragekatalog Stellung nehmen könne, andernfalls werde Verzicht angenommen. Innert Frist habe man weder von ihr noch von ihrem Vertreter etwas gehört. Vor Implementierung von SuisseMED@P habe die gemäss BGE 137 V 210 zufallsgeleitete Auftragsvergabe eine Appellanforderung dargestellt, deren Umsetzung primär dem Ordnungsgeber und der Aufsichtsbehörde überlassen gewesen sei. Was die nach Verfügungserlass erstellten medizinischen Unterlagen anbelange, schienen diese bezüglich einer ersten behaupteten Verschlechterung auf einen Bericht der behandelnden Ärztin abzustellen, dem kaum Relevanz beizumessen sei. Weiter seien von einer weiteren angiologischen Abklärung keine neuen Kenntnisse zu erwarten. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin hätte es schon lange zugelassen, sich aktiver zu verhalten. Seit ca. 2007 sei sie nicht mehr in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und sie nehme auch keine Psychopharmaka mehr ein. Unter diesen Umständen sei ohne vorgängige berufliche Massnahmen von der sofortigen Verwertbarkeit der festgestellten Arbeitsfähigkeit auszugehen. 2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in der Beschwerde vom 10. Februar 2014 (A.S. 5 ff.) und in der Replik vom 29. Oktober 2014 (A.S. 51 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe mit dem Erlass der angefochtenen Verfügung ihre Verfahrens- und Mitwirkungsrechte in schwerwiegender Weise verletzt, indem sie sämtliche ihrer Ergänzungsfragen vom

## **E. 7**

7.1 Der von der Beschwerdegegnerin eruierte Leistungsanspruch wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 17. Mai 2002 (IV-Nr. 32) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 6. Januar 2014 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt.

7.2 Im Zeitpunkt der erstmaligen Rentenbeurteilung mit Verfügung vom 17. Mai 2002 stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die Gutachten der Klinik für Rheumatologie C.\_\_\_\_ vom 19. März 2001 (IV-Nr. 16) und der D.\_\_\_\_ vom 9. Januar 2002 (IV-Nr. 28) ab.

7.2.1 Aus rheumatologischer Sicht wurden eine chronische Schmerzkrankheit mit Generalisierung (Nacken- und Schulterschmerzen rechts seit 1996, kein morphologisches Substrat im Arthro-MRI der rechten Schulter), Lumbalgien seit 1995, eine Haltungsinsuffizienz bei Adipositas, eine muskuläre Dekonditionierung, Schmerzen inguinal beidseits und Schmerzen in beiden Knien diagnostiziert. Zusätzlich war im rheumatologischen Gutachten von einer depressiven Entwicklung und einer psychosozialen Belastungssituation die Rede. In den bildgebenden Untersuchungen habe sich kein morphologisches Substrat gefunden, das das Ausmass der Beschwerden erklären würde. Aus rheumatologischer Sicht sei eine leichte körperliche Arbeit mit wechselnder Arbeitsposition und Heben von Gewichten arbiträr nicht über 5 kg vorstellbar. Ungünstig seien sicherlich hochfrequente repetitive Pro- und Supinationsbewegungen, die letztendlich zum Entstehen des jetzigen Krankheitsbildes mit beigetragen hätten. Es werde ein

psychiatrisches Gutachten empfohlen.

7.2.2 Im daraufhin eingeholten psychiatrischen Gutachten der D.\_\_\_\_ wurde eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit einer gegenwärtig mittelschweren, anhaltenden depressiven Komponente (ICD-10 F45.4) diagnostiziert. Begonnen habe die Störung wahrscheinlich 1996. Die Schmerzstörung sei bereits chronifiziert und es sei im Verlauf zu einer zunehmenden Intensität der Schmerzen gekommen sowie zu einer erheblichen Beeinträchtigung vieler Daseinsbereiche. Ein psychotherapeutischer Zugang sei wegen geringer Introspektionsfähigkeit und relativ einfacher Bildung erschwert. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin mindestens zu 70 % arbeitsunfähig. Dies gelte für die bisher ausgeübte Tätigkeit sowie alle anderen in Frage kommenden Tätigkeiten. Die starken Schmerzen und die schnelle Ermüdbarkeit würden es ihr verunmöglichen, auch nur leichte Arbeiten zu verrichten. Auch im Haushalt sei die Leistungsfähigkeit stark eingeschränkt. Die Prognose sei ungünstig. Wegen des chronifizierten Verlaufs und der fehlenden Therapiemöglichkeiten bestehe zumindest mittelfristig keine Aussicht auf Verbesserung der Arbeitsfähigkeit. Möglicherweise könnte die langfristige Prognose durch einen integrierten, stationären Rehabilitationsversuch noch etwas verbessert werden, wobei auch dadurch höchstens eine teilweise Wiedererlangung der Arbeitsfähigkeit für leichtere Tätigkeiten zu erwarten wäre.

7.2.3 Die Rentenzusprache mit Verfügung vom 17. Mai 2002 erfolgte damit gestützt auf die psychiatrische Diagnose der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit einer gegenwärtig mittelschweren, anhaltenden depressiven Komponente.

7.3 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 6. Januar 2014:

7.3.1 Laut Arztbericht des Hausarztes Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 6. Juli 2011 (IV-Nr. 54) bestünden ein fibromyalgisches Beschwerdebild mit Zeichen einer chronischen Schmerzkrankheit, eine Asthma bronchiale sowie gemischte Beinödeme venöser und lymphatischer Genese. Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 100%. Die Grundproblematik sei die gleiche geblieben.

7.3.2 Im von der Beschwerdegegnerin eingeholten Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 24. Januar 2012 (IV-Nr. 63.1) wird keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine Schmerzverarbeitungsstörung (ICD-10 F54) zu diagnostizieren. Die Beschwerdeführerin sei seit vier bis fünf Jahren nicht mehr in psychotherapeutischer Behandlung gewesen, wünsche keine solche und nehme auch keine Psychopharmaka. Ausserhalb der Familie habe sie kaum mehr Kontakte. Die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne nicht gestellt werden, weil keine deutlich schweren Belastungsfaktoren bestünden, die als hauptsächliche ursächliche Einflüsse für die Schmerzen gelten könnten. Affektive Symptome seien nicht genügend ausgeprägt für die Diagnose einer depressiven Störung. Aus psychiatrischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Ein sozialer Rückzug bestehe nicht. Ebenfalls lägen keine affektive Störung und auch keine deutlich auffälligen Persönlichkeitszüge vor. Der Beschwerdeführerin könne zugemutet werden, ganztags einer den körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit nachzugehen.

Im orthopädischen Gutachten wird folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt:

anamnestisch subakromiales Impingement Schulter beidseits, rechts mehr als links, derzeit keine eindeutigen objektivierbaren pathologischen Befunde.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein multiokuläres Schmerzsyndrom, weitestgehend ohne fassbares Korrelat. Die angegebenen Beschwerden an multiplen Stellen des Bewegungsapparates liessen sich nicht ausreichend durch objektivierbare Befunde begründen. Allenfalls könne ein leichtgradiges subakromiales Impingement beidseits in Betracht gezogen werden, bei ansonsten objektiv uneingeschränkter Funktionalität des gesamten Bewegungsapparates. Es lasse sich stark daran denken, dass es sich im Wesentlichen um eine nichtorganische Problematik handle. Es bestehe eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für körperlich leichte Tätigkeiten mit gelegentlichem Positionswechsel, wo eine Hebe- und Tragelimit von 10 kg nicht überschritten werde sowie keine Überkopfarbeiten der Arme vorkämen.

In der Gesamtbeurteilung wird davon ausgegangen, dass von der eingeschätzten vollen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht mit Sicherheit ab dem Begutachtungszeitpunkt ausgegangen werden könne. Da seit vier bis fünf Jahren keine fachärztlichen Berichte vorlägen, könne nicht mit Sicherheit gesagt werden, ab wann es zu einer Verbesserung im Sinne der Remission der Depression gekommen sei. Aufgrund der dokumentierten mittelschweren depressiven Episode könne zuvor von einer höhergradigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Aus Sicht des Bewegungsapparates habe sich seit 2001 nichts wesentlich geändert.

