

SO_GERICHTE VSBES.2016.222 vom 5. Februar 2018

SO Obergericht, 2018-02-05, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.222_d20180205

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.222 du 5 février 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.222 del 5 febbraio 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) sprach der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1965, mit Verfügung vom 12. Juni 2002 per 1. Juli 2000 eine ganze Rente zu (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 30). Diese Rente wurde mit Verfügung vom 1. Juni 2012 gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) vom 18. März 2011 aufgehoben (IV-Nr. 55). 1.2 Am 19. Juni 2013 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 70). Diese verneinte mit Verfügung vom 5. Juli 2016 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen, da keine Invalidität vorliege (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

2.1 In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 107 E. 1 S. 109). Im vorliegenden Fall steht die Anspruchsberechtigung ab 1. Dezember 2013 zur Debatte. Somit ist die Rechtslage ab 1. Januar 2012, nach der

E. 3.1

3.1.1 Die Beschwerdegegnerin stützte sich bei der Rentenaufhebung vom 1. Juni 2012 auf das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 4. Juli 2011 nebst Teilgutachten (IV-Nrn. 45.1 ■ 45.4). Dieses enthielt folgende Diagnosen (IV-Nr. 45.1 S. 16 f.):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Im Hauptgutachten wurde festgehalten, aus internistischer Sicht bestehe für mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, dies auch bezogen auf die angestammte Tätigkeit im Service. Eine schwere Tätigkeit sei wegen der allgemeinen Dekonditionierung und der Adipositas nicht empfehlenswert (IV-Nr. 45.1 S. 9).

Gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten litt die Beschwerdeführerin seit ihrem 20. Lebensjahr an zunehmenden Ganzkörperschmerzen mit Ursprung im Bereich der linken Schulter sowie der Thoraxapertur und der ventralen Thoraxwand linksseitig. Seit der Einreise in die Schweiz habe sie als Serviceangestellte gearbeitet; aktuell übe sie nicht in

Prozenten zu beziffernde Tätigkeiten im durch den Ehemann betriebenen Clubrestaurant aus (S. 10). In der aktuellen Untersuchung ergebe sich am gesamten Bewegungsapparat ein altersentsprechender Status mit normalen Bewegungsausmassen, die in der aktiven Bewegungsprüfung, insbesondere in der linken oberen und unteren Extremität, als eingeschränkt demonstriert würden. Es zeigten sich Inkonsistenzen und Diskrepanzen im Bewegungsablauf sowie im Schmerzmuster. Dies spreche für eine nicht organische Beschwerdekongstellatation. Insgesamt bestehe eine langjährige Schmerzerkrankung. Eine organische Ursache und eine strukturelle Pathologie, welche das Schmerzausmass sowie die demonstrierten Einschränkungen und den Leidensdruck der Beschwerdeführerin belegen könnten, liessen sich nicht objektivieren. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für bis zu mittelschwere Tätigkeiten, was auch für den angestammten Beruf als Serviceangestellte gelte. Für die musklotendinösen Beschwerden in Rahmen der Schmerzerkrankung könne kein eigentliches Korrelat objektiviert werden. Die deutliche Limitierung der Belastbarkeit lasse sich nicht mit einer Pathologie der Muskel-, Sehnen- oder Bandstruktur begründen. Bei einer Fibromyalgiesymptomatik seien Zwangshaltungen, repetitive stereotyp-monotone Arbeitsschritte sowie Arbeiten in nasskalter Umgebung zu vermeiden. Ideal wäre ein Wechsel zwischen sitzen, stehen und gehen (S. 11).

Laut dem neurologischen Teilgutachten ergab die aktuelle Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine neurologische Pathologie. Die demonstrierte Hemisymptomatik links mit Hypästhesie der linken Körperhälfte streng mittellinienbegrenzt, intermittierender Nichtinnervation des linken Arms und der linken Hand sowie intermittierendem ausgeprägtem Nachziehen und Hinken des linken Beines sei inkonstant: Wenn sich die Beschwerdeführerin unbeobachtet fühle, benutze sie z.B. beide Arme, zeige beim Gehen kein Hinken und bewege sich während der Untersuchung, zum Beispiel beim Ankleiden, unbeeinträchtigt. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei mit einer Verdeutlichungstendenz oder Aggravation vereinbar und habe möglicherweise seelische oder auch anderweitige Ursachen. Zusätzlich zu diesen Diskrepanzen finde sich bei der Kraftprüfung eine ausgeprägte Fehlinnervation der oberen und unteren linken Extremität sowie ein Fehlen von vegetativen Begleitphänomenen wie einem vermehrten Schwitzen bei wiederholter Angabe, während der Untersuchung unter starken Schmerzen zu leiden. Auch MR-Untersuchungen der Lenden- und Halswirbelsäule sowie eine elektrophysiologische Abklärung in den Jahren 2010 und 2008 hätten keine relevante Pathologie nachgewiesen, welche die Beschwerden erklären würde. Die einzige mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmende Pathologie sei eine ■ adäquat behandelte ■ Migräne mit Aura mit ca. ein bis zwei Ereignissen pro Monat (S. 13). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Service oder am Buffet, ebenso in jeder anderen, der Konstitution der Beschwerdeführerin angepassten Arbeit mit leicht bis mittelstarker Belastung (S. 14).

Das psychiatrische Teilgutachten hielt fest, die seit vielen Jahren bestehenden Schmerzen seien mit einem somatischen Befund alleine nie erklärbar und beeinflussten subjektiv die beruflichen und privaten Tätigkeiten. Die Beschwerdeführerin sei funktionell einarmig, sie könne den linken Arm nicht mehr gebrauchen wie den rechten. Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien leicht und ein innerpsychischer Konflikt nicht feststellbar. Es bestehe keine Belastungssituation in Beruf und Privatleben, aber die Beschwerdeführerin verfüge über keine Ausbildung. Zudem habe sie eine passive Erwartung und es bestehe ein

sekundärer Krankheitsgewinn durch Entlastung und Entschädigung. Demgemäss sei den ICD-10-Kriterien folgend keine anhaltend somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Die Foerster-Kriterien seien nur teilweise erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe sich bisher nur einmal einer stationären Rehabilitation unterzogen, es fehle an einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung und es liege kein sozialer Rückzug vor, helfe die Beschwerdeführerin doch im Clubhaus. Der Verlauf sei allerdings verfestigt und der sekundäre Krankheitsgewinn eindeutig. Es zeigten sich eine Selbstlimitierung und Fixierung. Eine affektive psychiatrische Erkrankung wie z.B. eine depressive Episode oder eine Dysthymie lasse sich nicht feststellen. Zu diagnostizieren sei vielmehr eine Entwicklung von körperlichen Symptomen aus psychischen Gründen. Es lägen Anhaltspunkte für eine Aggravation vor, da das subjektiv beschriebene Leiden mit den erhobenen psychiatrischen Befunden nicht in Einklang stehe, die Beschwerden auf viele verschiedene Therapien nicht ansprechen, die Schmerzbeschreibung vage sei, die Einstellung der Beschwerdeführerin durchwegs passiv bleibe und die Schmerzangaben sich nicht an anatomische Gegebenheiten hielten sowie demonstrativ und wenig nachvollziehbar seien. Für eine Persönlichkeitsstörung oder eine andere psychiatrische Erkrankung gebe es keine Anhaltspunkte (S. 15 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für eine den körperlichen Beschwerden und Einschränkungen angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Es sei ihr unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, eine Hilfstätigkeit zu verrichten. Eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung sei bei fehlender Motivation nicht indiziert (S. 16).

In der Konsensbesprechung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass sowohl im angestammten Beruf als auch in irgendeiner anderen Tätigkeit (ausser schweren Arbeiten, welche ungeeignet seien) eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Die Differenz zur früheren Beurteilung, welche zu einer Berentung geführt habe, wurzle in der anderen Bewertung der subjektiven Einschränkungen und erhobenen Befunde. Grundsätzlich hätten sich weder die Symptomatik noch die Befunde massgeblich verändert (S. 22).

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin gelangte in der Verfügung vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 55) zum Ergebnis, dass sich zwar der Gesundheitszustand nicht verändert habe, die gesundheitliche Beeinträchtigung aber aus objektiver Sicht überwindbar sei. Somit liege keine Erwerbsunfähigkeit vor und die Rente sei nach den Schlussbestimmungen zur Änderung des IVG vom 18. März 2011 aufzuheben. Da die Beschwerdeführerin erklärte, sie wolle berufliche Massnahmen in Anspruch nehmen, richtete die Beschwerdegegnerin die Rente jedoch weiterhin aus, beschränkt auf die Dauer der Massnahmen, längstens aber zwei Jahre (IV-Nr. 54). In der Folge wurde die Rente per 31. Mai 2013 eingestellt (IV-Nr. 73), nachdem die Beschwerdeführerin am 22. April 2013 mitgeteilt hatte, sie könne keiner Arbeit nachgehen (IV-Nr. 66).

3.2 In der Neuanmeldung vom 19. Juni 2013 (IV-Nr. 70) brachte die Beschwerdeführerin vor, aktuell werde eine unspezifische Polyarthrititis abgeklärt (S. 5 Ziff. 6.2).

Dr. med. C. ____, Fachärztin für Chirurgie spez. Handchirurgie, stellte in ihrem Bericht vom 20. August 2013 (IV-Nr. 75 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen, Schwellungen in beiden Händen und den oberen Extremitäten sowie Kraftlosigkeit. Da sie ohne starke Schmerzen kaum gehen oder etwas tragen könne, sei sie nicht mehr arbeitsfähig.

Dr. med. D.____, Oberärztin an der Klinik E.____, gelangte im Bericht vom 15. Oktober 2013 (IV-Nr. 76) zu folgenden Diagnosen:

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor unter massiven Tenosynovitiden, vor allen der Beugesehnen beider Hände, und Arthritiden der Handgelenke. Hinzu kämen myalgiforme Beschwerden und eine ausgeprägte Müdigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Putzfrau bestehe seit der erstmaligen Vorstellung am 10. Dezember 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es lägen kontinuierliche Dauerschmerzen vor. Schwellungen würden an allen Fingern auftreten, was die Greifkraft vermindere, sowie an den Sprunggelenken und Füßen, was das Gehen beschwerlich mache. Auch andere Tätigkeiten seien wegen des starken Krankheitsgefühls mit Müdigkeit nicht zumutbar. Es müsste sich um eine Arbeit handeln, bei der die Beschwerdeführerin ihre Hände nicht einzusetzen brauche und bei der sie nicht lange gehen oder stehen müsse.

