

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.80 vom 5. Februar 2016

SO Obergericht, 2016-02-05, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.80](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.80)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.80 du 5 février 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.80 del 5 febbraio 2016

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1963 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete seit dem 8. Januar 1990 als Montagemitarbeiterin bei der B.\_\_\_\_, [...]. Seit dem 28. April 1997 war sie andauernd vollständig arbeitsunfähig. Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis am 29. Oktober 1997 auf den 31. Dezember 1997 auf. Am 10. Mai 1998 meldete sich die Mutter von zwei 1989 und 1996 geborenen Kindern wegen einer seit April 1997 bestehenden Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. In der Folge veranlasste die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) eine psychiatrische Begutachtung bei den C.\_\_\_\_, Ambulatorium [...], welche am 29. März, 18. April und 12. Mai 2000 durchgeführt wurde. Daraufhin sprach sie der Beschwerdeführerin mit rechtskräftigen Verfügungen vom 16. Februar 2001 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente (sowie entsprechende Zusatz- und Kinderrenten) ab 1. April 1998 zu (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 16).

1.2 Im Mai 2001 veranlasste die Beschwerdegegnerin von Amtes wegen ein Revisionsverfahren. Die Überprüfung des Invaliditätsgrades ergab in der Folge keine rentenbeeinflussende Änderung (Mitteilung vom 25. Januar 2002; IV-Nr. 21). Im Juli 2005 leitete die Beschwerdegegnerin erneut ein Revisionsverfahren ein. Nach dem Beizug eines ärztlichen Berichts wurde wiederum keine Änderung festgestellt, welche sich auf die Invalidenrente auswirkt (Mitteilung vom 5. Oktober 2005; IV-Nr. 25). Im Rahmen eines im Dezember 2008 aufgenommenen weiteren Revisionsverfahrens wurde erneut keine rentenwirksame Änderung festgestellt (Mitteilung vom 1. September 2009 (IV-Nr. 35)). Auch das im Juli 2010 aufgenommene Revisionsverfahren ergab nach dem Beizug medizinischer Berichte sowie der Durchführung eines Revisionsgesprächs eine unveränderte Situation (Mitteilung vom 22. Oktober 2010; IV-Nr. 42). Sodann teilte die Beschwerdegegnerin nach Durchführung eines im September 2012 aufgenommenen weiteren Revisionsverfahrens am 1. Februar 2013 mit, es sei wiederum keine Änderung festgestellt worden, welche sich auf die Rente auswirke (Invaliditätsgrad von 100 %; IV-Nr. 50).

1.3 Im November 2014 wurde ein weiteres Revisionsverfahren aufgenommen. Nach dem Beizug medizinischer Berichte veranlasste die Beschwerdeführerin am 12. Januar 2015 eine psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, welche am 7. Mai 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 9. Juni 2015; IV-Nr. 61.1). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens hob die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte ganze Invalidenrente mit Verfügung vom 5. Februar 2016 auf Ende März 2016 auf und wies den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ab. Einer

allfälligen Beschwerde gegen diese Verfügung wurde die aufschiebende Wirkung entzogen. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, gemäss den medizinischen Abklärungen sei die vorbestehende depressive Episode remittiert. Aktuell könne nur noch eine Dysthymie festgestellt werden, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Eine revisionsbegründende Veränderung sei somit klar gegeben. Der Beschwerdeführerin sei es möglich und zumutbar, ihre angestammte Tätigkeit als Montagemitarbeiterin sowie jede andere Tätigkeit im Rahmen eines Pensums von 100 % auszuüben, wobei keine Leistungseinschränkung bestehe. Es werde angenommen, dass die Beschwerdeführerin auf berufliche Eingliederungsmassnahmen verzichtet habe (IV-Nr. 76).

## **E. 2**

2.1 Invalidität gemäss Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) i.V.m. Art. 7 f. des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) bedeutet im Allgemeinen den durch die Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachten und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibenden ganzen oder teilweisen Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 40 Rz. 102 mit Hinweis auf BGE 130 V 343 E. 3.2.1 S. 346).

2.2 Die Invalidenrente wird nach dem Grad der Invalidität abgestuft. Nach Art. 28 Abs. 2 IVG besteht Anspruch auf eine ganze Rente ab einem Invaliditätsgrad von 70 %; ein Invaliditätsgrad zwischen 60 bis 69 % berechtigt zum Bezug einer Dreiviertelsrente, ab einem Invaliditätsgrad von 50 % wird eine halbe Rente und ab einem solchen von 40 % eine Viertelsrente ausgerichtet (BGE 135 V 319 E. 2.1 S. 320).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f.; 128 V 29 E. 1 S. 30; 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

## **E. 3**

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner

unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.; 130 V 71 E. 3 S. 73 ff.).