7.3.3 Im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 1. November 2012 (IV-Nr. 101.2) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei vom 30. Juni 2001 bis 12. Juli 2002 in Behandlung gewesen. Am 20. Juni 2012 habe sie sich wieder gemeldet, weil es ihr psychisch schlecht gegangen sei. Zu diagnostizieren seien eine mittelgradige rezidivierende Depression, ICD-10 F33.1, und eine vorwiegend abhängige Persönlichkeitsstörung, ICD-10 F60.7. Nach Abklingen der Depression wäre eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in einem geschützten Rahmen möglich, falls die Beschwerdeführerin eine Bereitschaft dazu entwickeln könne.

7.3.4 Im Beschwerdeverfahren hat die Beschwerdeführerin ein versicherungspsychiatrisches Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Januar 2014 einreichen lassen (Beilage 3 zur Beschwerde vom 10. Februar 2014). Der Parteigutachter diagnostiziert ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradig (ICD-10 F33.1), sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), eine Agoraphobie ohne Panikstörung (ICD-10 F40.0) und eine andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom (ICD-10 F62.8).

Die Beschwerdeführerin habe am 28. Oktober 1996 einen Sturz in der Küche mit Bewusstseinsverlust erlitten. Bis dahin sei es ihr psychisch gut gegangen. Danach habe sie starke Kopf- und Nackenschmerzen gehabt. Die Nackenschmerzen persistierten bis heute. Zu dieser Zeit habe sie stehend an einer Poliermaschine gearbeitet. Durch das ständige Stehen seien auch Rückenschmerzen dazugekommen. Sie nehme keine Antidepressiva, weil sie diese nicht vertrage. Eine somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor. Es sei kein emotionaler Konflikt fassbar, der als psychogener Auslöser der Schmerzen in Frage komme. Es seien aber die Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren erfüllt. In der Persönlichkeit zeige die Beschwerdeführerin ein

ängstlich-vermeidendes und abhängiges Persönlichkeitsprofil. Die Tochter beschreibe eine wesentliche Veränderung, was gegen eine durchgängig bestehende Persönlichkeitsstörung spreche. Differentialdiagnostisch komme eine Persönlichkeitsänderung in Frage. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. In einer Verweistätigkeit (einfache, körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeit) wäre zweimal eine Stunde täglich zumutbar. Im geschützten Rahmen wäre eine Präsenzzeit von drei Stunden täglich zumutbar.

## E. 8

8.1 Das Gerichtsgutachten, erstellt von der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_, enthält folgende Diagnosen:

Mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit:

ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert:

Zur Arbeitsfähigkeit wird ausgeführt, Fibromyalgie-Patienten seien nicht geeignet für eine stereotyp-repetitive Tätigkeit, Tätigkeiten in Nässe und Kälte, körperliche Schwerarbeit sowie Tätigkeiten in prolongierter ergonomisch ungünstiger Körperstellung. Tätigkeiten, welche diesen Vorgaben Rechnung tragen würden, wären der Beschwerdeführerin prinzipiell zumutbar. Aus allgemeininternistischer Sicht seien körperlich leichte bis maximal mittelschwer belastende Tätigkeiten ganztags vollumfänglich zumutbar. Einschränkend wirkten hier vor allem die multifaktoriell bedingte Anstrengungsdyspnoe sowie die erhebliche Dekonditionierung einhergehend mit deutlicher Adipositas. Generell seien bei Patienten mit hypertensiver Herzkrankheit Tätigkeiten, die zu abrupten Blutdrucksteigerungen führten, zu vermeiden. Aus angiologischer Sicht könne keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden. Leidensadaptiert, mit wechselnden Körperpositionen, sei die Beschwerdeführerin arbeitsfähig. Auch aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine andauernde Leistungseinschränkung begründen.

Zur Frage, ob sich eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Referenzzeitpunkt 17. Mai 2002 ergeben habe, wird angegeben, die bereits damals erwähnten Lipödeme hätten in der Zwischenzeit an Ausmass zugenommen. Ebenso seien internistische Leiden wie das Asthma bronchiale und die hypertensive Kardiopathie hinzugekommen. Der somatische Gesundheitszustand habe sich damit im Vergleich zum 17. Mai 2002 objektiv verschlechtert. Diese Leiden beeinträchtigten das zumutbare Einsatzprofil in qualitativer Hinsicht. Die Rentenzusprache sei aber aus rein psychiatrischen Gründen erfolgt. In psychiatrischer Hinsicht sei eine Verbesserung oder Verschlechterung des psychophysischen Zustandes seit der Begutachtung 2002 nicht mit dem in der Versicherungsmedizin geforderten Wahrscheinlichkeitsgrad begründbar. Das damalige Aktivitätsniveau zeige im Vergleich zum heutigen wenig Unterschiede. Zudem seien die damals erhobenen klinischen Befunde und die aktuellen klinischen Befunde kongruent. Im Vergleich zum Zeitpunkt 2002 habe sicher das Schmerzgebaren der Beschwerdeführerin abgenommen. Bereits anlässlich der Erstbegutachtung habe sie einen deprimierten Eindruck gemacht. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei eingeschränkt gewesen. Somatische Einschränkungen liessen sich nur in qualitativer Hinsicht begründen, dies seit vielen Jahren. In einer leidensangepassten Tätigkeit könne keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet werden. In psychiatrischer Hinsicht sei der Gesundheitszustand vermutlich mit gewissen Schwankungen seit vielen Jahren gleich geblieben.

8.2 Einleitend kann festgestellt werden, dass das Gerichtsgutachten auf umfassender Aktenkenntnis und -analyse beruht und von auf den entsprechenden Gebieten

ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. In dieser Hinsicht genügt es den Anforderungen an ein verwertbares Gerichtsgutachten. Auch formelle Gesichtspunkte sind nicht zu beanstanden. So wurde die Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ entgegen der von der Beschwerdeführerin ins Feld geführten Behauptung im Schreiben des Versicherungsgerichts vom 6. April 2016 (A.S. 92 f.) auf die entsprechenden Straffolgen gemäss Strafgesetzbuch (StGB) hingewiesen. Nachdem die Begutachtungsstelle mit Schreiben vom 25. April 2016 (A.S. 98) ihrerseits das Gutachterteam bekanntgegeben hatte, wurden die entsprechenden Namen der Beschwerdeführerin in der Verfügung vom 28. April 2016 (A.S. 99 f.) bekanntgegeben. Der nachträglich hinzugekommene Internist, den die Begutachtungsstelle dem Versicherungsgericht mit E-Mail vom

## **E. 11**

Mai 2016 (A.S. 102) nachgereicht hatte, wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 12. Mai 2016 (A.S. 103) mitgeteilt.

Die Beschwerdeführerin lässt in formeller Hinsicht weiter vorbringen, das Hauptgutachten sei nur von Dr. med. J.\_\_\_\_ (Hauptgutachter, Facharzt für Rheumatologie) unterzeichnet. Hierzu ist festzustellen, dass die einzelnen Teilgutachten allesamt von den einzelnen Fachärzten unterschrieben wurden und im Hauptgutachten ausdrücklich erklärt wird, das Gutachten sei vom federführenden Rheumatologen unter Berücksichtigung aller Teilgutachten verfasst worden. Die Endfassung sei in elektronischer Form im Volltext allen beteiligten Experten zur Stellungnahme vorgelegt worden. Diese hätten vor Versand des Gutachtens ihr Einverständnis erklärt. Insofern ist kein formeller Mangel erkennbar, auch wenn das Hauptgutachten nicht von allen involvierten Fachärzten noch einmal unterzeichnet wurde.

Schliesslich liegt auch im Umstand, dass die Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ und nicht etwa die einzelnen Fachärzte vom Versicherungsgericht mit dem Gutachten beauftragt worden sind, kein formeller Mangel. Das Versicherungsgericht beauftragt praxisgemäss die Begutachtungsstelle mit dem Gerichtsgutachten, zumal es im Anschluss daran zur Aufgabe der Begutachtungsstelle gehört, die entsprechenden Fachärztinnen und Fachärzte einzusetzen. Darin, dass der Auftrag nicht an eine natürlich Person geht, kann kein Formfehler gesehen werden.