Dr. med. F.____, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2013 (IV-Nr. 80 S. 3 ff.) folgende Diagnosen:

Bislang sei keine eindeutige Ursache für die Beschwerden gefunden worden. Die Beschwerdeführerin sei derzeit für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Rentenanspruch sei berechtigt, aber die damals gestellte Diagnose wohl falsch.

3.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 27. Juni 2014 nebst Teilgutachten (IV-Nrn. 86.1 ■ 86.5) enthielt folgende Diagnosen (IV-Nr. 86.1 S. 26 f.):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Im Verlauf der rheumatologischen Untersuchung zeige sich ein zunehmend intensiveres Schmerzverhalten, wie es bereits im Gutachten von 2011 beschrieben worden sei. Eine Schonhaltung des linken Armes sei evident. Die Beschwerdeführerin hinterlasse ein deutlich leidensvermittelndes Bild mit inkonstantem Entlastungshinken links, könne aber unbehindert auf einen Schemel steigen und die volle Hocke einnehmen sowie sich beim Aus- und Ankleiden recht flüssig bewegen. Im Hand- und Armeinsatz zeigten sich keine Asymmetrien. Die aktuellen Laboruntersuchungen hätten keine Entzündungszeichen ergeben, das Laborimmunologische Befundbild sei unauffällig. Radiologisch fänden sich an Händen und Vorfüßen keine erosiven Veränderungen und keine Kristall-arthropathischen Äquivalente. Das Achsenskelett weise mehrsegmentale degenerative Veränderungen ohne Zeichen eines spondyloarthritischen Wirbelsäulenbefalls auf. Aus einer möglicherweise degenerativ bedingten Schulterbeschwerdesymptomatik heraus habe sich 1999 bis 2001 ein unspezifisches chronifizierendes Schmerzsyndrom herausgebildet, für das sich keine erklärenden Befunde gefunden hätten. Das Beschwerdebild sei rheumatologisch zunächst als linksseitiges Fibromyalgiesyndrom etikettiert, im Gutachten von 2001 dann als nicht typisch für Fibromyalgie bezeichnet worden. 2006 komme es zu OSG-Beschwerden, wobei klinische Zeichen einer entzündlichen Symptomatik zu fehlen schienen. Orthopädisch habe man die Beschwerden einer Fehlstatik zugeordnet, ohne dass entsprechende Massnahmen die Situation verbessert hätten. An der rechten Hand sei 2009 eine Entrapment-Symptomatik aufgetreten; der Operationsbericht zur Karpaltunnelspaltung

erwähne keine Synovitiden. 2010 sei dann handchirurgisch eine Flexoren-Sehnenscheidenentzündung des Mittelfingers mit deutlicher Synovitis beschrieben worden. Ende 2012 sei eine im Verlauf immunologisch stumme und als undifferenziert zu etikettierende periphere Polysynovitis vor allem der Hände sowie sonst am Bewegungsapparat (Stammskelett, Füsse) erfasst worden. Man habe die Erkrankung rheumasonographisch verifiziert, aber nicht näher klassieren können. Im Blut hätten Entzündungszeichen gefehlt. Das Krankheitsbild sei im Verlauf schwer zu behandeln gewesen, einerseits wegen der medikamentösen Nebenwirkungen (IV-Nr. 86.4 S. 17), andererseits weil der Behandlungseffekt vom vorbestehenden Schmerzleiden überlagert werde und so kaum dokumentierbar sei (S. 17 f.). Die jahrelange Schmerzerkrankung zeige Dolenzen über allen Körperteilen, vor allem im linken oberen Quadranten betont, mit sehr niedriger Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und mit mehrfach dokumentiertem deutlichem Schmerzvermeidungsverhalten und intensiver Vermittlung der Schmerz- und Behinderungsüberzeugung durch die Beschwerdeführerin. Daher seien die verschiedenen Krankheitsanteile (Polysynovitis unter Behandlung versus degenerative Veränderungen des Achsenskeletts versus unspezifische Schmerzerkrankung) klinisch nur sehr schwer voneinander abzugrenzen. Es sei zwar von einem suppressiven Effekt der aktuellen Behandlung auf das entzündliche Leiden auszugehen, es könne aber eine Restaktivität persistieren, indem auch die modernsten Immuntherapeutika kein vollständiges Ansprechen der entzündlichen Konstellationen garantierten. Die Abschätzung der zumutbaren Leistungsfähigkeit sei in einer derartigen Situation mit ausgeprägter Verdeutlichungstendenz äusserst schwierig. Auf Grund der radiomorphologisch objektivierten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts sowie unter Annahme eines möglicherweise etwas fortgeschrittenen degenerativen Leidens an der linken Schulter (als seinerzeit im Arthro-MRI 2001 dokumentiert) seien wohl mittelschwere und schwere Tätigkeitscharakteristika bleibend nicht mehr zuzumuten. Das Ausmass der zumutbaren Leistungsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten sei jedoch etwas arbiträr. Grundsätzlich sei bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen davon auszugehen, dass mit den heute verfügbaren Medikamenten eine Erkrankungsaktivität sehr weitgehend supprimiert werden könne, so dass der Beschwerdeführerin eine signifikante Restarbeitsfähigkeit zumutbar sei. Es gebe jedoch schwere Verläufe, wo diese Feststellung nicht zutrefte. Mit neuesten apparativen Untersuchungen (MRI, Rheuma-Ultraschall) gelinge es gelegentlich, eine subklinische Restaktivität, die sehr wohl Restbeschwerden verursachen könne, zu monitorisieren, was im vorliegenden Fall im Verlauf offenbar nicht mehr stattgefunden habe. Die entsprechenden Untersuchungen seien aufwändig und nur an spezialisierten Zentren verfügbar. Der Stellenwert von geringgradigen apparativen Restbefunden in Bezug auf entsprechende Zumutbarkeiten versus einen klinisch noch deutlichen Befund von Rest-Synovitiden sei versicherungsmedizinisch noch kaum diskutiert. Bei der Beschwerdeführerin scheine unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte, des langjährigen Schmerz-Vorleidens, der seit langem bestehenden, de facto hochgradigen Dekonditionierung, der degenerativen Veränderungen am Achsenskelett, der Unwägbarkeiten betreffs des neuen entzündlichen Leidens (das prognostisch über die kommenden Jahre durchaus wieder in eine spontane Remission treten könne) sowie unter Berücksichtigung der derzeitigen Aufwendungen für Therapien und Arztkonsultationen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Gutachtenszeitpunkt gerechtfertigt. Gegenüber dem Gutachten von 2011 bestehe auf Grund des entzündlichen Leidens eine zusätzliche Einschränkung des Spektrums an zumutbaren Tätigkeiten, indem ab Gutachtenszeitpunkt

nur noch leichte Tätigkeiten mit einem Arbeitsvolumen von 50 % gerechtfertigt seien (S. 18). Retrospektiv könnte eine subklinische Existenz des entzündlichen Leidens mit entsprechend nachvollziehbarer verstärkter Beschwerdemanifestation am Bewegungsapparat wohl schon ab Zeitpunkt der handchirurgisch festgestellten Tendovaginitis des rechten Mittelfingers im März 2010 vorgelegen haben, zumindest intermittierend, wie es dem oft schubförmigen Verlauf einer derartigen Krankheit entspreche (S. 18 f.).

Aus neurologischer Sicht sei zusätzlich die Diagnose einer Migräne ohne Aura zu stellen, welche aktuell durchschnittlich etwa zweimal pro Monat auftrete. In einer elektrophysiologischen Verlaufskontrolle vom Februar 2010 (Dr. med. G.____, Arzt für Neurologie FMH) sei elektroneurographisch eine relevante Medianus- und Ulnarisneuropathie beidseits ausgeschlossen worden. Gesamthaft gehe man nicht von einem Rezidiv des CTS aus. Die Migräne schränke die Arbeitsfähigkeit um 10 % ein (IV-Nr. 86.1 S. 28).

Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine chronische Störung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden, welche bei fehlender psychiatrischer Komorbidität, nur wenigen weiteren Försterkriterien sowie bloss geringen Einschränkungen der Fähigkeiten, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie auch eine angepasste leichte Arbeitstätigkeit, zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führe (S. 28).

In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die beteiligten Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführerin seien sämtliche körperlich schweren und mittelschweren oder hauptsächlich stehend und gehend zu verrichtenden Tätigkeiten, wie zuletzt im Service, nicht mehr zumutbar. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vier bis max. fünf Stunden pro Tag mit etwas reduzierter Leistungsgeschwindigkeit resp. leicht erhöhtem Pausenbedarf). Dies gründe auf der gegenüber dem Gutachten von 2011 neu diagnostizierten entzündlich-rheumatologischen Erkrankung. Angepasst seien sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 2 bis

E. 3.6

3.6.1 Das Bundesgericht hat (unter Berücksichtigung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte / EGMR vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz, 61838/10) entschieden, dass es nicht nur im Bereich der Unfallversicherung, sondern auch in der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, welche die Observation von versicherten Person umfassend und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8 EMRK bzw. Art. 13 BV, der im Wesentlichen den gleichen Gehalt aufweist (s. Urteil 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017 E. 4, zur Publikation vorgesehen). Vor diesem Hintergrund war die Überwachung der Beschwerdeführerin rechtswidrig.

Die Verwendung der widerrechtlich gewonnenen Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) ist indes grundsätzlich zulässig, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten Interessen überwiege das private Interesse gegenüber dem öffentlichen (a.a.O., E. 5.1.1). Rechtswidrige Videoaufnahmen sind verwertbar, solange Handlungen der versicherten Person aufgezeichnet werden, die sie aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung vorgenommen hat, und ihr keine Falle

gestellt worden ist. Ferner ist wohl von einem absoluten Verwertungsverbot für Beweismaterial auszugehen, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, (was das Bundesgericht im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen hatte, s. a.a.O. E. 5.1.3).