Im vorliegenden Fall meldete sich die Beschwerdeführerin am 10. Mai 1998 zum Leistungsbezug an, wobei ihr in der Folge mit rechtskräftigen Verfügungen vom 16. Februar 2001 aufgrund eines ermittelten Invaliditätsgrades von 100 % eine ganze Invalidenrente ab 1. April 1998 zugesprochen wurde (IV-Nr. 16). Die in der Folge im Mai 2001, Juli 2005, Dezember 2008, Juli 2010 und September 2012 veranlassten Revisionsverfahren ergaben keine Änderung des Invaliditätsgrades (IV-Grad von 100 %; vgl. IV-Nr. 17, 21, 22, 25, 26, 35, 36, 42, 45 und 50) und können mangels umfassender Überprüfung der gesundheitlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse mit Blick auf die Revisionsvoraussetzungen im Sinne Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht als Referenzzeitpunkt herangezogen gezogen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_441/2012 vom 25. Juli 2013 E. 5 ff.). Daran ändert der Umstand nichts, dass anlässlich des im Juli 2010 eingeleiteten Revisionsverfahrens am 21. Oktober 2010 mit der Beschwerdeführerin ein Revisionsgespräch geführt wurde, an welchem auch die RAD-Ärztin teilnahm (vgl. IV-Nr. 41). Dem im Rahmen des Vorbescheidverfahrens erhobenen Einwand, der letzte massgebliche Vergleichszeitpunkt sei die Revision von 2010 (vgl. IV-Nr. 73 S. 2 und 75 S. 2), kann somit nicht gefolgt werden. Die im Jahr 2010 eingeleitete Revision wird in der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde denn auch nicht mehr als massgeblicher Vergleichszeitpunkt postuliert. Somit ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er den rechtskräftigen Verfügungen vom 16. Februar 2001 (IV-Nr. 16) zu Grunde lag.

3.3 Gemäss Art. 88a Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV [SR 831.201]) führt eine Verbesserung der Erwerbstätigkeit zu einer Herabsetzung oder Aufhebung der Rente, wenn angenommen werden kann, dass sie voraussichtlich längere Zeit dauern wird; die Verbesserung ist in jedem Fall zu berücksichtigen, wenn sie ohne wesentliche Unterbrechung drei Monate gedauert hat und voraussichtlich weiterhin andauern wird. Die Herabsetzung oder Aufhebung der Rente erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden

die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470 f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.3 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C\_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

5. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er den rechtskräftigen Verfügungen vom 16. Februar 2001 zu Grunde lag:

Aus dem psychiatrischen Gutachten der C.\_\_\_\_, Ambulatorium [...] (Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberärztin; Dr. med. F.\_\_\_\_, Assistenzärztin) vom 8. August 2000 gehen folgende Diagnosen hervor: «Mittelgradige bis schwere depressive Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11/31), latenter Suizidalität; Schizoide Persönlichkeit». Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, es sei eine mittelgradige bis schwere depressive Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen wegen seit ca. 3 Jahren anhaltender Adynamie, Traurigkeit, Schlafschwierigkeiten sowie Schwankungen im Selbstwertgefühl und Perspektivlosigkeit diagnostiziert worden. Geprägt sei das Krankheitsbild zusätzlich von rezidivierenden akustischen Halluzinationen und latent auftretenden suizidalen Gedanken. Die depressive Symptomatik könnte psychodynamisch in Zusammenhang mit der sehr schwierigen Jugend, einem von Gewalt geprägten Elternhaus und der zusätzlich schwierigen Situation als Frau in der Türkei stehen. Zusätzliche Belastungsfaktoren würden sich aus der Anamnese mit den 2 durch den Vater beschlossenen Eheschliessungen mit immer wieder auftretenden Konflikten, «Verlust» der älteren Tochter, die durch den Ehemann während mehrerer Jahre in der Türkei bei der Schwiegermutter untergebracht worden sei, ergeben. Dies habe zu zunehmenden Schuldgefühlen bei der Explorandin geführt. Diese Belastungsmomente zusammen mit wahrscheinlich erheblichen Migrationsschwierigkeiten könnten zu der depressiven Symptomatik geführt haben.