8.2.1 In der rheumatologischen Beurteilung von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie, wird auf schlüssige Weise ein generalisiertes, weichteilrheumatisches Ganzkörperschmerzsyndrom hergeleitet, das formal die Kriterien eines Fibromyalgie-Syndroms erfüllt. Dr. med. J.\_\_\_\_ weist darauf hin, dass ein solches Schmerzsyndrom bereits anlässlich der rheumatologischen Begutachtung vom 19. März 2001 beschrieben worden sei. Ob man diesem Syndrom das eher somatische Label Fibromyalgie-Syndrom oder das psychiatrische Label chronische somatoforme Schmerzstörung gebe, sei eher eine akademische Frage. Die Beschwerdeführerin beklage Rückenschmerzen, beidseitige rechtsbetonte Armschmerzen, beidseitige Beinschmerzen sowie Nacken-Schulter-Schmerzen und beidseitige Knieschmerzen. Bei dieser Konstellation sei es schwierig bis unmöglich zu entscheiden, welche dieser Schmerzen allenfalls dem Fibromyalgie-Syndrom zugeordnet werden könnten und welche durch zusätzliche Leiden verursacht würden. Die klinische Untersuchung zeige Hinweise, dass zusätzlich auf der rechten Seite eine Periarthropathia humeroscapularis vorliege. Schulterschmerzen seien aber schon jahrelang aktenkundig und ein Arthro-MRT vom 1.

Dezember 1999 habe keine nennenswerte strukturelle Pathologie gezeigt. Anlässlich einer Begutachtung durch die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ im Jahr 2012 sei ein subakromiales Impingement beidseits rechtsbetont postuliert worden, ohne diese Diagnose näher zu begründen. Am Achsenskelett seien bisher lediglich altersentsprechende degenerative Veränderungen nachgewiesen worden. Die klinische Untersuchung zeige keine sicheren Zeichen einer Gonarthrose, lediglich ein femoropatelläres Reiben auf der linken Seite. Laut Berichten der Angiologie des C.\_\_\_\_ liege an beiden Beinen ein schmerzhaftes Lip-Lymphödem vor. Es sei bei dieser Konstellation sehr schwierig zu differenzieren, wie viele Schmerzen dem Lip-Lymphödem und wie viele dem Fibromyalgie-Syndrom zuzuordnen seien. Was strukturelle Veränderungen am Bewegungsapparat anbelange, hätten die neu veranlassten Röntgenuntersuchungen keine nennenswerten pathologischen Befunde gezeigt. An Hals- und Lendenwirbelsäule, Schultern sowie Knien zeigten sich minime, weitgehend dem Alter entsprechende degenerative Veränderungen.

8.2.2 Das internistische Teilgutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, äussert sich über ein bei der Beschwerdeführerin seit 2010 bestehendes Asthma bronchiale mit leichter obstruktiver Ventilationsstörung und bronchialer Hyperaktivität. Ebenfalls 2010 habe man bei epigastrischen Beschwerden eine Helicobacter pylori-Gastritis diagnostiziert und in der Folge eradiziert. Trotz regelmässiger PPI-Einnahme persistiere weiterhin ein epigastrischer Schmerz. Seit Frühling dieses Jahres sei eine arterielle Hypertonie bekannt, die aktuell behandelt werde. Echokardiographisch habe im Juli 2016 eine hypertensive Kardiopathie verifiziert werden können. Daneben bestünden seit ca. 1987 chronisch progrediente Lip-Lymphödeme beidseits. Diese seien wiederholt abgeklärt worden und die Beschwerdeführerin trage Kompressionsstrümpfe. Von allgemeininternistischer Seite her beklage die Beschwerdeführerin eine leichte Anstrengungsdyspnoe. Dieser wird vom Gutachter nachvollziehbar eine multifaktorielle Ursache beigemessen (Asthma bronchiale, Nikotinkonsum, Adipositas, Dekonditionierung, hypertensive Kardiopathie). Dadurch erachtet er die Anstrengungssymptomatik als hinreichend geklärt. Kardiopulmonal sei die Beschwerdeführerin kompensiert. Die arterielle Hypertonie sei suffizient therapiert, ebenfalls werde das Asthma bronchiale mittels Inhalationstherapie behandelt. Die deutliche Hyperlipidämie sei angesichts der kardiopulmonalen Vorgeschichte kontroll- wenn nicht sogar behandlungsbedürftig. Ebenfalls zeige sich ein grenzwertiges HbA1c, wobei hier die Entwicklung eines Diabetes mellitus nicht verpasst werden dürfe. Aktenanamnestisch habe die Beschwerdeführerin wiederholt an Harnwegsinfekten sowie an hospitalisationspflichtigen Pyelonephritiden mit Entwicklung einer Sepsis gelitten. Seit zwei Jahren sei sie diesbezüglich jedoch asymptomatisch.

8.2.3 Im angiologischen Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin / Angiologie, wird ein Phleblymphoedem an beiden Beinen multifaktorieller Genese (bei Lipomatose, leichtem primärem Lymphoedem, chronisch venöser Insuffizienz Stadium I-II beidseits sowie verminderter Aktivierung der Muskel- und Gelenkpumpe und Adipositas) hergeleitet. Eine relevante chronisch venöse Insuffizienz oder eine periphere arterielle Verschlusskrankheit lässt sich gemäss gutachterlicher Einschätzung an beiden Beinen nicht nachweisen. 2012 seien die Beinbeschwerden erstmals als schmerzhafte Lipoedeme beurteilt worden mit Erstmanifestation ab ca. 1987. Der Gutachter erachtet es als nachvollziehbar, dass die Beinbeschwerden vor Jahren eher als symptomatische Lipoedeme interpretiert wurden. Die aktuell von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden

lassen sich seiner Ansicht nach aber mit dem klinisch doch eher moderaten Lipoedem per se nicht erklären. Lipoedemschmerzen seien nicht dermassen intensiv wie von der Beschwerdeführerin geschildert. Dies widerspreche Erfahrungen im klinischen Alltag. Gegen Lipoedemschmerzen spreche auch die Tatsache, dass die Beinschmerzen denselben Charakter und dieselbe Intensität aufwiesen wie an den übrigen Körperpartien sowie Tag und Nacht bestünden. In der Regel seien Lipoedemschmerzen wechselnd und oft in der zweiten Tageshälfte am ausgeprägtesten. Zudem sollten die Angaben der Beschwerdeführerin, dass die Varizenoperation und alle übrigen therapeutischen Massnahmen die Beschwerden nicht einmal gelindert hätten, hellhörig machen. Die von ihr angegebenen, sehr intensiven Beinbeschwerden liessen sich mit dem vorliegenden Phleblymphlipoedem nicht erklären, weshalb auch die Beinschmerzen im Zusammenhang mit dem generalisierten Schmerzsyndrom stehen dürften. Dr. med. L.\_\_\_\_ kommt damit stimmig zum Ergebnis, dass der Beschwerdeführerin aus angiologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Sie sei leidensadaptiert mit wechselnden Körperpositionen (Stehen, Laufen, Sitzen) arbeitsfähig.

#### 8.2.4

8.2.4.1 Schliesslich äussert sich Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, in seinem Teilgutachten umfassend, die neue bundesgerichtliche Rechtsprechung berücksichtigend und nachvollziehbar über die psychiatrische Komponente. Die Beschwerdeführerin berichte subjektiv über Rücken-, Arm- und Beinschmerzen. Sie sei trotz ihrer Schmerzen immer bemüht gewesen, ihren Verpflichtungen nachzukommen. Nach der aktuellen psychischen Befindlichkeit befragt habe sie angegeben, es gehe ihr psychisch schlecht. Sie leide seit längerer Zeit unter Schlafstörungen. Sie sei der Meinung, bis 1996 Lebensfreude und Lebenslust wie andere Menschen empfunden zu haben. Sie habe früher auch ein gutes Gedächtnis gehabt. Dieses habe in den letzten Jahren nachgelassen. Sie sehe ab und zu fern, sehe sich regelmässig nachmittags eine Fernsehserie zwischen 15:10 und 16:00 Uhr an. An Lektüre blättere sie gerne Werbematerial durch. Sie habe noch nie daran gedacht, sich umzubringen. Sie habe die Befürchtung, dass sich ihr Leiden weiter verschlimmern werde, habe aber die Hoffnung auf Besserung noch nicht aufgegeben. Beim täglichen Spaziergang mit ihrem Hund, der 30 Minuten dauere, fühle sie sich etwas erleichtert. In Phasen, in denen es ihr nicht gut gehe, bemühe sie sich, mit dem Hund raus zu gehen. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie zwischen 7:00 und 8:00 Uhr erwache. In der Regel nehme sie kein Frühstück ein. Mit einem Joghurt nehme sie ihre Medikamente. Anschliessend kleide sie sich an und erledige die Körperpflege. Danach begeben sie sich mit dem Hund ins Freie. Nach der Rückkehr ruhe sie sich aus. Danach beschäftige sie sich mit Werbeprospekten. Sie halte sich tagsüber in der hoteleigenen Wohnung (ihr Ehemann betreibe ein Hotel im [ ]) auf. Ab und zu würden Angehörige kommen und sich nach ihrem Befinden erkundigen. Das Mittagessen werde in der Hotelküche zubereitet. Sie nehme es in der Wohnung ein. Die Tage würden sich gleichen. Manchmal ruhe sie sich nach dem Mittagessen aus oder der Ehemann komme auf einen kurzen Besuch. Nachmittags gehe sie mit dem Hund spazieren. Ab und zu begleite sie der Ehemann dabei. Danach sehe sie fern oder sie beschäftige sich mit Werbeprospekten. Sie nehme Arzt- und Physiotherapie-Termine wahr. Das Nachtessen werde ihr im Zimmer serviert. Danach bemühe sie sich, einen kurzen Spaziergang zu machen. Ab und zu sehe sie abends fern. Je nachdem verbringe sie den Abend mit dem Ehemann oder der Tochter. Gespräche seien möglich. Um 23:00 Uhr gehe sie zu Bett. Sie pflege an ihrem neuen