3.6.2 Im vorliegenden Fall lag ein ausreichender Grund für eine Überwachung vor, nachdem die Beschwerdegegnerin einen Hinweis erhalten hatte, der sinngemäss aussagte, die Beschwerdeführerin arbeite vollzeitlich im Clubhaus des [Vereins] H.____. Damit bestand der Verdacht, dass die Beschwerdeführerin deutlich mehr leisten konnte, als ihr die B.____-Gutachter attestiert hatten. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass die Website des Vereins nicht nur den Ehemann, sondern auch die Beschwerdeführerin als Wirtin nennt, was darauf hindeutet, dass sie mehr tat als nur hin und wieder auszuhelfen.

Es wird nirgends geltend gemacht, dass es sich bei der überwachten Person nicht um die Beschwerdeführerin gehandelt habe. Die Überwachung erfolgte ausschliesslich im öffentlich zugänglichen und einsehbaren Raum. Dazu gehört auch das Innere des Clubhauses, zu dem konsumierende Gäste Zugang haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_192/2017 vom 25. August 2017 E. 5.4.3.2, wo eine Vereinsveranstaltung, zu der nach Bezahlung eines Eintrittsgeldes jedermann Zutritt hatte, als öffentlicher Raum qualifiziert wurde).

Soweit ersichtlich, ging das Bundesgericht in allen Entscheiden seit dem 14. Juli 2017 davon aus, der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre der überwachten Person sei verhältnismässig gering gewesen. Begründet wurde dies jeweils damit, die Überwachung sei zwar gezielt und nicht bloss zufällig erfolgt, aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg. Vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen könne insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden. Das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden, sei unter diesen Umständen höher zu gewichten als das Interesse der versicherten Person an einer unbehelligten Privatsphäre. Als Beispiele seien hier die folgenden Urteile erwähnt:

Die hiesige Observation war deutlich intensiver als sämtliche bislang vom Bundesgericht beurteilten. Einerseits wurde die Beschwerdeführerin innerhalb von vier Monaten an 32 Tagen observiert und an 18 davon auch tatsächlich angetroffen. Die längste Observationsdauer in den bundesgerichtlichen Präjudizien belief sich demgegenüber auf bloss 12 resp. 14 Tage, dies zudem in einem längeren Zeitraum von knapp sechs resp. acht Monaten. Andererseits erfolgte hier ■ was in keinem der bundesgerichtlichen Fälle zutraf ■ während vier Phasen mehrere Tage hintereinander eine Observation, dies mehrheitlich vom Morgen bis zum Abend:

Damit wurde die Grenze zu einer systematischen Überwachung überschritten, so dass ■ wiewohl nur alltägliche Arbeitsverrichtungen aufgezeichnet wurden ■ nicht mehr von einem bloss geringen Eingriff ausgegangen werden kann.

Hinzu kommt, dass sich die Überwachungsperson nicht auf das Beobachten beschränkte, sondern sich an fünf Tagen ins Clubhaus begab und bei der Beschwerdeführerin etwas bestellte. Dabei kam es am 19. Juni 2015 zu einer Unterhaltung zwischen den beiden. Das Observationsjournal gibt zwar wieder, was die Beschwerdeführerin gesagt haben soll. Der Gesprächsbeitrag der Überwachungsperson geht daraus jedoch nicht hervor; insbesondere

bleibt unklar, ob sie es war, welche die Beschwerdeführerin in eine Unterhaltung verwickelte. Die Videoaufnahme hilft hier nicht weiter, da sie ohne Ton ist. Diese Lücken bei der Dokumentation der Überwachung dürfen sich nicht zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auswirken. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass es ohne aktive Mitwirkung der Untersuchungsperson nicht zu einem Gespräch gekommen wäre, in dem sich die Beschwerdeführerin über ihre Arbeit äussert. Die Überwachungsperson hat mit diesem Vorgehen den Bereich des erlaubten reinen Beobachtens unbeeinflusster Handlungen (bzw. des Mithörens von Gesprächen) verlassen. Auch unter diesem Blickwinkel kann daher nicht mehr von einem bloss geringen Eingriff gesprochen werden.

3.6.3 Zusammenfassend können die ohne ausreichende gesetzliche Grundlage erhobenen Observationsergebnisse nicht verwertet werden, weshalb der Observationsbericht nebst Journalen und Rapporten sowie die Fotos und Videoaufnahmen vollumfänglich aus den Akten zu entfernen sind. Dasselbe gilt für die nach der Observation ergangenen Gutachten der Dres. J.____ und I.____, auf denen die Leistungsverweigerung beruhte. Diese beiden Experten haben den Ermittlungsbericht nebst Rapporten und Bildaufzeichnungen nicht nur zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 102.1 S. 5 und Nr. 103.1 S. 12), sondern sie beziehen sich auch in ihrer Begründung darauf (IV-Nr. 102.1 S. 19 und Nr. 103.1 S. 14).

Ohne die besagten Gutachten ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ungeklärt. Das B.____-Gutachten von 2014 kann diese Lücke nicht füllen. Es geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand seit der Rentenaufhebung im Jahr 2012 verschlechtert habe, indem neu eine Polyarthritits vorliege. Der rheumatologische Experte zeigt sich jedoch ausgesprochen unsicher darüber, ob bei der Beschwerdeführerin eine entzündliche Restaktivität besteht, welche die Beschwerden erklären könnte. Andererseits hält pract. med. K.____ dezidiert fest, dass sich eine Arthritis resp. Synovitis bislang nicht habe objektivieren lassen. Hinzu kommt, dass im B.____-Gutachten ausdrücklich auf die Möglichkeit einer Remission im weiteren Verlauf hingewiesen wird, so dass der Sachverhalt auch im Hinblick darauf nicht abgeklärt ist. Vor diesem Hintergrund wird die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben wird. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie ein neues polydisziplinäres Gutachten einholt und sodann neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entscheidet.

4.

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote vom 25. April 2017 (A.S. 41) weist einen Zeitaufwand von 12,9 Stunden aus, davon sechs Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift. Der Vertreter war indes bereits am verwaltungsinternen Verfahren beteiligt, konnte also weitgehend auf die dortigen Vorarbeiten zurückgreifen. Der

Zeitaufwand für die Beschwerdeschrift wird daher um eine Stunde auf fünf Stunden gekürzt. Der Aufwand für die Stellungnahme vom 24. [recte: 25.] April 2017 von 2,5 Stunden erscheint ebenfalls zu hoch, nachdem diese Eingabe nur rund dreieinhalb Seiten umfasst, und ist um eine halbe Stunde zu kürzen.

Weiter enthält die Kostennote reinen Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Position vom 13. Juli 2016 («Verfügung IV Brief an Klientschaft»), wo von der Zustellung einer Orientierungskopie auszugehen ist (0,3 Stunden), sowie das Fristerstreckungsgesuch vom 5. April 2017, welches keine besondere Begründung enthält (0,1 Stunden).

Der nachprozessuale Aufwand schliesslich ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu kürzen. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 10,5 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 2'625.00 ergibt.

Was die Auslagen betrifft, so ist der Kostenvorschuss, welcher der Beschwerdeführerin zurückerstattet wird (s. E. II. 5 hiernach), auszuklammern. Damit verbleiben Auslagen von CHF 65.60. Einschliesslich CHF 215.25 Mehrwertsteuer (nach dem bis 31. Dezember 2017 geltenden Satz von 8 %) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 2'905.85.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bisIVG).

Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Haldemann

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C_218/2018 vom 22. Juni 2018 teilweise aufgehoben.

E. 5

kg, ohne gebückte, kniende, kauernde oder über Kopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne wiederholtes Greifen mit den Händen, ohne besondere Kraftanwendung mit den Händen und ohne besondere feinmotorische Anforderungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Kälte oder Nässe sowie ohne Staubexposition. Auf Grund der vorliegenden Dokumentation und anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit im Service spätestens ab Zeitpunkt der Diagnose des entzündlichen Leidens Ende 2012 gelten würden. Spätestens ab Gutachtenszeitpunkt könne in einer adaptierten Verweistätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden, begründet durch die teilweise Verbesserung der Symptomatik seit Beginn der Therapie mit Orenzia (S. 28 f.).

3.4 Die Beschwerdegegnerin erhielt am 1. April 2015 folgenden anonymen Hinweis (IV-Nr. 97.1):

«Ich finde dies nicht korrekt das Herr [...] und seine Frau [...] [= Beschwerdeführerin] IV beziehen im Clubhaus des H.____ [...] Tag und Nacht arbeiten in [...] mehrere Wohnungen putzen und dazu noch für 2 Häuser in [...] Miete beziehen.

Ich arbeite nicht den ganzen Tag für solche Leute Sie können gerne selber schauen gehen öfters das nachts um 23:00 da noch gearbeitet wird. Ich bitte um Gerechtigkeit und das diese Leute zur Rechenschaft gezogen werden.»

Die Website des Vereins H.____ nennt als Wirte des Clubhauses «[...]», also die Beschwerdeführerin und deren Ehemann (s. [Website], besucht am 24. Januar 2018).

Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin daraufhin durch eine Detektei observieren. Der Ermittlungsbericht enthält (neben allgemeinen Angaben zum Wohn- und Arbeitsort etc. sowie einer Zusammenfassung des Observationsergebnisses) mehrere von der Überwachungsperson verfasste Observationsjournale (IV-Nr. 97.2) resp. Tagesrapporte (IV-Nr. 97.3), welche teils mit Fotografien ergänzt sind; die Videoaufnahmen sind auf einer DVD gespeichert. Aus diesen Beweismitteln ergeben sich folgende Beobachtungen:

Zusammenfassend hielt der Observationsbericht fest, ein sozialer Rückzug sei auszuschliessen. Die Beschwerdeführerin führe freiwillig und aktiv Gespräche mit Drittpersonen. Eine offensichtliche körperliche Behinderung sei nicht feststellbar. Die Beschwerdeführerin bewege sich normal, ein Hinken etc. sei nicht zu erkennen (IV-Nr. 97.2 S. 64).