Im Weiteren wurde ausgeführt, eventuell bestehe auch durch die depressive Erkrankung ein sekundärer Krankheitsgewinn, die Konflikte mit dem Ehemann würden durch die Symptomatik in den Hintergrund treten und die Patientin werde nicht mehr geschlagen. Bei den Gesprächen sei aber aufgefallen, dass die Explorandin bei Rückfragen zu verschiedenen Punkten in ihrer Lebensgeschichte angespannt gewesen sei und nicht mehr habe Auskunft geben wollen. Sie habe nicht eingesehen, dass man verschiedene Fragen nochmals habe stellen müssen. Aufgrund der nachfolgend beschriebenen Persönlichkeitsanteile könne von einer schizoiden Persönlichkeitsstruktur ausgegangen werden. Die Explorandin berichte, dass sie sich stets zurückgezogen habe (auch vor der depressiven Erkrankung). Sie beklage Schwierigkeiten, Kontakte zu anderen aufzubauen und bezeichne sich als introvertiert. Sie zeige wenig Tätigkeiten, die ihr Vergnügen bereiteten, im hier geführten Gespräch könne keine Beziehung aufgebaut werden. Es bestehe eine emotionale Kühle mit Distanziertheit und flacher Affektivität. Sie beschreibe einen Mangel an engen Freunden und vertrauensvollen Beziehungen, dies auch schon in der Jugend.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, aufgrund der seit April 1997 vorhandenen depressiven Erkrankung mit den schon erwähnten Symptomen wie Müdigkeit, Perspektivlosigkeit, Trauer, Konzentrations- und Schlafschwierigkeiten mit zusätzlichen Halluzinationen und somatischen Symptomen müsse von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Im Auftreten im Ambulatorium wie beim körperlichen Status habe sich die Explorandin sehr gepflegt und sorgfältig gekleidet gezeigt. Dies könne als Diskrepanz zum Bild der depressiven Erkrankung erscheinen.

Nach den gutachterlichen Angaben wurde die Explorandin aufgrund der depressiven Erkrankung initial mit Seropram behandelt, was zu keiner Verbesserung des Zustandsbildes geführt habe. Bei akustischen Halluzinationen sei Fluvoxolam installiert, jedoch wegen Nebenwirkungen wieder abgesetzt worden. Die aktuelle Medikation bestehe in Melleril, aktuell 60 mg täglich, welches nach den Angaben des behandelnden Psychiaters habe

reduziert werden müssen. Es sei versucht worden, beim behandelnden Psychiater zu erfahren, welche anderen Medikamente bei der Explorandin eingesetzt worden seien. Auf die telefonische Anfrage habe man bisher keine Rückmeldung erhalten. Der angeforderte Austrittsbericht aus der Klinik [...] vom Juni 1997 sei nicht zugestellt worden. Aufgrund der aktuellen depressiven Symptomatik mit Halluzinationen werde vorgeschlagen, nochmals eine antidepressive Therapie zu installieren. Aufgrund der mangelnden Effizienz mit Seropram, wobei aktuell nicht mehr eruierbar sei, ob das Medikament dosismässig ausgeschöpft worden sei, könnte allenfalls auch eine Medikation mit einem trizyklischen Antidepressivum mit sedativem Effekt wie z.B. Surmontil initiiert werden. Zusätzlich dazu werde der Einsatz mit einem hochpotenten Neuroleptikum in Bezug auf die akustischen Halluzinationen empfohlen. Ein nochmaliger Versuch einer konsequenten medikamentösen Therapie könnte zu einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit führen. Falls durch die medikamentöse Therapie eine Verbesserung der depressiven Symptomatik erzielt werden könne, könnte in der Folge die genaue Arbeitsfähigkeit im Rahmen eines dreimonatigen Einsatzes in der VEBO bestimmt werden. Bei mangelndem Ansprechen der Therapie bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %.

Aktuell bestehe bei der Explorandin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit sowohl in der früheren Tätigkeit als Montagemitarbeiterin als auch in einer anderen Erwerbstätigkeit. Berufliche Massnahmen seien kurz- bis mittelfristig nicht indiziert. Falls eine Verbesserung der depressiven Erkrankung durch eine erneute medikamentöse Therapie erzielt werden könne, müsste diese Frage erneut beurteilt werden (IV-Nr. 8).

6. Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sie wie folgt:

6.1 Der behandelnde Psychiater, Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, diagnostizierte in seinem Arztbericht zu Händen der IV-Stelle vom 25. November 2014 eine rezidivierende depressive Störung aktuell mittleren Grades mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11), eine affektive schizophrene Störung vom depressiven Typ (ICD-10 F25.10) sowie eine schizoide Persönlichkeit (ICD-10 F60.1). Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit Juni 1997 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde ausgeführt, die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Ihre verbleibenden Fähigkeiten könne sie auch nicht in einer anderen Tätigkeit besser verwerten (IV-Nr. 52 S. 5 ff.).

6.2 Der Hausarzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, hielt in seinem Arztbericht vom 17. Dezember 2014 als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine mittelschwere Depression bei schizoider Persönlichkeit sowie episodische psychotische Symptome fest. Die weiteren Diagnosen (latente Suizidalität, massive Schlafprobleme, Varicosis, intermittierender Eisenmangel) haben nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Montagearbeiterin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bis heute. Der Gesundheitszustand sei stationär. Eine ergänzende psychiatrische Abklärung sei angezeigt. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde ausgeführt, es bestehe eine Behinderung bei jeglicher Tätigkeit (IV-Nr. 54).

6.3 Dem psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 9. Juni 2015 kann entnommen werden, dass die Exploration der Beschwerdeführerin in Begleitung ihres Sohnes und mit Unterstützung eines Dolmetschers am 7. Mai 2015 durchgeführt wurde. Die Diagnosen gemäss ICD-10 lauteten wie folgt: «Dysthymia (F34.1)

bei depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4), und akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszügen (Z73.1)». Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen angegeben, die nosologische Einordnung der Beschwerden und Befunde sowie das Postulat der Arbeitsunfähigkeit im Gutachten der C. \_\_\_ vom 8. August 2000 (vgl. E. II. 5. hiervor) seien nicht nachvollziehbar. Die Diagnose werde unklar formuliert. Sie werde nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und/oder diskutiert. Die objektiven psychopathologischen Befunde (älter wirkend, gebeugte Haltung, wenig Blickkontakt, leise Stimme, zeitlich unscharf orientiert [Daten werden ungenau genannt], Konzentrationsstörungen, im Denken umständlich und eingeengt, affektiver Rapport eingeschränkt, verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, Psychomotorik reduziert) liessen qualitativ ein depressives Syndrom erkennen. Dessen Schweregrad bleibe unklar. Die subjektiv genannten Wahrnehmungsstörungen würden nicht differenziert erläutert. Die Befunde im Rahmen des depressiven Syndroms seien auch nicht von den schizoiden Persönlichkeitszügen abgegrenzt worden.

Im Weiteren führte der Gutachter aus, ausser der Einschätzung in diesem Gutachten werde jene des ab 1997 behandelnden Psychiaters Dr. med. G. \_\_\_ dokumentiert. Bereits im Arztbericht vom 31. März 1999 werde von ihm eine mittelgradig ausgeprägte depressive Episode attestiert. Auf akzentuierte (schizoide) Persönlichkeitszüge werde hingewiesen. Im Vordergrund stünden (gemäss seiner Einschätzung bis November 2014 unverändert) Konzentrationsstörungen (aufgrund der von der Explorandin subjektiv genannten psychotischen Symptome) und eine niedergeschlagen-ängstliche Verstimmung. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei deshalb ab Juni 1997 dauerhaft anzunehmen. Ab 30. September 2005 attestiere der behandelnde Psychiater in diesem Zusammenhang gemäss ICD-10 F33.11 eine rezidivierende depressive Störung (gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom) und gemäss ICD-10 F60.1 eine schizoide Persönlichkeitsstörung sowie ab 21. September 2012 zusätzlich nach ICD-10 F25.10 eine schizoaffektive Störung (gegenwärtig depressiv). Die Diagnosen von Dr. med. G. \_\_\_ würden mit Bezug zum Klassifikationssystem aber weder differenziert beschrieben noch diskutiert. Die objektiven psychopathologischen Befunde liessen qualitativ ein dysthymes Syndrom erkennen. Dessen Schweregrad bleibe jedoch unklar. Die subjektiv genannten Wahrnehmungsstörungen, die «seltsamen Überzeugungen/Verfolgungsideen» und die postulierten «psychotischen Episoden» seien nicht differenziert erläutert worden. Eine schizoaffektive Störung gemäss ICD-10 könne allein mit diesen Angaben nicht hinreichend begründet werden. Ausserdem würden die Befunde im Rahmen des depressiven Syndroms nicht von den schizoiden Persönlichkeitszügen abgegrenzt. Im Fall der Explorandin seien darüber hinaus auch keine Angaben vorhanden, welche die Eingangskriterien der Definition einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 als erfüllt annehmen liessen. Die nosologische Einordnung der Beschwerden und Befunde sowie das Postulat der Arbeitsunfähigkeit seien auch hier nicht nachvollziehbar. Schliesslich werde in den Akten zwischen Juli 2009 und Dezember 2014 auch die Einschätzung des Hausarztes Dr. med. H. \_\_\_ dokumentiert. Es werde von ihm (sinngemäss regelmässig) «mittelschwere Depression bei schizoider Persönlichkeit» attestiert. Auf «episodische psychotische Symptome» werde u.a. hingewiesen. Eine vollständige Arbeitsunfähigkeit sei anzunehmen. Weitere versicherungsmedizinisch relevante Angaben seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht von ihm nicht formuliert worden.