Wohnort wenig soziale Kontakte. Im Kanton Solothurn habe sie noch Kontakte zu verschiedenen Leuten gehabt und auch Besuche zu Hause empfangen. Auswärts sei sie nicht mehr auf Besuche gegangen. Sie habe sich zu Hause sicherer gefühlt. Zurzeit erledige sie nur noch kleinere Hausarbeiten. Die Beziehung zu ihrem Ehemann, mit dem sie seit 36 Jahren verheiratet sei, sei gut. In Bosnien sei sie im Mai 2016 letztmals gewesen. Sie sei in Begleitung des Mannes im Auto gereist.

Im klinischen Befund hält der Gutachter fest, die Beschwerdeführerin habe einen eher depressiven als schmerzerfüllt leidenden Eindruck gemacht. Anhaltspunkte für kognitive Beeinträchtigungen hätten sich nicht gefunden, die Beschwerdeführerin habe den Aufmerksamkeitsfokus auf das Gespräch richten können. Formal sei das Denken eher unauffällig und inhaltlich auch nicht röhrenförmig auf die Schmerzen eingeeengt. Menschenansammlungen meide die Beschwerdeführerin nicht, sie gebe aber an, die Wohnung nur in Ausnahmefällen alleine zu verlassen, wenn der Zielort in kurzer Gehdistanz vom Wohnort liege. Die affektive Schwingungs- und Resonanzfähigkeit seien beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin mache einen durchgehend depressiven Eindruck. Bei der Exploration von freudigen Ereignissen sei keine Freude spürbar, sondern ein leichter Glanz in den Augen. Die Anstrengungsbereitschaft sei gut, die Grundstimmung depressiv.

Auf einleuchtende Weise kommt Dr. med. M.\_\_\_\_ zu folgender Beurteilung: Hauptbefund im klinischen Untersuchen sei die veränderte Affektivität. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei vermindert. Weiter bestehe eine Diskrepanz zwischen dem Schmerzerleben und dem beobachtbaren Verhalten. Trotz hoher Schmerzintensität mache die Beschwerdeführerin einen mehr depressiven als schmerzerfüllt leidenden Eindruck. Sie sei im Gespräch nicht beeinträchtigt und könne den Fokus auf das Gespräch richten. Auch die Konzentrationsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt, der Antrieb hingegen schon. Stimmungsmässig erscheine sie depressiv. Anhaltspunkte für eine Verdeutlichungstendenz im Sinne eines auffälligen Schmerzgebarens fänden sich nicht. Die diagnostischen Kriterien einer mittelgradigen depressiven Episode seien zum Untersuchungszeitpunkt erfüllt. Es sei nicht sicher beurteilbar, inwieweit in den letzten Jahren eine depressive Entwicklung eingesetzt habe, deren Ausprägungsgrad und Intensität einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode entsprächen. Aufgrund der klinischen Befunde müsse von einer Antriebsminderung und einer verminderten affektiven Schwingungsfähigkeit ausgegangen werden. Die Antriebsminderung schlage im Alltag der Beschwerdeführerin nur beschränkt durch. So verfolge sie regelmässig jeden Nachmittag eine TV-Sendung. Aus eigenem Antrieb beschäftige sie sich mit der Zeitung und Werbeprospekten. In der familiären Beziehungs- und Bezugsfähigkeit scheine sie nicht beeinträchtigt zu sein, was im Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ festgehalten werde. Im binnenfamiliären Milieu schienen weder der Antrieb noch die Affektivität beeinträchtigt. Dies spreche gegen eine schwere Depression. Das hohe Krankheitsgefühl und die damit verbundenen Leistungseinschränkungen seien aus psychiatrischer Sicht nicht genügend durch eine psychische Erkrankung erklärbar. Die Diagnose und deren Schweregrad werden vom Gutachter nachvollziehbar begründet und sie stehen auch im Einklang mit der Einschätzung der behandelnden Therapeutin und dem Parteigutachter Dr. med. G.\_\_\_\_. Ebenfalls stimmig widerlegt der Gerichtsgutachter die gegenteilige Beurteilung im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_: Der dort festgestellte gute affektive Kontakt werde nicht plausibilisiert, und über die affektive Schwingungsfähigkeit oder die Grundstimmung würden gar keine Angaben gemacht.

Schliesslich sei nicht nachvollziehbar, wie der Gutachter anhand der erhobenen Befunden zur Einschätzung komme, dass bei der Beschwerdeführerin leichte Störungen von Konzentration und Gedächtnis fassbar seien, die mit ängstlicher Anspannung sowie depressiver Störung vereinbar seien. Insgesamt hält Dr. med. M. \_\_\_ fest, dass sich die Depressivität vor allem auf die Affektivität und den Antrieb auswirke. Eine Einschränkung der kognitiven Funktionen kann er anhand der klinischen Befunde nicht objektivieren. Das berichtete ausgeprägte Rückzugsverhalten und das tiefe Aktivitätsniveau seien durch die Depressivität allein jedoch nicht genügend erklärbar.

Weiter erachtet Dr. med. M. \_\_\_, wie der Parteigutachter Dr. med. G. \_\_\_, die diagnostischen Kriterien einer Agoraphobie gemäss ICD-10 F40 als erfüllt. So berichte die Beschwerdeführerin, nur in Begleitung der Familienangehörigen längere Reisen zu unternehmen. Das ängstliche Vermeidungsverhalten in Bezug auf längere Reisen scheine eine längere Geschichte zu haben. Aufgrund der Agoraphobie bestehe eine Beeinträchtigung der Verkehrsfähigkeit. Bisher habe die Beschwerdeführerin keinen Anlass gehabt, die Störung zu überwinden, weil sie in der Familie sozial gut eingebettet sei. Ihr früherer Arbeitsplatz habe sich in Gehdistanz zum Wohnort befunden.