Anlässlich des Gesprächs bei der Beschwerdegegnerin am 16. September 2015 (IV-Nr. 97.4) erklärte die Beschwerdeführerin, ihr Gesundheitszustand sei unverändert. Sie mache nicht viel. Sie helfe ihrem Mann im Kiosk, aber nicht regelmässig, fünf Stunden am Tag, manchmal auch nur eine. Sie kenne dort viele Leute, sie wolle nicht alleine sein. Konfrontiert mit den Observationsergebnissen meinte die Beschwerdeführerin, sie sei ja zu 50 % arbeitsfähig. Sie helfe, wenn viel zu tun sei.

3.5 Nach der Observation holte die Beschwerdegegnerin die folgenden Gutachten ein, auf deren Grundlage sie das Leistungsbegehren abwies:

Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2015 (IV-Nr. 102.1) zum Schluss, es liege eine anhaltende Schmerzstörung vor, aber eine relevante Arbeitsunfähigkeit habe nie bestanden (S. 30 Ziff. 8.6).

Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, führte in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2015 (IV-Nr. 103.1) aus, neben der anhaltenden Schmerzstörung lägen ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom sowie ein Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten vor (S. 13). Für die bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten lasse sich für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 25).

Dem Gutachten von Dr. med. J.____ lag ein Bericht von pract. med. K.____, Chefarzt Ambulatorium Rheumatologie am Spital E.____, vom 6. Oktober 2015 (IV-Nr. 103.2) bei, der im Wesentlichen folgende Diagnosen enthielt:

In Rückschau der gesamten Patientenakte könne er derzeit die Diagnose einer undifferenzierten Polyarthritits nicht aufrecht erhalten. Eine Synovitis / Arthritis habe bisher nicht eindeutig objektiviert werden können. Ein MRT der linken Hand am 31. Oktober 2012, eine Drei-Phasen Skelettszintigraphie vom 12. Juni 2013 sowie nach Absetzen der Basistherapie eine Arthro-Sonographie der Hände am 1. September 2015 seien ohne Zeichen einer Arthritis, Tenosynovitis oder Enthesitis gewesen. Einzig eine Ultrasonographie von Dr. med. D.____ am 27. März 2013 habe eine milde Synovitis an der linken Hand gezeigt. Auch das Nichtansprechen der verschiedensten Basistherapeutika spreche gegen eine Autoimmunerkrankung. Die geschilderte Schmerzsymptomatik sei am ehesten im Rahmen eines generalisierten Schmerzsyndroms vom Typ Fibromyalgie zu sehen, auch wenn die Beschwerdeführerin aktuell ohne Basistherapie wieder über vermehrte generalisierte Beschwerden klagt. Er könne klinisch weiterhin keine eindeutige Synovitis / Arthritis objektivieren bei diffuser Druckdolenz am gesamten Integument sowohl articular wie auch an Weichteilen. Eine erneute laborchemische Untersuchung mit Bestimmung der humoralen Entzündungsparameter sei bis auf einen anhaltenden Vitamin D-Mangel weiterhin unauffällig.

E. 6

Migräne mit Aura wahrscheinlich.

E. 7

Zustand nach Carpaltunneloperation rechts am 16. Juni 2009.

E. 8

Hemihypästhesie links, organisch nicht zuordenbar, Verdacht auf arterielle Hypertonie.

E. 9

Tachykarder Sinusrhythmus mit vereinzelter Extrasystolie (Blutdruck 145/100 mmHg rechts).

E. 10

Unterschenkelvarikosis linksbetont mit Status nach Venenstripping links (2002).

E. 11

Anamnestisch Migräne mit Aura, medikamentensensibel.

E. 12

Intermittierend hämorrhoidale Blutung bei verstärkter Obstipation.

E. 13

Adipositas (BMI 31). Im Hauptgutachten wurde festgehalten, aus internistischer Sicht bestehe für mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, dies auch bezogen auf die angestammte Tätigkeit im Service. Eine schwere Tätigkeit sei wegen der allgemeinen Dekonditionierung und der Adipositas nicht empfehlenswert (IV-Nr. 45.1 S. 9). Gemäss dem rheumatologischen Teilgutachten litt die Beschwerdeführerin seit ihrem 20. Lebensjahr an zunehmenden Ganzkörperschmerzen mit Ursprung im Bereich der linken Schulter sowie der Thoraxapertur und der ventralen Thoraxwand linksseitig. Seit der Einreise in die Schweiz habe sie als Serviceangestellte gearbeitet; aktuell übe sie nicht in Prozenten zu beziffernde Tätigkeiten im durch den Ehemann betriebenen Clubrestaurant aus (S. 10). In der aktuellen Untersuchung ergebe sich am gesamten Bewegungsapparat ein altersentsprechender Status mit normalen Bewegungsausmassen, die in der aktiven Bewegungsprüfung, insbesondere in der linken oberen und unteren Extremität, als eingeschränkt demonstriert würden. Es zeigten sich Inkonsistenzen und Diskrepanzen im Bewegungsablauf sowie im Schmerzmuster. Dies spreche für eine nicht organische Beschwerdekongstellatation. Insgesamt bestehe eine langjährige Schmerzerkrankung. Eine organische Ursache und eine strukturelle Pathologie, welche das Schmerzausmass sowie die demonstrierten Einschränkungen und den Leidensdruck der Beschwerdeführerin belegen könnten, liessen sich nicht objektivieren. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für bis zu mittelschwere Tätigkeiten, was auch für den angestammten Beruf als Serviceangestellte gelte. Für die muskulotendinösen Beschwerden in Rahmen der Schmerzerkrankung könne kein eigentliches Korrelat objektiviert werden. Die deutliche Limitierung der Belastbarkeit lasse sich nicht mit einer Pathologie der Muskel-, Sehnen- oder Bandstruktur begründen. Bei einer Fibromyalgiesymptomatik seien Zwangshaltungen, repetitive stereotyp-monotone Arbeitsschritte sowie Arbeiten in nasskalter Umgebung zu vermeiden. Ideal wäre ein Wechsel zwischen sitzen, stehen und gehen (S. 11). Laut dem neurologischen Teilgutachten ergab die aktuelle Untersuchung keine Anhaltspunkte für eine neurologische Pathologie. Die demonstrierte Hemisymptomatik links mit Hypästhesie der linken Körperhälfte streng mittellinienbegrenzt, intermittierender Nichtinnervation des linken Arms und der linken Hand sowie intermittierendem ausgeprägtem Nachziehen und Hinken des linken Beines sei inkonstant: Wenn sich die Beschwerdeführerin unbeobachtet fühle, benutze sie z.B. beide Arme, zeige beim Gehen kein Hinken und bewege sich während der Untersuchung, zum Beispiel beim Ankleiden, unbeeinträchtigt. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei mit einer Verdeutlichungstendenz oder Aggravation vereinbar und habe möglicherweise seelische oder auch anderweitige Ursachen. Zusätzlich zu diesen Diskrepanzen finde sich bei der Kraftprüfung eine ausgeprägte Fehlinnervation der oberen und unteren linken Extremität sowie ein Fehlen von vegetativen Begleitphänomenen wie einem vermehrten Schwitzen bei wiederholter Angabe, während der Untersuchung unter starken Schmerzen zu leiden. Auch MR-Untersuchungen der Lenden- und Halswirbelsäule sowie eine elektrophysiologische Abklärung in den Jahren 2010 und 2008 hätten keine relevante Pathologie nachgewiesen, welche die Beschwerden erklären würde. Die einzige mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmende Pathologie sei eine – adäquat behandelte – Migräne mit Aura mit ca. ein bis zwei Ereignissen pro Monat (S. 13). Aus neurologischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Service oder am Buffet, ebenso in jeder anderen, der Konstitution der Beschwerdeführerin angepassten Arbeit mit leicht bis mittelstarker Belastung (S. 14). Das psychiatrische Teilgutachten hielt fest, die seit vielen Jahren bestehenden Schmerzen seien mit einem

somatischen Befund alleine nie erklärbar und beeinflussten subjektiv die beruflichen und privaten Tätigkeiten. Die Beschwerdeführerin sei funktionell einarmig, sie könne den linken Arm nicht mehr gebrauchen wie den rechten. Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien leicht und ein innerpsychischer Konflikt nicht feststellbar. Es bestehe keine Belastungssituation in Beruf und Privatleben, aber die Beschwerdeführerin verfüge über keine Ausbildung. Zudem habe sie eine passive Erwartung und es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn durch Entlastung und Entschädigung. Demgemäss sei den ICD-10-Kriterien folgend keine anhaltend somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Die Foerster-Kriterien seien nur teilweise erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe sich bisher nur einmal einer stationären Rehabilitation unterzogen, es fehle an einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung und es liege kein sozialer Rückzug vor, helfe die Beschwerdeführerin doch im Clubhaus. Der Verlauf sei allerdings verfestigt und der sekundäre Krankheitsgewinn eindeutig. Es zeigten sich eine Selbstlimitierung und Fixierung. Eine affektive psychiatrische Erkrankung wie z.B. eine depressive Episode oder eine Dysthymie lasse sich nicht feststellen. Zu diagnostizieren sei vielmehr eine Entwicklung von körperlichen Symptomen aus psychischen Gründen. Es lägen Anhaltspunkte für eine Aggravation vor, da das subjektiv beschriebene Leiden mit den erhobenen psychiatrischen Befunden nicht in Einklang stehe, die Beschwerden auf viele verschiedene Therapien nicht ansprächen, die Schmerzbeschreibung vage sei, die Einstellung der Beschwerdeführerin durchwegs passiv bleibe und die Schmerzangaben sich nicht an anatomische Gegebenheiten hielten sowie demonstrativ und wenig nachvollziehbar seien. Für eine Persönlichkeitsstörung oder eine andere psychiatrische Erkrankung gebe es keine Anhaltspunkte (S. 15 f.). Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für eine den körperlichen Beschwerden und Einschränkungen angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Es sei ihr unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, eine Hilfstätigkeit zu verrichten. Eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung sei bei fehlender Motivation nicht indiziert (S. 16). In der Konsensbesprechung gelangten die Gutachter zum Ergebnis, dass sowohl im angestammten Beruf als auch in irgendeiner anderen Tätigkeit (ausser schweren Arbeiten, welche ungeeignet seien) eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Die Differenz zur früheren Beurteilung, welche zu einer Berentung geführt habe, wurzle in der anderen Bewertung der subjektiven Einschränkungen und erhobenen Befunde. Grundsätzlich hätten sich weder die Symptomatik noch die Befunde massgeblich verändert (S. 22).