Der Gutachter führte ferner aus, die Explorandin habe berichtet, dass es ihr «gar nicht gut» gehe. Sie fühle sich «unwohl». Sie sei sehr müde und erschöpft. Ein Grund dafür sei, dass sie «im Kopf Gespräche führe». Ausserdem reagiere ihr Körper «aus dem Nichts heraus» erschrocken. Es komme nämlich vor, dass sie von Mitmenschen überrascht werde. Deshalb ängstige sie sich vor Menschen. Sie sei vollständig arbeitsunfähig, weil sie sich «nicht gut» fühle. Noch heute sei sie zudem traurig und verärgert, wenn sie daran denke, dass sie durch ihren ehemaligen zweiten Ehemann «alles» verloren habe. Im Vordergrund der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung stehe eine niedergeschlagene Verstimmung bei einer übergenaugen Grundhaltung.

Anlässlich der Untersuchung am 7. Mai 2015 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde gar nicht bis sehr gering ausgeprägt. Das Gesprächsverhalten der Explorandin sei wenig spontan. Sie berichte wortkarg und formuliere einfach. Daten seien ungenau genannt worden. Im Affekt sei sie dysthym und klagsam. Auch mit Hilfe der MADRS sei aber kein klinisch relevantes depressives Syndrom zu erkennen. Mit Bezug zu den Befunden, wie sie im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 beschrieben worden seien, sei Folgendes ausdrücklich festzustellen: der Blickkontakt der Explorandin sei unauffällig, sie spreche mit deutlicher Stimme, tatsächliche Konzentrationsstörungen seien nicht aufgetreten, das Denken sei weder umständlich noch eingengt, der affektive Rapport sei gut herstellbar, die affektive Schwingungsfähigkeit sei erhalten und die Psychomotorik sei angemessen.

Anlässlich der Untersuchung finde man ausserdem keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl der Explorandin von Betäubtsein, auf emotionale Stumpfheit, auf Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, auf Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, auf vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und/oder auf eine übermässige Schreckhaftigkeit. Objektive Hinweise auf Wahrnehmungs- und/oder Ich-Störungen finde man ebenfalls keine. Die Explorandin stelle fest, dass sie «im Kopf Gespräche führe». Es sei für sie «ein Gefühl wie Stimmen» hören. Es seien unregelmässig auch Stimmen, die «von aussen» kämen. Ausserdem reagiere ihr Körper «aus dem Nichts heraus» erschrocken. Auch auf empathische Nachfrage hin seien die entsprechenden Formulierungen aber nicht weiter erläutert worden. Weitere Störungen der Wahrnehmung und/oder des Ich-Erlebens seien ausdrücklich verneint worden. Die (plakativen/stereotypen) subjektiven Hinweise seien zur Kenntnis zu nehmen. Sie verdeutlichten die innerseelische Befindlichkeit der Explorandin. Es finde sich anlässlich der aktuellen Untersuchung aber kein korrespondierender (objektiver) Befund dazu.

Zusammenfassend sei im Fall der Explorandin eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Episode (F32.4) und akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszügen (Z73.1) zu erkennen. Die ICD-10 Kriterien einer (eventuellen) depressiven Episode seien anlässlich der aktuellen Untersuchung am 7. Mai 2015 nicht (mehr) erfüllt. Die Explorandin habe zwar sehr viele Symptome einer depressiven Episode gemäss ICD-10 F32 genannt, bei ihr bestünden jedoch keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge, um eine (allfällig andauernde) depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Insbesondere die Eingangskriterien seien objektiv nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erfüllt. Es fehlten die Eingangskriterien dauerhafte Hemmung der Psychomotorik, wesentliche Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit und ausgeprägte soziale Inaktivität (die Explorandin gehe einkaufen,

treffe sich mit ihrer Tochter, unternehme Reisen etc.). Eine relevante (und auch noch eigenständige) depressive Episode gemäss ICD-10 F3 bestehe somit nicht. Bei der Explorandin könne kein «somatisches Syndrom» (Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichts- und Libidoverlust) erkannt werden.