Verneint wird von Dr. med. M. \_\_\_ hingegen die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung. Diese werde im Parteigutachten von Dr. med. G. \_\_\_ damit begründet, dass sich eine typische Schmerzanamnese für eine primär organische Problematik mit sekundärer Schmerzchronifizierung durch Endurance-Verhalten und psychische Faktoren sowie intensive Schmerzwahrnehmung finde. Beim Endurance-Modell werde davon ausgegangen, dass die Betroffenen einen akuten Schmerz bewusst in Kauf nähmen, um gerade begonnene Aktivitäten um jeden Preis zu Ende zu führen. Diese Einschätzung stütze sich auf die Angabe der Beschwerdeführerin, die gesagt habe, sie habe Medikamente gegen die Schmerzen genommen und Physiotherapie gemacht, sie habe alles probiert und sei immer wieder zur Arbeit gegangen. Dies stehe aber in Widerspruch zur fremdanamnestischen Angabe des ehemaligen Arbeitgebers, der festgehalten habe, die Beschwerdeführerin habe seit den 90-er Jahren immer wieder wegen der Schmerzen «gejammert», wobei man nicht beurteilen könne, ob diese bestanden hätten. Sie habe viel gefehlt und nicht den Eindruck gemacht, gerne zu arbeiten. Das Verhältnis zu den Arbeitskollegen sei belastet gewesen, weil sie sich überheblich verhalten habe. Aus diesen Angaben leitet der Gerichtsgutachter nachvollziehbar ab, dass die Beschwerdeführerin aufgrund des zunehmenden Leistungsdrucks mit der Arbeit überfordert war und in Bezug auf die Schmerzen ein ängstlich vermeidendes Coping zeigte. Er prüft danach, welche Kriterien für eine somatoforme Schmerzstörung sprechen und welche für eine Symptomausweitung. In der Folge lässt sich seiner Einschätzung nach die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gemäss ICD10 F45.4 nicht mit der in der Versicherungsmedizin erforderlichen Wahrscheinlichkeit stellen. Gemäss fremdanamnestischen Angaben sei die Beschwerdeführerin dem Leistungsdruck bei der Arbeit immer weniger gewachsen gewesen. Es sei nicht auszuschliessen, dass es zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen mit konsekutiven Krankschreibungen gekommen sei. Diese psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen hätten sich nicht in einer eigenständigen Erkrankung in Form einer Schmerzerkrankung verselbständigt. Diese Einschätzung ist nachvollziehbar und deckt sich mit derjenigen der behandelnden Therapeutin, die in ihrem Bericht vom 1. November 2012 die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung ebenfalls nicht mehr gestellt hatte.

8.2.4.2 Die Beschwerdeführerin lässt bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens verschiedene Rügen anbringen. So sei eine angemessene Verständigung zwischen ihr und dem Dolmetscher nicht möglich gewesen. Konkrete Hinweise darauf lassen sich jedoch nicht finden. Dass er angeblich Albaner sein soll, bedeutet nicht, dass er nicht auch der kroatischen Sprache (Muttersprache der Beschwerdeführerin) mächtig sein kann. Wohl sind sich die albanische und die kroatische Sprache nicht ähnlich, aufgrund der geographischen Nähe und der geschichtlichen Vergangenheit der albanischen und ex-jugoslawischen Bevölkerung kommt es aber nicht selten vor, dass albanisch-stämmige Personen auch serbisch oder kroatisch sprechen.

Weiter wird unter Verweis auf die Leitlinien der Schweizerischen Gesellschaft für Versicherungspsychiatrie für die Begutachtung psychischer Störungen vorgebracht, der psychiatrische Teilgutachter hätte seine Expertise erst nach Vorliegen der Einschätzungen der Somatiker erstellen dürfen. Diesbezüglich kann auf die Erwägungen in E. II. Ziff. 8.2 vorstehend verwiesen werden, gemäss welchen alle beteiligten Experten die Endfassung des Gutachtens zur Stellungnahme erhalten haben. Selbst wenn Dr. med. M.\_\_\_\_ sein Teilgutachten vor den somatischen Teilgutachten erstellt haben sollte, so hatte er nach Kenntnis sämtlicher Expertisen ■ und damit auch im Wissen um die von Seiten des rheumatologischen Gutachters gestellten Fibromyalgie-Diagnose ■ anschliessend offensichtlich keinen Anlass, seine Beurteilung anzupassen.

Als unbegründet erweist sich auch die Rüge, es sei nicht auf die Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin eingegangen und fälschlicherweise keine Persönlichkeitsstörung bzw. Persönlichkeitsänderung diagnostiziert worden. Dr. med. M.\_\_\_\_ verneint das Vorliegen einer solchen Störung mit nachvollziehbarer Begründung und in Kenntnis der entgegengesetzten Meinung der behandelnden Ärztin und des Parteigutachters Dr. med. G.\_\_\_\_. Hierzu kann auf die Ausführungen in E. II. Ziff. 9 untenstehend verwiesen werden. Die Lebensgeschichte wird von Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem Teilgutachten wiedergegeben (Gutachten S. 9 f.). Dabei wird auch erwähnt, dass ihr Vater verstorben sei, als sie 14-jährig gewesen sei. Hinsichtlich der Frage einer Persönlichkeitsstörung ergeben sich aus der Aktenlage denn auch keine bis tief in die Vergangenheit reichende Merkmale der Persönlichkeitsstruktur.

Auch die Einwendungen, dass die Beschwerdeführerin nicht mit dem Hund spazieren gehe, sich keine Zeitschriften und auch keine Fernsehserie ansehe, lassen sich nicht bestätigen. Die Beschwerdeführerin hat die Angaben, die der psychiatrische Gutachter in seinem Teilgutachten festgehalten hat, gleichermassen gegenüber dem federführenden Gutachter, Dr. med. J.\_\_\_\_, gemacht (vgl. A.S. 122 f.). Ähnliche Angaben finden sich auch im Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014, gegenüber welchem die Beschwerdeführerin offenbar vorgebracht hat, sie spaziere mehrmals täglich mit dem Hund (Gutachten S. 2), nach dem Aufstehen gehe sie für 20 bis 30 Minuten mit diesem aus dem Haus (Gutachten S. 4). Weiter erwähnte sie gegenüber Dr. med. G.\_\_\_\_ ebenfalls, dass sie in Zeitschriften blättere und fernsehe (Gutachten S. 4).

Dass Dr. med. M.\_\_\_\_ auf eine Fremdanamnese verzichtet hat, ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Es liegt im Rahmen der Begutachtung im Ermessen des psychiatrischen Facharztes, ob das Einholen fremdanamnestischer Auskünfte für die vollständige Beurteilung notwendig oder nutzbringend ist (Urteils des Bundesgerichts 9C\_65/2012 vom 28. Februar 2012 E. 4.3 mit Hinweisen).

Schliesslich wird vorgebracht, es könne nicht angehen, dass der psychiatrische Gutachter seinen klinischen Eindruck (konkret das Bestehen einer Antriebsstörung) mit aussenstehenden Argumenten (die Beschwerdeführerin sehe fern und lese Zeitschriften) widerlege, die er gar nicht beurteilen könne. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass sich sowohl die behandelnde Ärztin, Dr. med. I.\_\_\_\_, der Parteigutachter, Dr. med. G.\_\_\_\_, und auch der H.\_\_\_\_ -Gutachter, Dr. med. M.\_\_\_\_, über das Bestehen einer depressiven Erkrankung und auch deren Schweregrad einig sind. Sie diagnostizieren alle eine rezidivierende depressive Episode mittelgradigen Ausmasses. Dr. med. M.\_\_\_\_ weist wohl auf eine Diskrepanz zwischen dem klinischen Bild einer ausgeprägten Antriebsstörung und verminderten affektiven Schwingungsfähigkeit sowie den Angaben zum binnenfamiliären Klima hin. Nichtsdestotrotz stellt auch er die Diagnose einer depressiven Störung. Was die von ihm angegebene Diskrepanz anbelangt, so widerspricht diese Einschätzung auch nicht der Beurteilung von Dr. med. G.\_\_\_\_. Zwar beschreibt dieser eine solche nicht explizit, es lässt sich aus seinen Ausführungen aber auch nicht ableiten, dass er davon ausgeht, dass sich die Symptomatik im innerfamiliären Kontext gleich präsentiere wie im klinischen Befund. So beschreibt er (Gutachten S. 8), es bestehe ein sozialer Rückzug auf zu Hause, die Beschwerdeführerin fühle sich daheim am wohlsten, und zur Affektivität gibt er an, der Beschwerdeführerin gehe es im Zusammensein mit der Familie besser. Wenn im Hauptgutachten von Dr. med. J.\_\_\_\_ im Rahmen der Darlegung der psychiatrischen Beurteilung von einer «vita minima» die Rede ist, so bezieht sich diese Aussage, wie es explizit festgehalten wird, auf die Angaben der Beschwerdeführerin zur Tagesstruktur und zum Tagesaktivitätsniveau. Dies schliesst jedoch nicht die Feststellung aus, dass es der Beschwerdeführerin innerhalb des Familienverbands offenbar besser geht als sonstwo. Dies deckt sich auch mit den festgestellten abhängigen und ängstlichen Persönlichkeitszügen.