3.1.2 Die Beschwerdegegnerin gelangte in der Verfügung vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 55) zum Ergebnis, dass sich zwar der Gesundheitszustand nicht verändert habe, die gesundheitliche Beeinträchtigung aber aus objektiver Sicht überwindbar sei. Somit liege keine Erwerbsunfähigkeit vor und die Rente sei nach den Schlussbestimmungen zur Änderung des IVG vom 18. März 2011 aufzuheben. Da die Beschwerdeführerin erklärte, sie wolle berufliche Massnahmen in Anspruch nehmen, richtete die Beschwerdegegnerin die Rente jedoch weiterhin aus, beschränkt auf die Dauer der Massnahmen, längstens aber zwei Jahre (IV-Nr. 54). In der Folge wurde die Rente per 31. Mai 2013 eingestellt (IV-Nr. 73), nachdem die Beschwerdeführerin am 22. April 2013 mitgeteilt hatte, sie könne keiner Arbeit nachgehen (IV-Nr. 66).

3.2 In der Neuanmeldung vom 19. Juni 2013 (IV-Nr. 70) brachte die Beschwerdeführerin vor, aktuell werde eine unspezifische Polyarthrit abgeklärt (S. 5 Ziff. 6.2). Dr. med. C.____, Fachärztin für Chirurgie spez. Handchirurgie, stellte in ihrem Bericht vom 20. August 2013 (IV-Nr. 75 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: · Fibromyalgiesyndrom · rezidivierende

Tenosynovialitiden der Beuge- und Strecksehnen beider Extremitäten · chronische zervicospondylogene Schmerzen Die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen, Schwellungen in beiden Händen und den oberen Extremitäten sowie Kraftlosigkeit. Da sie ohne starke Schmerzen kaum gehen oder etwas tragen könne, sei sie nicht mehr arbeitsfähig. Dr. med. D.____, Oberärztin an der Klinik E.____, gelangte im Bericht vom 15. Oktober 2013 (IV-Nr. 76) zu folgenden Diagnosen: A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit · undifferenzierte Polyarthrit · klinisch rezidivierende Tenosynovitiden linksbetont (rechtsdominant) B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: · rosaceaiforme Dermatose (rechte Wange) · thorakoverbrale Schmerzen · Myogelosen thorakodorsal links · Fibromyalgie · chronische lumbospondylogene Schmerzen links (MRI der Lendenwirbelsäule 2010: kein Hinweis für eine Neurokompression) · chronische zervicospondylogene Schmerzen beidseits (MRI der Halswirbelsäule 2012: keine Neurokompression, leichte degenerative Veränderungen) · Vitamin D 3-Mangel; unter Substitution, DXA am 3. April 2013 nicht pathologisch Der Gesundheitszustand verschlechterte sich. Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor unter massiven Tenosynovitiden, vor allem der Beugesehnen beider Hände, und Arthritiden der Handgelenke. Hinzu kämen myalgiforme Beschwerden und eine ausgeprägte Müdigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Putzfrau bestehe seit der erstmaligen Vorstellung am 10. Dezember 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es lägen kontinuierliche Dauerschmerzen vor. Schwellungen würden an allen Fingern auftreten, was die Greifkraft vermindere, sowie an den Sprunggelenken und Füßen, was das Gehen beschwerlich mache. Auch andere Tätigkeiten seien wegen des starken Krankheitsgefühls mit Müdigkeit nicht zumutbar. Es müsste sich um eine Arbeit handeln, bei der die Beschwerdeführerin ihre Hände nicht einzusetzen brauche und bei der sie nicht lange gehen oder stehen müsse. Dr. med. F.____, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2013 (IV-Nr. 80 S. 3 ff.) folgende Diagnosen: · unspezifische Polyarthrit mit Aspekten einer Kollagenose · Karpaltunnelsyndrom (Erstdiagnose Februar 2012) · chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (Erstdiagnose 2010) · chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (Erstdiagnose unklar) · Vitamin D 3-Mangel (Relevanz für Arbeitsfähigkeit unklar) Bislang sei keine eindeutige Ursache für die Beschwerden gefunden worden. Die Beschwerdeführerin sei derzeit für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Rentenanspruch sei berechtigt, aber die damals gestellte Diagnose wohl falsch. 3.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 27. Juni 2014 nebst Teilgutachten (IV-Nrn. 86.1 – 86.5) enthielt folgende Diagnosen (IV-Nr. 86.1 S. 26 f.): A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Undifferenzierte, peripher betonte, nichterosive Polyarthrit (Erstdiagnose November 2012), differentialdiagnostisch im Rahmen einer nicht-axialen peripheren Spondyloarthritis mit - rezidivierenden Tendovaginitiden beider Hände, sonographisch bestätigt, Erstmanifestation am Mittelfinger volar rechts im März 2010 - Enthesitiden am Ellenbogen, den Füßen und im Fersenbereich beidseits - Raynaud-Symptomatik anamnestisch, Mundaphthen, grenzwertiger Schirmer-Test (10 mm / 5 min.) - Teilremission unter Methotrexat (seit 2012) und Orenzia subkutan (seit Anfang 2014) - aktuell keine Erhöhung von Entzündungszeichen, laborimmunologische Befunde vom 21. Mai 2014 nicht richtungsweisend (unauffällige Rheumafaktoren, ANA, ENA, Komplemente) 2. Chronische Schulterschmerzen links, leichte degenerative Veränderungen der Supraspinatus-Sehne links (MR-Arthrogramm vom 30. April 2001), entzündliche Schmerzursache aktuell möglich - inkonstantes Schmerzvermeidungsverhalten mit dem linken Arm, dokumentiert

seit 2001 3. Chronisches zervikovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - klinisch leichte Einschränkungen der achsenskelettären Beweglichkeit - radiologisch mehrsegmentale mässige degenerative Wirbelsäulenveränderungen ohne neurokompressive Aspekte und ohne spondyloarthritische Veränderungen (MRI Halswirbelsäule 6. August 2012, MRI Lendenwirbelsäule 27. August 2010, Röntgen Lendenwirbelsäule 21. Mai 2014)

4. Migräne ohne Aura (G43.0), ca. 1994 - altersentsprechende unauffällige Darstellung des Neurokraniums (MRI vom September 2013)

5. Status nach Karpaltunneloperation rechts (Juni 2009) - postoperative Neurographie des Nervus medianus 2010: Normalbefund

6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Generalisierte muskuloskelettäre Schmerzsymptomatik mit ausgeprägter Schmerzverdeutlichungstendenz in der Untersuchungssituation - Status nach mehreren rheumatologischen Etikettierungen, auch teils einer (atypischen) Fibromyalgie-Symptomatik mit Betonung der linken Körperseite seit 1999

2. Urinsediment mit Ecurie, Bakteriurie, ohne Proteinurie, kontrollbedürftig

3. Vitiligo an der Bauchhaut rechts

4. Rosacea der Gesichtshaut

5. Status nach Spaltung des ersten Strecksehnenfaches an der rechten Hand am 16. März 2012 bei Tendovaginitis de Quervain

6. Adipositas (BMI 32)

Im Verlauf der rheumatologischen Untersuchung zeige sich ein zunehmend intensiveres Schmerzverhalten, wie es bereits im Gutachten von 2011 beschrieben worden sei. Eine Schonhaltung des linken Armes sei evident. Die Beschwerdeführerin hinterlasse ein deutlich leidensvermittelndes Bild mit inkonstantem Entlastungshinken links, könne aber unbehindert auf einen Schemel steigen und die volle Hocke einnehmen sowie sich beim Aus- und Ankleiden recht flüssig bewegen. Im Hand- und Armeinsatz zeigten sich keine Asymmetrien. Die aktuellen Laboruntersuchungen hätten keine Entzündungszeichen ergeben, das Laborimmunologische Befundbild sei unauffällig. Radiologisch fänden sich an Händen und Vorfüssen keine erosiven Veränderungen und keine Kristall-arthropathischen Äquivalente. Das Achsenskelett weise mehrsegmentale degenerative Veränderungen ohne Zeichen eines spondyloarthritischen Wirbelsäulenbefalls auf. Aus einer möglicherweise degenerativ bedingten Schulterbeschwerdesymptomatik heraus habe sich 1999 bis 2001 ein unspezifisches chronifizierendes Schmerzsyndrom herausgebildet, für das sich keine erklärenden Befunde gefunden hätten. Das Beschwerdebild sei rheumatologisch zunächst als linksseitiges Fibromyalgiesyndrom etikettiert, im Gutachten von 2001 dann als nicht typisch für Fibromyalgie bezeichnet worden. 2006 komme es zu OSG-Beschwerden, wobei klinische Zeichen einer entzündlichen Symptomatik zu fehlen schienen. Orthopädisch habe man die Beschwerden einer Fehlstatik zugeordnet, ohne dass entsprechende Massnahmen die Situation verbessert hätten. An der rechten Hand sei 2009 eine Entrapment-Symptomatik aufgetreten; der Operationsbericht zur Karpaltunnelspaltung erwähne keine Synovitiden. 2010 sei dann handchirurgisch eine Flexoren-Sehnenscheidenentzündung des Mittelfingers mit deutlicher Synovitis beschrieben worden. Ende 2012 sei eine im Verlauf immunologisch stumme und als undifferenziert zu etikettierende periphere Polysynovitis vor allem der Hände sowie sonst am Bewegungsapparat (Stammskelett, Füsse) erfasst worden. Man habe die Erkrankung rheumasonographisch verifiziert, aber nicht näher klassieren können. Im Blut hätten Entzündungszeichen gefehlt. Das Krankheitsbild sei im Verlauf schwer zu behandeln gewesen, einerseits wegen der medikamentösen Nebenwirkungen (IV-Nr. 86.4 S. 17), andererseits weil der Behandlungseffekt vom vorbestehenden Schmerzleiden überlagert werde und so kaum dokumentierbar sei (S. 17 f.). Die jahrelange Schmerzerkrankung zeige Dolenzen über allen Körperteilen, vor allem im linken oberen Quadranten betont, mit sehr