Es könne somit festgestellt werden, dass im Vergleich zur Beurteilung im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 eine wesentliche Veränderung (hier: Verbesserung) des Gesundheitszustands eingetreten sei. Die im August 2000 attestierte depressive Episode sei remittiert. Es bestehe eine Dysthymia. Das ICD-10 definiere die Dysthymia wie folgt: «Das wesentliche Merkmal sei eine langdauernde, depressive Verstimmung, die niemals oder nur selten ausgeprägt genug sei, um die Kriterien für eine leichte oder mittelgradige depressive Störung zu erfüllen». Eine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht im Fall der Explorandin nicht begründbar. Die akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszüge hätten keinen Krankheitswert. Sie begründeten weder eine Minderung der Arbeitsfähigkeit, noch eine Minderung der persönlichen Ressourcen. Auf diese Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (7. Mai 2015) sicher abgestellt werden. Es könne jedoch aufgrund der hierfür ungenügenden Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, ob (und gegebenenfalls ab wann genau) bereits vor diesem Datum von der im vorliegenden Gutachten erläuterten Einschätzung ausgegangen werden könne.

Der Gutachter äusserte sich sodann dahingehend, beim Verlauf der Störung seien auch vielfältige psychosoziale Faktoren zu benennen, z.B. Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, ungenügende Deutschkenntnisse, fehlender Berufsabschluss, einfache Berufserfahrung, Abstinenz vom und Lage am Arbeitsmarkt, langjähriger Rentenbezug, Lebensalter. Diese Gesichtspunkte hätten v.a. therapeutische und sozialarbeiterische Relevanz und gingen nicht (weder positiv, noch negativ) in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht mit ein (krankheitsfremd, «invaliditätsfremd»). Es sei zusammenfassend aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht keine relevante langfristige Minderung der Arbeitsfähigkeit objektiv zu begründen. Dies beurteile die Explorandin gegenteilig. Es zeige sich eine aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der rein subjektiven Beurteilung der persönlichen Lebenssituation und der objektiven Wertung allfälliger psychopathologischer Befunde. Die obgenannten vielfältigen (psycho-)sozialen Faktoren erklärten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit diese grosse Diskrepanz in der Einschätzung der Leistungsfähigkeit durch die Explorandin selbst gegenüber jener aufgrund der Beurteilung im vorliegenden Gutachten.

Aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und/oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (beispielsweise durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und/oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Eine zusätzliche Störung von erheblicher Schwere, Intensität und Ausprägung sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht im Fall der Explorandin gegenwärtig nicht zu begründen. Die Explorandin nehme ■ wenn auch subjektiv deutlich eingeschränkt ■ am sozialen Leben teil (z.B. einkaufen gehen, TV sehen, Reisen unternehmen). Ein therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung könne nicht vermutet werden, nachdem hierfür weder in

den Akten, noch anlässlich der aktuellen Untersuchung am 7. Mai 2015 Angaben dokumentiert bzw. zu finden seien. Die von der Explorandin beschriebene vollständige Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inkl. Tabak, Alkohol und Drogen) lasse darüber hinaus zumindest ausreichende innerpsychische Ressourcen annehmen. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der v.a. rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Einschätzungen wies der Gutachter darauf hin, die vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen seien mit Bezug zum Klassifikationssystem weder differenziert beschrieben noch diskutiert worden. Die objektiven psychopathologischen Befunde liessen qualitativ ein dysthymes Syndrom erkennen. Dessen Schweregrad bleibe jedoch unklar. Die subjektiv genannten Wahrnehmungsstörungen, die «seltsamen Überzeugungen/Verfolgungsideen» und die postulierten «psychotischen Episoden» seien nicht differenziert erläutert worden. Eine schizoaffektive Störung gemäss ICD-10 könne allein mit diesen Angaben nicht hinreichend begründet werden. Ausserdem würden die Befunde im Rahmen des depressiven Syndroms nicht von schizoiden Persönlichkeitszügen abgegrenzt. Es seien keine Angaben vorhanden, welche die Eingangskriterien der Definition einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 als erfüllt annehmen liessen. Die nosologische Einordnung der Beschwerden und Befunde sowie das Postulat der Arbeitsunfähigkeit seien nicht nachvollziehbar.