9. Die vom Bundesgericht aufgestellten Indikatoren für das strukturierte Beweisverfahren lassen sich anhand des polydisziplinären Gutachtens der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016 prüfen. Zum funktionellen Schweregrad lässt sich aus dem vom rheumatologischen Gutachter abgeleiteten Tätigkeitsprofil schliessen, dass aufgrund der diagnostizierten Fibromyalgie nicht von schweren Funktionseinschränkungen auszugehen ist. Der psychiatrische Gutachter führt in Zusammenhang mit dem Komplex Gesundheitsschädigung aus, die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung sei nicht mehr erfüllt. Dies schliesse aber nicht aus, dass die Beschwerdeführerin zu psychosomatovegetativen Reaktionsbildungen neige. Bei der klinischen Untersuchung seien ein verminderter Antrieb und eine verminderte affektive Schwingungsfähigkeit objektivierbar. Beides sei im binnenfamiliären Klima aber nicht gleich ausgeprägt, in der sozialen Beziehungs- und Bezugsfähigkeit zu Familienangehörigen scheine die Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt zu sein. Gegen eine krankheitswertige Antriebsstörung spreche die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin regelmässig Spaziergänge mit dem Hund mache. Sie verfolge regelmässig eine TV-Serie und lese regelmässig Zeitschriften. Ausserhalb des familiären Milieus zeige sie ein anderes Verhalten, brauche beim Einkaufen die Unterstützung der Tochter. Die beklagten kognitiven Einschränkungen seien in der Untersuchung nicht objektivierbar. Das Gefühl der Beschwerdeführerin, auf Unterstützung angewiesen zu sein, sei durch die Depressivität ungenügend erklärt. Das soziale Aktivitätsniveau habe sich in den letzten 16 Jahren weder richtungsgebend verschlechtert noch verbessert. Zwischen 2005 und 2011 bestehe allerdings eine grosse Aktenlücke. Die Zunahme des sozialen Rückzugs sei unter anderem durch den Wohnortwechsel motiviert. Die von Dr. med. G.\_\_\_\_ diagnostizierte Agoraphobie

habe bereits bei der Einreise in die Schweiz 1979 bestanden und die Beschwerdeführerin grundsätzlich nicht in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt. Es zeigt sich, dass eine relevante psychiatrische Komorbidität nicht gegeben ist. Die depressive Störung wirkt sich vor allem auf Affektivität und Antrieb aus. Innerhalb der Familie sind die Störungen aber in vermindertem Ausmass festzustellen. Sie sind damit nicht derart ressourcenhemmend, dass das Schmerzleiden in Zusammenhang mit diesen als invalidisierend angesehen werden müsste. Die Beschwerdeführerin befand sich zwischen Juli 2002 und Juni 2012 offensichtlich nicht in psychotherapeutischer Behandlung (vgl. Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 1. November 2012, Beilage 4 zur Beschwerde vom 10. Februar 2014). Vor diesem Hintergrund kann nicht vom definitiven Scheitern einer indizierten, lege artis und mit optimaler Kooperation der Beschwerdeführerin durchgeführten Therapie gesprochen werden. Insgesamt ist unter dem Komplex «Gesundheitsschädigung» festzuhalten, dass es am erforderlichen Schweregrad der Gesundheitsschädigung fehlt.

Bezüglich des Komplexes der Persönlichkeit wird zunächst die von Dr. med. I.\_\_\_\_ und Dr. med. G.\_\_\_\_ diagnostizierte Persönlichkeitsstörung bzw. Persönlichkeitsänderung schlüssig verneint. Eine tiefgreifende existenzielle Erfahrung, die zur Entwicklung einer Persönlichkeitsänderung geführt hätte, wird nach Ansicht des Gutachters nicht plausibilisiert. Die Beschwerdeführerin sei 1979 mit ihrem Ehemann erstmals in die Schweiz gekommen. Ab 1985 habe sie als Fabrikarbeiterin gearbeitet. Bei zunehmenden Anforderungen sei sie mit der Zeit dabei überfordert gewesen. Inwieweit die Persönlichkeit dabei eine Rolle gespielt habe, lasse sich gestützt auf die vorhandenen Unterlagen nicht mit Sicherheit sagen. Das Tagesaktivitätsniveau sei 2002 nicht relevant anders gewesen als heute. Aktuell führe die Beschwerdeführerin ein sozial zurückgezogenes Leben. Der Gutachter bejaht aber dependente, ängstliche Persönlichkeitszüge mit Alexithymie. Für die Annahme ängstlicher Persönlichkeitszüge spreche, dass sie bei der Einnahme von Antidepressiva empfindsam reagiert habe.

Zum Komplex sozialer Kontext wird erwogen, die Beschwerdeführerin sei im familiären Kontext gut eingebettet. In der Beziehungs- und Bezugsfähigkeit zur Familie bestehe keine Beeinträchtigung. Es habe sich ein Abhängigkeitsverhalten zum Ehemann und den Kindern entwickelt. Dieses sei durch die Depressivität nicht genügend erklärbar.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung hat der Gutachter während der Untersuchung keine Hinweise auf eine willentliche Verdeutlichung, Aggravation oder Simulation erkennen können. Es bestehe zwar eine Diskrepanz zwischen dem Schmerzerleben und dem beobachtbaren Verhalten, was eine Aggravation nicht ganz ausschliesse. Bei der Beschwerdeführerin bestehe aber eine Alexithymie, aufgrund welcher körperliche Missempfindungen falsch interpretiert werden könnten. Der Tagesablauf, das geschilderte Aktivitätsniveau und die sozialen Kontakte qualifiziert er als inkongruent mit den Befunden, und ein behandlungs- oder ein eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck bestehe nicht. In Bezug auf die Depression sei das Beschwerdeausmass diskrepant zur Intensität von bisher in Anspruch genommener therapeutischer Hilfe.

Zusammengefasst lässt sich aus psychiatrischer Sicht bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit begründen. Das Gleiche gilt für eine Verweistätigkeit. Dr. med. M.\_\_\_\_ weist aber darauf hin, dass die im Gutachten vom 9. Januar 2002 attestierte Arbeitsunfähigkeit, die zur ursprünglichen Rentenzusprache führte, nach den damaligen Richtlinien nachvollziehbar war. Seither sei keine richtungsgebende Änderung des Gesundheitszustandes eingetreten.

10. Es zeigt sich, dass das Gutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016 in allen Belangen beweismässig ist, auch hinsichtlich der psychiatrischen Einschätzung. Das Gutachten beantwortet die Frage, ob sich der Gesundheitszustand seit dem 17. Mai 2002, als der Beschwerdeführerin eine volle Invalidenrente zugesprochen wurde, klar. Eine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes ist nicht eingetreten. Der somatische Gesundheitszustand hat sich durch hinzugekommene, neue Diagnosen objektiv eher verschlechtert. In psychiatrischer Hinsicht ist er mit vernachlässigbaren Schwankungen gleich geblieben. Folglich sind die Voraussetzungen von Art. 17 ATSG nicht erfüllt. Die Beschwerdegegnerin hat die Rente unter diesem Gesichtspunkt zu Unrecht aufgehoben.

11. Nachdem sich eine Rentenaufhebung oder -reduktion nicht mit einer materiellen Revision gemäss Art. 17 ATSG begründen lässt, stellt sich noch die Frage, ob die angefochtene Verfügung (wie mit Verfügung des Versicherungsgerichts vom 31. Oktober 2016 angekündigt) mit substituierter Begründung gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmung der Änderung vom 18. März 2011 des IVG zu bestätigen ist. Eine Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG scheidet aus, weil die formell rechtskräftige Verfügung vom 17. Mai 2012 nicht zweifellos unrichtig war.

11.1 Gemäss lit. a Abs. 1 der erwähnten Schlussbestimmungen werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Die Bestimmung findet keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen (lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen).