niedriger Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und mit mehrfach dokumentiertem deutlichem Schmerzvermeidungsverhalten und intensiver Vermittlung der Schmerz- und Behinderungsüberzeugung durch die Beschwerdeführerin. Daher seien die verschiedenen Krankheitsanteile (Polysynovitis unter Behandlung versus degenerative Veränderungen des Achsenskeletts versus unspezifische Schmerzerkrankung) klinisch nur sehr schwer voneinander abzugrenzen. Es sei zwar von einem suppressiven Effekt der aktuellen Behandlung auf das entzündliche Leiden auszugehen, es könne aber eine Restaktivität persistieren, indem auch die modernsten Immuntherapeutika kein vollständiges Ansprechen der entzündlichen Konstellationen garantierten. Die Abschätzung der zumutbaren Leistungsfähigkeit sei in einer derartigen Situation mit ausgeprägter Verdeutlichungstendenz äusserst schwierig. Auf Grund der radiomorphologisch objektivierten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts sowie unter Annahme eines möglicherweise etwas fortgeschrittenen degenerativen Leidens an der linken Schulter (als seinerzeit im Arthro-MRI 2001 dokumentiert) seien wohl mittelschwere und schwere Tätigkeitscharakteristika bleibend nicht mehr zuzumuten. Das Ausmass der zumutbaren Leistungsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten sei jedoch etwas arbiträr. Grundsätzlich sei bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen davon auszugehen, dass mit den heute verfügbaren Medikamenten eine Erkrankungsaktivität sehr weitgehend supprimiert werden könne, so dass der Beschwerdeführerin eine signifikante Restarbeitsfähigkeit zumutbar sei. Es gebe jedoch schwere Verläufe, wo diese Feststellung nicht zutrefte. Mit neuesten apparativen Untersuchungen (MRI, Rheuma-Ultraschall) gelinge es gelegentlich, eine subklinische Restaktivität, die sehr wohl Restbeschwerden verursachen könne, zu monitorisieren, was im vorliegenden Fall im Verlauf offenbar nicht mehr stattgefunden habe. Die entsprechenden Untersuchungen seien aufwändig und nur an spezialisierten Zentren verfügbar. Der Stellenwert von geringgradigen apparativen Restbefunden in Bezug auf entsprechende Zumutbarkeiten versus einen klinisch noch deutlichen Befund von Rest-Synovitiden sei versicherungsmedizinisch noch kaum diskutiert. Bei der Beschwerdeführerin scheine unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte, des langjährigen Schmerz-Vorleidens, der seit langem bestehenden, de facto hochgradigen Dekonditionierung, der degenerativen Veränderungen am Achsenskelett, der Unwägbarkeiten betreffs des neuen entzündlichen Leidens (das prognostisch über die kommenden Jahre durchaus wieder in eine spontane Remission treten könne) sowie unter Berücksichtigung der derzeitigen Aufwendungen für Therapien und Arztkonsultationen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Gutachtenszeitpunkt gerechtfertigt. Gegenüber dem Gutachten von 2011 bestehe auf Grund des entzündlichen Leidens eine zusätzliche Einschränkung des Spektrums an zumutbaren Tätigkeiten, indem ab Gutachtenszeitpunkt nur noch leichte Tätigkeiten mit einem Arbeitsvolumen von 50 % gerechtfertigt seien (S. 18). Retrospektiv könnte eine subklinische Existenz des entzündlichen Leidens mit entsprechend nachvollziehbarer verstärkter Beschwerdemanifestation am Bewegungsapparat wohl schon ab Zeitpunkt der handchirurgisch festgestellten Tendovaginitis des rechten Mittelfingers im März 2010 vorgelegen haben, zumindest intermittierend, wie es dem oft schubförmigen Verlauf einer derartigen Krankheit entspreche (S. 18 f.). Aus neurologischer Sicht sei zusätzlich die Diagnose einer Migräne ohne Aura zu stellen, welche aktuell durchschnittlich etwa zweimal pro Monat auftrete. In einer elektrophysiologischen Verlaufskontrolle vom Februar 2010 (Dr. med. G.____, Arzt für Neurologie FMH) sei elektroneurographisch eine relevante Medianus- und Ulnarisneuropathie beidseits ausgeschlossen worden. Gesamthaft gehe man nicht von einem

Rezidiv des CTS aus. Die Migräne schränke die Arbeitsfähigkeit um 10 % ein (IV-Nr. 86.1 S. 28). Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine chronische Störung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden, welche bei fehlender psychiatrischer Komorbidität, nur wenigen weiteren Försterkriterien sowie bloss geringen Einschränkungen der Fähigkeiten, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie auch eine angepasste leichte Arbeitstätigkeit, zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führe (S. 28). In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die beteiligten Gutachter zum Schluss, der Beschwerdeführerin seien sämtliche körperlich schweren und mittelschweren oder hauptsächlich stehend und gehend zu verrichtenden Tätigkeiten, wie zuletzt im Service, nicht mehr zumutbar. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vier bis max. fünf Stunden pro Tag mit etwas reduzierter Leistungsgeschwindigkeit resp. leicht erhöhtem Pausenbedarf). Dies gründe auf der gegenüber dem Gutachten von 2011 neu diagnostizierten entzündlich-rheumatologischen Erkrankung. Angepasst seien sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 2 bis 5 kg, ohne gebückte, kniende, kauernde oder über Kopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne wiederholtes Greifen mit den Händen, ohne besondere Kraftanwendung mit den Händen und ohne besondere feinmotorische Anforderungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Kälte oder Nässe sowie ohne Staubexposition. Auf Grund der vorliegenden Dokumentation und anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit im Service spätestens ab Zeitpunkt der Diagnose des entzündlichen Leidens Ende 2012 gelten würden. Spätestens ab Gutachtenszeitpunkt könne in einer adaptierten Verweistätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden, begründet durch die teilweise Verbesserung der Symptomatik seit Beginn der Therapie mit Orenzia (S. 28 f.).

3.4 Die Beschwerdegegnerin erhielt am 1. April 2015 folgenden anonymen Hinweis (IV-Nr. 97.1): «Ich finde dies nicht korrekt das Herr [...] und seine Frau [...] [= Beschwerdeführerin] IV beziehen im Clubhaus des H.____ [...] Tag und Nacht arbeiten in [...] mehrere Wohnungen putzen und dazu noch für 2 Häuser in [...] Miete beziehen. Ich arbeite nicht den ganzen Tag für solche Leute Sie können gerne selber schauen gehen öfters das nachts um 23:00 da noch gearbeitet wird. Ich bitte um Gerechtigkeit und das diese Leute zur Rechenschaft gezogen werden.» Die Website des Vereins H.____ nennt als Wirte des Clubhauses «[...]», also die Beschwerdeführerin und deren Ehemann (s. [Website], besucht am 24. Januar 2018). Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin daraufhin durch eine Detektei observieren. Der Ermittlungsbericht enthält (neben allgemeinen Angaben zum Wohn- und Arbeitsort etc. sowie einer Zusammenfassung des Observationsergebnisses) mehrere von der Überwachungsperson verfasste Observationsjournale (IV-Nr. 97.2) resp. Tagesrapporte (IV-Nr. 97.3), welche teils mit Fotografien ergänzt sind; die Videoaufnahmen sind auf einer DVD gespeichert. Aus diesen Beweismitteln ergeben sich folgende Beobachtungen: 1) 23. April 2015, 9:00 – 13:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde während der Beobachtungszeit nicht an ihrer Wohnadresse in [...] angetroffen (IV-Nr. 97.2 S.12). 2) 27. April 2015, 8:45 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 13). 3) 28. April 2015, 6:30 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 14). 4) 29. April 2015, 6:30 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 15). 5) 30. April 2015, 6:30 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 16). 6) 1. Mai 2015, 6:30 – 10:00 Uhr: Die

Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 17). 7) 10. Juni 2015, 17:30 – 18:45 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde um 17:40 Uhr im Clubhaus identifiziert, wo sie während der restlichen Beobachtungszeit abwechselnd an der Theke bediente und Gläser von den Tischen räumte resp. an einem Tisch sass und sich mit anderen Leuten unterhielt (IV-Nr. 97.2 S. 18 ff.). 8)

E. 17

Juni 2015, 10:00 - 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 12:14 bis 12:25 sowie von 14:40 bis zum Ende der Beobachtung im Clubhaus auf. Am Nachmittag und Abend bediente sie an der Theke oder servierte Speisen an den Tischen (gemäss Videoaufzeichnung offenbar auch der Überwachungsperson, s. ab 18:48). Ausserdem trug sie eine Plastikbox ins Haus, saugte den gedeckten Sitzplatz und entsorgte u.a. einen 110 Liter-Kehrichtsack im Container (IV-Nr. 97.2 S. 21 ff.). 9)

E. 18

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 18:25 festgestellt (als die Überwachungsperson dort Nachschau hielt); sie bediente die Gäste, sass an einem Tisch und unterhielt sich mit Leuten auf dem Sitzplatz (IV-Nr. 97.2 S. 26 f.). 10)

E. 19

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin betrat das Areal um 11:00, verschob einen Abfallcontainer und ging um 11:28 wieder. Bei einer physischen Nachschau vor Ort wurde um 17:05 die Anwesenheit der Beschwerdeführerin auf dem Sitzplatz festgestellt, wo sie Spielertrikots zusammenlegte. Sie bediente die Überwachungsperson und äusserte sich gemäss Eintrag im Observationsjournal wie folgt: «Am Samstag und Sonntag ist das Clubhaus geschlossen, da Clubturniere stattfinden. Die Bewirtung organisiert der Club im gedeckten Sitzplatz. Sie würde jedoch kurz vorbeischaun. Es sei auch mal schön, ein freies Wochenende zu geniessen. Sie arbeite ja sieben Tage die Woche (diese Unterhaltung an der Theke wurde gefilmt, s. ab 17:06, aber ohne Ton). Später reinigte die Beschwerdeführerin die Tische und entsorgte zwei Kehrichtsäcke. Sie blieb bis zum Ende der Überwachung auf dem Gelände (IV-Nr. 97.2 S. 28 ff.). 11)