Die von der Beschwerdegegnerin gestellten Fragen worden vom Gutachter dahingehend beantwortet, der Gesundheitszustand habe sich verändert. Es könne festgestellt werden, dass im Vergleich zur Beurteilung im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sei. Die im August 2000 attestierte depressive Episode sei remittiert. Es sei eine Dysthymia (ICD-10 F34.1) bei einer gegenwärtig remittierten depressiven Episode (F32.4) und akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszügen (Z73.1) zu erkennen. Eine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit (für die bisherige Tätigkeit) sei aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht dadurch nicht begründbar. Auf diese Einschätzung könne ab Datum der aktuellen Untersuchung (7. Mai 2015) sicher abgestellt werden. Es könne jedoch aufgrund der hierfür ungenügenden Dokumentation nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit bestimmt werden, ob (und gegebenenfalls ab wann genau) bereits vor diesem Datum von der im vorliegenden Gutachten erläuterten Einschätzung ausgegangen werden könne. Berufliche Massnahmen seien aus medizinischer Sicht zumutbar (IV-Nr. 61.1).

6.4 RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. Juli 2015 fest, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ sei in seiner Auseinandersetzung mit den Vorakten, seiner Anamnese und Befunderhebung und letztlich seiner Diagnosestellung medizinisch klar, schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand der Explorandin habe sich verbessert, die vorbestehende depressive Episode sei remittiert. Dr. med. D.\_\_\_\_ habe nur noch eine Dysthymie feststellen können. Als Zeitpunkt des gebesserten Gesundheitsschadens könne das Untersuchungsdatum (7. Mai 2015) angenommen werden. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit seit dem 7. Mai 2015 (IV-Nr. 64 S. 2).

6.5 Der behandelnde Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztbericht vom 30. September 2015 im Wesentlichen fest, die Patientin stehe bei ihm seit dem Jahr 2004 in psychiatrischer Behandlung mit einem Intervall von 2 bis 3 Wochen. Es habe sich seither keine Verbesserung des Gesundheitszustands eingestellt, welche eine Arbeitsfähigkeit zulasse. Die Patientin leide an einer depressiven Störung mittleren bis schweren Grades. Sie befinde sich in einem Stimmungstief begleitet von täglichen Ängsten. Sie leide unter Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen. Die Gedächtnisleistung sei eingeschränkt. Es bestehe eine verminderte Fähigkeit, sich für Dinge zu interessieren und zu begeistern. Das Selbstwertgefühl sei eingeschränkt. Sie habe immer Angst, ihrer Familie könnte künftig etwas zustossen. Sie leide unter neurovegetativen Störungen wie Tachykardie, Nervosität und Kopfschmerzen. Während der ambulanten Behandlung habe die Patientin mehrere psychotische Episoden erlitten. Es seien Symptome einer Psychose gewesen, begleitet von einer schizoiden Persönlichkeit. Sie sei sozial isoliert. Mit Ausnahme des Sohnes, der bei ihr lebe, habe sie wenig Kontakt mit der Familie. Die Patientin sei nicht fähig, ihre Gefühle auszudrücken. Es gelte zu beachten, dass ein grosser Unterschied zwischen der Beurteilung eines Experten und dem Therapeuten bestehe. Die Patientin sei zu 70 bis 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 75 S. 6 f.).