Die der Rentenzusprechung zugrunde liegende Diagnose (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) gehört zu den einschlägigen Beschwerdebildern und auch im Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ wird eine solche gestellt (Fibromyalgie). Das Revisionsverfahren wurde am 19. April 2011 eingeleitet (IV-Nr. 52). Die entsprechenden Schlussbestimmungen sind erst danach in Kraft getreten, nämlich am 1. Januar 2012. Dies schliesst aber nicht aus, eine Rentenprüfung gemäss den Schlussbestimmungen vorzunehmen. Die Rentenrevision musste von der Beschwerdegegnerin nicht zwischen dem 1. Januar 2012 und dem 31. Dezember 2014 eingeleitet werden. Sie hatte zu diesem Zeitpunkt keinen Anlass, dies zu tun, da ja bereits ein Revisionsverfahren im Gange und noch nicht abgeschlossen war. Ihre abschlägigen Entscheid hat sie anschliessend auf Art. 17 ATSG abgestützt. Gleichermassen präsentierte sich die Lage im Urteil des Bundesgerichts 9C\_812/2013 vom 5. Februar 2014, wo ein Revisionsverfahren im September 2011 eingeleitet worden war, die zuständige IV-Stelle die Rente gestützt auf Art. 17 ATSG aufgehoben hatte und das Verwaltungsgericht des Kantons Bern eine dagegen erhobene Beschwerde im Anschluss mit substituierter Begründung der Rentenrevision gemäss den per 1. Januar 2012 in Kraft getretenen Schlussbestimmungen abwies. Auch in BGE 140 V 15 ging es um einen Fall, in welchem die Rentenrevision vor Inkrafttreten der Schlussbestimmungen eingeleitet worden war. In diesem Entscheid hat das Bundesgericht festgehalten, dass für die Frage, ob eine Rentenprüfung gestützt auf Abs. 4

der erwähnten Schlussbestimmungen ausgeschlossen sei, der 1. Januar 2012 als fiktiver Anknüpfungspunkt für die Ermittlung der massgebenden Rentenbezugsdauer heranzuziehen sei (BGE 140 V 15 E. 5.2). Im vorliegenden Fall hatte die Beschwerdeführerin am 1. Januar 2012 weder seit 15 Jahren eine Rente bezogen noch war sie 55 Jahre alt. Auch die Tatsache, dass eine substituierte Begründung gestützt auf die Schlussbestimmungen erst nach Ablauf der darin erwähnten Dreijahresfrist (1. Januar 2012 bis 1. Januar 2015) zur Diskussion gestellt wurde, steht einer Anwendung derselben nicht entgegen. Das Bundesgericht hat in seinem Urteil 8C\_899/2015 vom 29. September 2016 eine Rentenaufhebung gestützt auf lit. a Abs. 1 SchIB IVG durch die Vorinstanz mit Entscheid vom 28. Oktober 2015 und damit nach Ablauf der Dreijahresfrist nicht beanstandet.

11.2 Eine Revision nach Massgabe von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG ist an drei Voraussetzungen geknüpft. Die Rentenzusprache darf ausschliesslich auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgt sein. Sofern neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung besteht, ist die Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen ebenfalls gegeben, wenn die weitere («nichtsyndromale») Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkt, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich. Weiter ist erforderlich, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Ergibt sich im Beschwerdebild zwischen dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache und dem Revisionszeitpunkt insofern eine Änderung, als anstelle der ursprünglich unklaren neu erklärbare Beschwerden treten, ist aber nicht von einer Prüfung des Gesundheitsschadens und der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abzusehen. Eine solche Prüfung hat vielmehr unter Berücksichtigung sowohl der erkläraren wie auch der unklaren Beschwerden stattzufinden, wobei auf die aktuellen, für den Zeitpunkt der Rentenaufhebung geltenden Verhältnisse hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Rechtsprechung abzustellen ist. Zu klären ist ferner, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr nicht klar eine Diagnose gestellt werden kann. Schliesslich ist zu prüfen, ob eine Validitätseinbusse trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes nachweisbar ist (nach früherer Rechtsprechung durch Prüfung der «Foerster-Kriterien», nach heutiger Rechtsprechung mittels strukturiertem Beweisverfahren) (BGE 139 V 547 E. 10.1 S. 568 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C\_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6, 9C\_308/2013 vom 26. August 2013 E. 5.1 und 5.2, 9C\_381/2016 vom 13. Januar 2017 E. 3.1.2).

11.3 Die genannten Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die damalige Rentenzusprache vom 17. Mai 2002 erfolgte gestützt auf die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung mit einer gegenwärtig mittelschweren, anhaltenden depressiven Komponente. Dabei ist trug depressive Erkrankung nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs bei. Hauptdiagnose war die somatoforme Schmerzstörung, eine Depression wurde nicht als weitere, selbständige Diagnose

aufgeführt, sondern die depressive Symptomatik wurde als Komponente der Schmerzstörung gesehen. Auch heute liegt mit der Fibromyalgie-Diagnose ein unklares Beschwerdebild vor. Daneben verneint der psychiatrische Gutachter nunmehr das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung, er stellt aber die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode. Bei dieser Konstellation ist die Anwendung der Schlussbestimmungen zulässig: In psychiatrischer Hinsicht ist mit der depressiven Episode ein erklärbares Beschwerdebild hinzugetreten. Sie wirkt sich aber auf die Arbeitsfähigkeit nicht aus und ist damit nicht massgebend. Gemäss dargelegter bundesgerichtlicher Rechtsprechung finden die Schlussbestimmungen auch in dieser Konstellation Anwendung (vgl. das zitierte Urteil des Bundesgerichts 9C\_381/2016 vom 13. Januar 2017 E. 3.1.2). Mit Verweis auf die Ausführungen in Ziff. 8 vorstehend ist schliesslich gestützt auf das beweismässige Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle H.\_\_\_\_ vom 20. Oktober 2016 davon auszugehen, dass bei der Beschwerdeführerin zwar ein Fibromyalgie-Syndrom, eine leichtgradige hypertensive Kardiopathie, ein Asthma bronchiale und ein Phleblymphlipoedem zu diagnostizieren sind, wobei jedoch körperlich leichte bis maximal mittelschwer belastende Tätigkeiten ganztags vollumfänglich zumutbar sind. Zu vermeiden sind stereotyp-repetitive Tätigkeiten, Tätigkeiten in Nässe und Kälte, körperliche Schwerarbeit sowie Tätigkeiten in prolongierter ergonomisch ungünstiger Körperstellung. Aus psychiatrischer Sicht lässt sich, entgegen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 17. Mai 2002, keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Insbesondere die diagnostizierte mittelgradige depressive Episode vermag keine anspruchrelevante Komorbidität zu begründen. Die Beschwerdeführerin ist in einer ihren Leiden angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig und vermag daher ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die der Beschwerdeführerin ursprünglich gewährte Invalidenrente ist daher mit substituierter Begründung aufzuheben.

## **E. 12**

12.1 Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger gemäss lit. a Abs. 2 der Schlussbestimmung der Änderung vom 18. März 2011 des IVG Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Artikel 8a IVG. Werden solche Massnahmen durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (lit. a Abs. 3 der Schlussbestimmung der Änderung vom 18. März 2011 des IVG). Mit Blick auf die grosse Härte, welche sich aufgrund der voraussetzungslosen Neuprüfung der Anspruchsberechtigung ergeben kann, ist es mit Sinn und Zweck der in lit. a Abs. 2 und 3 SchlBest. IVG vorgesehenen Anpassungsfrist nicht vereinbar, die Invalidenrente bereits vor deren Beginn einzustellen, um sie knapp zwei Jahre später für die Dauer der Massnahmen zur Wiedereingliederung wieder zu gewähren. Mit anderen Worten haben die rentenbegleiteten Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG grundsätzlich nahtlos an die Rentenaufhebung gemäss lit. a Abs. 1 SchlBest. IVG anzuknüpfen. Die betroffene Person ist so zu stellen, wie wenn die Rentenaufhebung unter Anbieten von Eingliederungsmassnahmen übergangslos vollzogen worden wäre. Die bisherige Invalidenrente ist damit nicht nur ab dem Zeitpunkt von laufenden Eingliederungsmassnahmen, sondern auch für die Zeit zwischen der Rentenaufhebung und der Eröffnung eines entsprechenden Entscheides weiter auszurichten (BGE 141 V 385 E. 5.4 und 5.4 S. 395 f.).

12.2 Gestützt auf die eben genannten Schlussbestimmungen hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG zu gewähren. Ein Anspruch auf solche besteht zwar nicht in jedem Fall. Vielmehr setzt das Bestehen eines solchen voraus, dass die Massnahmen für eine Wiedereingliederung sinnvoll und nutzbringend sind. Eine Rentenaufhebung ohne Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung (Art. 8a IVG) nach lit. a Abs. 2 und 3 der SchlBest. IVG ist nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle verfügungsweise festgehalten hat, die Eingliederung wäre mangels Interesse der versicherten Person nicht erfolversprechend (BGE 141 V 385 E. 5.3 S. 392 f.). Eine solche Konstellation liegt hier aber nicht vor, weil die Beschwerdegegnerin nicht von einem Anwendungsfall der Schlussbestimmungen ausgegangen war. Vor der Rentenaufhebung fanden keine diesbezüglichen Abklärungen statt und in der angefochtenen Verfügung wird auch nicht festgehalten, dass eine Eingliederung von vornherein nicht erfolversprechend wäre. Allein der Hinweis, dass sich die Beschwerdeführerin als völlig arbeitsunfähig erachte, genügt nicht für die Annahme einer mangelnden subjektiven Eingliederungsfähigkeit.