E. 20

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 14:02 bis 15:00 auf dem Areal auf, wobei das Clubhaus geschlossen war (IV-Nr. 97.2 S. 34 f.). 12)

E. 21

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 14:03 bis 14:30 auf dem Areal auf, wobei das Clubhaus geschlossen war. Sie konsumierte ein Getränk und unterhielt sich mit Besuchern (IV-Nr. 97.2 S. 36 ff.). 13)

E. 22

Juni 2015, 8:00 – 13:15 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 11:00 bis 12:10 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 39 f.). 14) 11. Juli 2015, 16:30 – 19:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde beim Clubhaus nicht angetroffen (IV-Nr. 97.3 S. 1 f.). 15)

E. 27

Juli 2015, 8:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 41). 16)

E. 28

Juli 2015, 6:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 42). 17)

E. 29

Juli 2015, 6:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 43). 18)

E. 30

Juli 2015, 6:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 44). 19)

E. 31

Juli 2015, 6:30 – 11:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 45). 20) 8. August 2015, 13:45 – 19:30: Die Beschwerdeführerin bediente im Clubhaus mehrere Zuschauer, wobei sie Getränkeflaschen herausgab, Kaffee zubereitete, einkassierte und auf der Kasse tippte. Die Überwachungsperson hielt fest, beide Hände würden gleichwertig und gleichzeitig eingesetzt, eine Einschränkung sei nicht erkennbar (IV-Nr. 97.3 S. 3 ff.). 21) 9. August 2015, 10:00 – 13:00: Die Beschwerdeführerin wurde weder an ihrer Wohnadresse noch beim Clubhaus angetroffen (IV-Nr. 97.3 S. 8). 22) 10. August 2015, 8:00 – 12:00: Die Beschwerdeführerin wurde weder an ihrer Wohnadresse noch beim Clubhaus angetroffen (IV-Nr. 97.3 S. 9). 23) 14. August 2015, 8:15 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 10:25 festgestellt. Später entsorgte sie Karton in einem Container (IV-Nr. 97.2 S. 46 f.). 24) 15. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 14:16 bis 18:30 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 48 f.). 25) 16. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 12:12 bis 20:08 im Clubhaus auf. Sie entsorgte u.a. zwei 110 Liter-Abfallsäcke (IV-Nr. 97.2 S. 50 ff.). 26) 16. August 2015, 16:45 – 18:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin bediente die Gäste (darunter die Überwachungsperson) und schaute sich zwischendurch das Fussballspiel an (IV-Nr. 97.3 S. 10 ff.). Bemerkung: Diese Beobachtungen korrespondieren nicht mit denjenigen im Observationsjournal für den 16. August 2015 / 8:00 – 0:00, wo Datum und Uhrzeit durch die Videoaufnahme belegt sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass es sich hier bei der Datumsangabe um ein Versehen handelt und die fragliche Observation an einem anderen Ort erfolgte. 27) 17. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich ab 10:12 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 53 f.). 28) 18. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich ab 16:49 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 55). 29) 19. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 12:57 festgestellt. Sie bediente Gäste (darunter die Überwachungsperson, s. Aufnahme ab 16:53), räumte Geschirr ab und reinigte Tische (IV-Nr. 97.2 S. 56 ff.). 30) 20. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 16:45 festgestellt. Sie bediente verschiedene Gäste, u.a. die Überwachungsperson (IV-Nr. 97.2 S. 60 f.). 31) 21. August 2015, 8:00 – 15:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin betrat das Areal um 9:57 und später wieder um 14:07. Sie goss Topfpflanzen (IV-Nr. 97.2 S. 62 f.). 32) 23. August 2015, 14:45 – 16:45 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 15:03 festgestellt. Sie bediente die Gäste

(IV-Nr. 97.3 S. 17 ff.). Zusammenfassend hielt der Observationsbericht fest, ein sozialer Rückzug sei auszuschliessen. Die Beschwerdeführerin führe freiwillig und aktiv Gespräche mit Drittpersonen. Eine offensichtliche körperliche Behinderung sei nicht feststellbar. Die Beschwerdeführerin bewege sich normal, ein Hinken etc. sei nicht zu erkennen (IV-Nr. 97.2 S. 64). Anlässlich des Gesprächs bei der Beschwerdegegnerin am 16. September 2015 (IV-Nr. 97.4) erklärte die Beschwerdeführerin, ihr Gesundheitszustand sei unverändert. Sie mache nicht viel. Sie helfe ihrem Mann im Kiosk, aber nicht regelmässig, fünf Stunden am Tag, manchmal auch nur eine. Sie kenne dort viele Leute, sie wolle nicht alleine sein. Konfrontiert mit den Observationsergebnissen meinte die Beschwerdeführerin, sie sei ja zu 50 % arbeitsfähig. Sie helfe, wenn viel zu tun sei.

3.5 Nach der Observation holte die Beschwerdegegnerin die folgenden Gutachten ein, auf deren Grundlage sie das Leistungsbegehren abwies: Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2015 (IV-Nr. 102.1) zum Schluss, es liege eine anhaltende Schmerzstörung vor, aber eine relevante Arbeitsunfähigkeit habe nie bestanden (S. 30 Ziff. 8.6). Dr. med. J.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie, führte in seinem Gutachten vom 15. Dezember 2015 (IV-Nr. 103.1) aus, neben der anhaltenden Schmerzstörung lägen ein chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom sowie ein Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten vor (S. 13). Für die bisher ausgeübten beruflichen Tätigkeiten lasse sich für keinen Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 25). Dem Gutachten von Dr. med. J.____ lag ein Bericht von pract. med. K.____, Chefarzt Ambulatorium Rheumatologie am Spital E.____, vom 6. Oktober 2015 (IV-Nr. 103.2) bei, der im Wesentlichen folgende Diagnosen enthielt: 1) Generalisiertes Schmerzsyndrom, Typ Fibromyalgie 2) Aktenkundig Status nach undifferenzierter sereonegativer Polyarthritits 3) Chronisches lumbospondylogenes Reizsyndrom linksbetont 4) Chronisches zervikospondylogenes Reizsyndrom In Rückschau der gesamten Patientenakte könne er derzeit die Diagnose einer undifferenzierten Polyarthritits nicht aufrecht erhalten. Eine Synovitis / Arthritis habe bisher nicht eindeutig objektiviert werden können. Ein MRT der linken Hand am 31. Oktober 2012, eine Drei-Phasen Skelettszintigraphie vom 12. Juni 2013 sowie nach Absetzen der Basistherapie eine Arthro-Sonographie der Hände am 1. September 2015 seien ohne Zeichen einer Arthritis, Tenosynovitis oder Enthesitis gewesen. Einzig eine Ultrasonographie von Dr. med. D.____ am 27. März 2013 habe eine milde Synovitis an der linken Hand gezeigt. Auch das Nichtansprechen der verschiedensten Basistherapeutika spreche gegen eine Autoimmunerkrankung. Die geschilderte Schmerzsymptomatik sei am ehesten im Rahmen eines generalisierten Schmerzsyndroms vom Typ Fibromyalgie zu sehen, auch wenn die Beschwerdeführerin aktuell ohne Basistherapie wieder über vermehrte generalisierte Beschwerden klage. Er könne klinisch weiterhin keine eindeutige Synovitis / Arthritis objektivieren bei diffuser Druckdolenz am gesamten Integument sowohl articular wie auch an Weichteilen. Eine erneute laborchemische Untersuchung mit Bestimmung der humoralen Entzündungsparameter sei bis auf einen anhaltenden Vitamin D-Mangel weiterhin unauffällig.

3.6 3.6.1 Das Bundesgericht hat (unter Berücksichtigung des Urteils des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte / EGMR vom 18. Oktober 2016 in Sachen Vukota-Bojic gegen die Schweiz, 61838/10) entschieden, dass es nicht nur im Bereich der Unfallversicherung, sondern auch in der Invalidenversicherung an einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage fehlt, welche die Observation von versicherten Person umfassend und detailliert regelt. Folglich verletzen solche Handlungen Art. 8

EMRK bzw. Art. 13 BV, der im Wesentlichen den gleichen Gehalt aufweist (s. Urteil 9C_806/2016 vom 14. Juli 2017 E. 4, zur Publikation vorgesehen). Vor diesem Hintergrund war die Überwachung der Beschwerdeführerin rechtswidrig. Die Verwendung der widerrechtlich gewonnenen Observationsergebnisse (und damit auch der gestützt darauf ergangenen weiteren Beweise) ist indes grundsätzlich zulässig, es sei denn, bei einer Abwägung der tangierten Interessen überwiege das private Interesse gegenüber dem öffentlichen (a.a.O., E. 5.1.1). Rechtswidrige Videoaufnahmen sind verwertbar, solange Handlungen der versicherten Person aufgezeichnet werden, die sie aus eigenem Antrieb und ohne äussere Beeinflussung vorgenommen hat, und ihr keine Falle gestellt worden ist. Ferner ist wohl von einem absoluten Verwertungsverbot für Beweismaterial auszugehen, das im nicht öffentlich frei einsehbaren Raum zusammengetragen wurde, (was das Bundesgericht im konkreten Fall jedoch nicht zu beurteilen hatte, s. a.a.O. E. 5.1.3).