13. Nach dem Gesagten zeigt sich, dass die Beschwerde im Hauptpunkt abzuweisen ist. Die Rente der Beschwerdeführerin ist aufzuheben. Hingegen ist die Sache in teilweiser Gutheissung an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG gewähre und ihr sowohl für die Zeit zwischen angefochtener Verfügung und Eröffnung dieses Entscheides sowie danach während maximal zwei Jahren weiterhin eine ganze Invalidenrente ausrichte.

14. Die obsiegende Beschwerdeführerin hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin unterliegt vorliegend im Hauptpunkt, dem Begehren um Rückweisung der Sache an die Beschwerdegegnerin zwecks korrekter Durchführung eines Vorbescheidverfahrens und Neuverfügung bzw. Weiterausrichtung einer Rente. Die Tatsache, dass im vorliegenden Fall ein Gerichtsgutachten eingeholt wurde, stellt kein Obsiegen in dem Sinne dar, dass die Beschwerdeführerin daraus eine Parteientschädigung ableiten könnte, denn im Ergebnis verbessert sich ihre Rechtsstellung dadurch nicht (Urteil des Bundesgerichts 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5 mit Hinweis). Da sie aber in teilweiser Gutheissung der Beschwerde in den Genuss von beruflichen Eingliederungsmassnahmen und der damit verbundenen Weiterausrichtung der Rente bis zu deren Abschluss kommt, steht ihr die Hälfte einer vollen Entschädigung als Parteientschädigung zu.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GebT, BGS 615.11]).

Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht mit Kostennote vom 9. Januar 2017 (A.S. 211 ff.) und ergänzender, an der Verhandlung vor dem Versicherungsgericht eingereichter Kostennote einen Aufwand von 32,51 Stunden sowie ergänzend 5,19 Stunden, insgesamt 37,7 Stunden geltend. Die Kostennoten enthalten zahlreiche Kleinpositionen mit Briefen an die Klientin und Fristerstreckungsgesuche, die praxisgemäss mangels näherer Bezeichnung als Kanzleiaufwand zu betrachten sind, der im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen ist

und nicht separat entschädigt wird. Insgesamt sind 27 Positionen «Brief an Klientin», veranschlagt mit jeweils 0,17 Stunden, zu streichen. Ebenfalls nicht gewährt wird der Aufwand für das Einreichen von Fristerstreckungsgesuchen am 26. September 2014 (0,25 Stunden), 20. Oktober 2014 (0,25 Stunden), 11. Februar 2016 (0,33 Stunden), 4. März 2016 (0,25 Stunden) und 13. Dezember 2016 (0,25 Stunden) von total 1,33 Stunden. Der Aufwand verringert sich damit um 5,92 Stunden auf 31,78 Stunden. Der veranschlagte Stundenansatz von CHF 240.00 ist angemessen. Das Honorar beläuft sich somit auf CHF 7'627.20. Bei den Auslagen ist zu berücksichtigen, dass Kopien nur mit CHF 0.50 und nicht mit CHF 1.00 entschädigt werden. Die Auslagen verringern sich bei 554 erstellten Kopien um CHF 277.00 auf CHF 510.50. Weiter wird die Anfahrt zur Verhandlung sowie die Rückreise analog der Regelung für Staatsangestellte (§ 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 angerechnet, womit sich die Auslagen um weitere CHF 13.60 auf insgesamt CHF 496.90 reduzieren. Zuzüglich Mehrwertsteuer von 8 % (CHF 650.00) ergibt sich ein volles Honorar von insgesamt CHF 8'774.10. Die Parteientschädigung von 1/2 beläuft sich damit auf CHF 4'387.05.

15. Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger auch die Kosten der nicht von ihm angeordneten Abklärungsmassnahmen (z.B. eines vom Versicherten eingeholten Parteigutachtens), wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren. Dabei genügt es, wenn die mit der Massnahme gewonnenen Ergebnisse für die Abklärungen verwendbar sind, selbst wenn in der Folge keine Leistungen zugesprochen werden sollten (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 45 N 16 ff.).

Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren ein Parteigutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ eingeholt (Beilage 3 zur Beschwerde vom 10. Februar 2014). Dieses Gutachten war nicht hauptsächlich ausschlaggebend für weitere Abklärungen bzw. das Einholen des Gerichtsgutachtens. Mit oder ohne Vorliegen desselben wäre ein Gerichtsgutachten eingeholt worden. Die darin getroffenen Erkenntnisse finden im Gerichtsgutachten zwar in Bezug auf die diagnostizierte depressive Störung ihre Abstützung, darüber hinaus hat das Parteigutachten aber keinen wesentlichen Einfluss gehabt. Die Beschwerdegegnerin kann daher nicht verpflichtet werden, die Kosten des Parteigutachtens zu übernehmen.

## **E. 15**

Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger auch die Kosten der nicht von ihm angeordneten Abklärungsmassnahmen (z.B. eines vom Versicherten eingeholten Parteigutachtens), wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren. Dabei genügt es, wenn die mit der Massnahme gewonnenen Ergebnisse für die Abklärungen verwendbar sind, selbst wenn in der Folge keine Leistungen zugesprochen werden sollten (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 3. Aufl., Zürich 2015, Art. 45 N 16 ff.). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin im Beschwerdeverfahren ein Parteigutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ eingeholt (Beilage 3 zur Beschwerde vom 10. Februar 2014). Dieses Gutachten war nicht hauptsächlich ausschlaggebend für weitere Abklärungen bzw. das Einholen des Gerichtsgutachtens. Mit oder ohne Vorliegen desselben wäre ein Gerichtsgutachten eingeholt worden. Die darin getroffenen Erkenntnisse finden im Gerichtsgutachten zwar in Bezug auf die diagnostizierte depressive Störung ihre Abstützung, darüber hinaus hat das Parteigutachten aber keinen wesentlichen Einfluss gehabt. Die Beschwerdegegnerin kann daher nicht verpflichtet werden, die Kosten des

Parteigutachtens zu übernehmen.

## **E. 16**

16.1 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis 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 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die Parteien die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 je hälftig, d.h. je CHF 500.00, zu bezahlen. Folglich sind der Beschwerdeführerin vom geleisteten Kostenvorschuss (CHF 600.00) CHF 100.00 zurückzuerstatten.

16.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn das Gutachten notwendig wurde, weil dieser den Sachverhalt nicht rechtsgenügend abgeklärt hatte (BGE 139 V 496). Dies trifft hier nicht zu. Das Administrativgutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ wurde vor dem Urteil des Bundesgerichts BGE 141 V 281 und der damit verbundenen Änderung der Rechtsprechung erstellt und auch die Verfügung der Beschwerdegegnerin datiert vor diesem Urteil. Das Gerichtsgutachten wurde aufgrund der geänderten Rechtsprechung eingeholt und nicht etwa, weil die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt ungenügend abgeklärt hätte. Die Kosten des Gutachtens in der Höhe von CHF 15'666.45 sind daher auf die Staatskasse zu nehmen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare, der Beschwerdeführerin Wiedereingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a IVG gewähre und ihr für die Zeit zwischen dem 6. Januar 2014 bis zur Eröffnung dieses Entscheides sowie danach für längstens für zwei Jahre die bisherige Rente ausrichte.

2. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 4'387.05 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Der Antrag der Beschwerdeführerin, die IV-Stelle des Kantons Solothurn sei zu verpflichten, die Kosten für das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. Januar 2014 zu ersetzen, wird abgewiesen.

5. An die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 haben die IV-Stelle des Kantons Solothurn und die Beschwerdeführerin je einen hälftigen Anteil von CHF 500.00 zu bezahlen. Vom geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 werden der Beschwerdeführerin CHF 100.00 zurückerstattet.

6. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 15'666.45 gehen zu Lasten des Staates.

7. Je eine Kopie des Verhandlungsprotokolls vom 25. April 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

8. Eine Kopie der anlässlich der Verhandlung eingereichten Kostennoten vom 25. April 2017 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Fischer

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_417/2017 vom 19. April 2018 bestätigt.

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