3.6.2 Im vorliegenden Fall lag ein ausreichender Grund für eine Überwachung vor, nachdem die Beschwerdegegnerin einen Hinweis erhalten hatte, der sinngemäss aussagte, die Beschwerdeführerin arbeite vollzeitlich im Clubhaus des [Vereins] H.____. Damit bestand der Verdacht, dass die Beschwerdeführerin deutlich mehr leisten konnte, als ihr die B.____-Gutachter attestiert hatten. In diesem Zusammenhang sei auch erwähnt, dass die Website des Vereins nicht nur den Ehemann, sondern auch die Beschwerdeführerin als Wirtin nennt, was darauf hindeutet, dass sie mehr tat als nur hin und wieder auszuhelfen. Es wird nirgends geltend gemacht, dass es sich bei der überwachten Person nicht um die Beschwerdeführerin gehandelt habe. Die Überwachung erfolgte ausschliesslich im öffentlich zugänglichen und einsehbaren Raum. Dazu gehört auch das Innere des Clubhauses, zu dem konsumierende Gäste Zugang haben (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_192/2017 vom 25. August 2017 E. 5.4.3.2, wo eine Vereinsveranstaltung, zu der nach Bezahlung eines Eintrittsgeldes jedermann Zutritt hatte, als öffentlicher Raum qualifiziert wurde). Soweit ersichtlich, ging das Bundesgericht in allen Entscheiden seit dem 14. Juli 2017 davon aus, der zeitliche Umfang des Eingriffs in die Privatsphäre der überwachten Person sei verhältnismässig gering gewesen. Begründet wurde dies jeweils damit, die Überwachung sei zwar gezielt und nicht bloss zufällig erfolgt, aber weder andauernd noch systematisch über einen längeren Zeitraum hinweg. Vor allem mit Blick auf die aufgezeichneten alltäglichen Verrichtungen und Handlungen könne insgesamt bei bloss geringfügiger Tangierung der Privatsphäre nicht von einer schweren Verletzung der Persönlichkeit ausgegangen werden. Das Interesse des Versicherungsträgers und der Versichertengemeinschaft, unrechtmässige Leistungsbezüge abzuwenden, sei unter diesen Umständen höher zu gewichten als das Interesse der versicherten Person an einer unbehelligten Privatsphäre. Als Beispiele seien hier die folgenden Urteile erwähnt:

- 9C_806/2016, 14. Juli 2016: Die versicherte Person war innerhalb eines Zeitraums von 14 Tagen an vier Tagen für fünf bis neun Stunden überwacht worden (E. 5.1.2).
- 8C_45/2017, 26. Juli 2017: Die IV-Stelle liess die versicherte Person im Februar, März und Juni während insgesamt sechs Tagen beobachten, wobei es an fünf Tagen zu Videoaufzeichnungen kam und die versicherte Person an einem weiteren Tag nicht bedeutsam in Erscheinung trat (E. 4.4.1 f.).
- 8C_735/2016, 27. Juli 2017: Die Observation erfolgte während eines Monats an fünf Tagen, wobei sie an zwei Tagen mangels Wahrnehmung der überwachten Person vorzeitig abgebrochen wurde (E. 5.3.6.2).
- 8C_802/2016, 21. August 2017: Die versicherte Person wurde im Zeitraum vom 24. Oktober 2013 bis zum 15. April 2014 an dreizehn Tagen während rund vier bis zehn Stunden beobachtet; an einem weiteren Tag wurde die Observation erfolglos abgebrochen (E. 5.2.2.2).
- 8C_352/2017, 9. Oktober 2017: Die

Observation fand zwischen dem 8. September 2005 und dem 1. Mai 2006 an zwölf Tagen statt. An neun davon erfolgten Videoaufzeichnungen (E. 5.4.2). · 9C_261/2017, 14. November 2017: Die versicherte Person wurde innerhalb von acht Wochen (was das Bundesgericht als «beträchtliche Gesamtdauer» bezeichnete) an elf Tagen observiert. Dabei wurde sie an drei Tagen gar nicht angetroffen und an weiteren drei Tagen lediglich beim Gang zum Briefkasten beobachtet. An den restlichen fünf wurde sie bei verschiedenen Verrichtungen gefilmt (E. 4.1). · 8C_515/2017, 20. Dezember 2017: Die versicherte Person wurde vom 2. Dezember 2011 bis 27. Januar 2013 an total elf Tagen während mehrerer Stunden überwacht (E. 5.6). Die hiesige Observation war deutlich intensiver als sämtliche bislang vom Bundesgericht beurteilten. Einerseits wurde die Beschwerdeführerin innerhalb von vier Monaten an 32 Tagen observiert und an 18 davon auch tatsächlich angetroffen. Die längste Observationsdauer in den bundesgerichtlichen Präjudizien belief sich demgegenüber auf bloss 12 resp. 14 Tage, dies zudem in einem längeren Zeitraum von knapp sechs resp. acht Monaten. Andererseits erfolgte hier – was in keinem der bundesgerichtlichen Fälle zutraf – während vier Phasen mehrere Tage hintereinander eine Observation, dies mehrheitlich vom Morgen bis zum Abend: · 27. April bis 1. Mai: Fünf Tage · 17. bis 22. Juni: Sechs Tage · 27. bis 31. Juli: Fünf Tage · 14. bis 21. August: Acht Tage Damit wurde die Grenze zu einer systematischen Überwachung überschritten, so dass – wiewohl nur alltägliche Arbeitsverrichtungen aufgezeichnet wurden – nicht mehr von einem bloss geringen Eingriff ausgegangen werden kann. Hinzu kommt, dass sich die Überwachungsperson nicht auf das Beobachten beschränkte, sondern sich an fünf Tagen ins Clubhaus begab und bei der Beschwerdeführerin etwas bestellte. Dabei kam es am 19. Juni 2015 zu einer Unterhaltung zwischen den beiden. Das Observationsjournal gibt zwar wieder, was die Beschwerdeführerin gesagt haben soll. Der Gesprächsbeitrag der Überwachungsperson geht daraus jedoch nicht hervor; insbesondere bleibt unklar, ob sie es war, welche die Beschwerdeführerin in eine Unterhaltung verwickelte. Die Videoaufnahme hilft hier nicht weiter, da sie ohne Ton ist. Diese Lücken bei der Dokumentation der Überwachung dürfen sich nicht zu Ungunsten der Beschwerdeführerin auswirken. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass es ohne aktive Mitwirkung der Untersuchungsperson nicht zu einem Gespräch gekommen wäre, in dem sich die Beschwerdeführerin über ihre Arbeit äussert. Die Überwachungsperson hat mit diesem Vorgehen den Bereich des erlaubten reinen Beobachtens unbeeinflusster Handlungen (bzw. des Mithörens von Gesprächen) verlassen. Auch unter diesem Blickwinkel kann daher nicht mehr von einem bloss geringen Eingriff gesprochen werden.

3.6.3 Zusammenfassend können die ohne ausreichende gesetzliche Grundlage erhobenen Observationsergebnisse nicht verwertet werden, weshalb der Observationsbericht nebst Journalen und Rapporten sowie die Fotos und Videoaufnahmen vollumfänglich aus den Akten zu entfernen sind. Dasselbe gilt für die nach der Observation ergangenen Gutachten der Dres. J. ___ und I. ___, auf denen die Leistungsverweigerung beruhte. Diese beiden Experten haben den Ermittlungsbericht nebst Rapporten und Bildaufzeichnungen nicht nur zur Kenntnis genommen (IV-Nr. 102.1 S. 5 und Nr. 103.1 S. 12), sondern sie beziehen sich auch in ihrer Begründung darauf (IV-Nr. 102.1 S. 19 und Nr. 103.1 S. 14). Ohne die besagten Gutachten ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung ungeklärt. Das B. ___-Gutachten von 2014 kann diese Lücke nicht füllen. Es geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand seit der Rentenaufhebung im Jahr 2012 verschlechtert habe, indem neu eine Polyarthritits vorliege. Der rheumatologische Experte zeigt sich jedoch ausgesprochen unsicher darüber, ob bei der Beschwerdeführerin eine entzündliche Restaktivität besteht, welche die Beschwerden

erklären könnte. Andererseits hält pract. med. K. ___ dezidiert fest, dass sich eine Arthritis resp. Synovitis bislang nicht habe objektivieren lassen. Hinzu kommt, dass im B. ___-Gutachten ausdrücklich auf die Möglichkeit einer Remission im weiteren Verlauf hingewiesen wird, so dass der Sachverhalt auch im Hinblick darauf nicht abgeklärt ist. Vor diesem Hintergrund wird die Beschwerde in dem Sinne gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung aufgehoben wird. Die Sache geht zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie ein neues polydisziplinäres Gutachten einholt und sodann neu über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entscheidet.

4. 4.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung).

4.2 Die vom Vertreter eingereichte Kostennote vom 25. April 2017 (A.S. 41) weist einen Zeitaufwand von 12,9 Stunden aus, davon sechs Stunden für das Verfassen der Beschwerdeschrift. Der Vertreter war indes bereits am verwaltungsinternen Verfahren beteiligt, konnte also weitgehend auf die dortigen Vorarbeiten zurückgreifen. Der Zeitaufwand für die Beschwerdeschrift wird daher um eine Stunde auf fünf Stunden gekürzt. Der Aufwand für die Stellungnahme vom 24. [recte: 25.] April 2017 von 2,5 Stunden erscheint ebenfalls zu hoch, nachdem diese Eingabe nur rund dreieinhalb Seiten umfasst, und ist um eine halbe Stunde zu kürzen. Weiter enthält die Kostennote reinen Kanzleiaufwand, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten ist. Es betrifft dies die Position vom 13. Juli 2016 («Verfügung IV Brief an Klientschaft»), wo von der Zustellung einer Orientierungskopie auszugehen ist (0,3 Stunden), sowie das Fristerstreckungsgesuch vom 5. April 2017, welches keine besondere Begründung enthält (0,1 Stunden). Der nachprozessuale Aufwand schliesslich ist angesichts des Obsiegens praxisgemäss von einer Stunde auf 0,5 Stunden zu kürzen. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 10,5 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 2'625.00 ergibt. Was die Auslagen betrifft, so ist der Kostenvorschuss, welcher der Beschwerdeführerin zurückerstattet wird (s. E. II. 5 hiernach), auszuklammern. Damit verbleiben Auslagen von CHF 65.60. Einschliesslich CHF 215.25 Mehrwertsteuer (nach dem bis 31. Dezember 2017 geltenden Satz von 8 %) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 2'905.85.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.