#### **E. 5**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Partei- und Zeugenbefragung durchzuführen.

#### **E. 6**

Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

#### **E. 7**

7.1 Die Beschwerdegegnerin hob die der Beschwerdeführerin bisher gewährte ganze Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 5. Februar 2016 auf Ende März 2016 im Wesentlichen mit der Begründung auf, gemäss ihren medizinischen Abklärungen sei die vorbestehende depressive Episode remittiert. Aktuell habe nur noch ein Dysthymie festgestellt werden können, welche keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe. Es sei der Beschwerdeführerin möglich und zumutbar, sowohl ihre angestammte Tätigkeit als Montagemitarbeiterin als auch jede andere Tätigkeit im Rahmen eines Pensums von 100 % ohne Leistungseinschränkung auszuüben. Ein erstes Eingliederungsgespräch habe am 18. August 2015 im Beisein einer Dolmetscherin stattgefunden. In diesem Gespräch habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass sie sich nicht mehr in der Lage fühle zu arbeiten und mit dem Gutachten nicht einverstanden sei. Anlässlich des Gesprächs habe sie das Formular «Verzicht auf berufliche Massnahmen» unterzeichnet, wobei ihr gleichzeitig eine siebentägige Bedenkzeit gegeben worden sei. Es sei vereinbart worden, dass sie die IV-Stelle bis spätestens am 25. August 2015 darüber informiere, ob sie nun bereit sei, an beruflichen Massnahmen teilzunehmen oder nicht. Die Beschwerdeführerin sei darüber informiert worden, dass bei Säumnis Verzicht auf berufliche Massnahmen angenommen werde. Bis zum aktuellen Datum sei keine Nachricht eingegangen, weshalb die Invalidenrente ohne berufliche Eingliederungsmassnahmen aufgehoben werde. Der Gutachter Dr. med. D.\_\_\_\_ habe eine eindeutige anspruchserhebliche Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin seit

der ursprünglichen Rentenzusprache festgestellt. Eine revisionsbegründende Veränderung sei klar gegeben. Auf das Gutachten sei abzustellen.

Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, es seien ihr die bisherigen Rentenleistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von 100 % rückwirkend ab Rentenaufhebung per Ende März 2016 und weiterhin auszurichten. Eventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einschluss einer psychiatrischen und psychologischen Untersuchung durchzuführen. Subeventualiter sei die Beschwerdesache zur Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen und unter Weiterausrichtung der Rentenleistungen während derselben an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird im Wesentlichen vorgebracht, die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, eine polydisziplinäre medizinische Expertise nach dem Zufallsprinzip einzuholen. Es seien auch andere medizinischen Bereiche tangiert, so wegen der vordiagnostizierten schizoiden Persönlichkeit der psychologische Bereich und wegen der Schlafstörung der schlafmedizinische Bereich. Ausserdem bestünden relevante internistische Bezüge (Eisenmangel). Im Weiteren sei der eingliederungsspezifische Abklärungsbedarf offensichtlich. Das Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 9. Juni 2015 erfülle die beweisrechtlichen Anforderungen an eine Revisionsexpertise nicht. Der Gutachter gebe selbst an, nicht einmal zu wissen, ob eine depressive Episode je einmal oder erst im Untersuchungszeitpunkt nicht mehr vorgelegen habe. Es liege somit lediglich eine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts vor, welcher keine Rentenaufhebung nach Art. 17 IVG rechtfertige.

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin veranlasste umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 61.1) auf den vollständigen Vorakten beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt sowie aufgrund seiner persönlichen Untersuchung vom 7. Mai 2015 erstellt wurde, wobei die Beschwerdeführerin von ihrem Sohn begleitet und ein professioneller Dolmetscher hinzugezogen wurde (vgl. IV-Nr. 61.1 S. 1). Auf dieser Grundlage gelangt der Experte zu schlüssigen Ergebnissen, die er nachvollziehbar herleitet und begründet. Das Gutachten von Dr. med. J. \_\_\_ wird damit den durch die Rechtsprechung entwickelten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme in allen Punkten gerecht. Ihm kommt somit volle Beweiskraft zu (vgl. E. II. 4.2 hiervor).

7.3 Der psychiatrische Gutachter konnte im Rahmen seiner Begutachtung nur noch eine Dysthymia (F34.1) bei depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (F32.4), und bei akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszügen (Z73.1) diagnostizieren und kam zum Schluss, die ICD-10 Kriterien einer (eventuellen) depressiven Episode seien anlässlich der aktuellen Untersuchung am 7. Mai 2015 nicht (mehr) erfüllt (IV-Nr. 61.1 S. 17 und 21). Es könne festgestellt werden, dass im Vergleich zur Beurteilung der C. \_\_\_ im Gutachten vom 8. August 2000 eine wesentliche Veränderung, d.h. eine Verbesserung, des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin eingetreten sei; die im August 2000 attestierte depressive Episode sei remittiert (IV-Nr. 61.1 S. 23 und 26).

Der Auffassung der Beschwerdeführerin, es liege hier bloss eine revisionsrechtlich irrelevante unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts vor (vgl. E. II. 3.1 hiervor), kann nicht gefolgt werden. Auch wenn die Diagnosen im Gutachten der C. \_\_\_ vom 8. August 2000 (mittelgradige bis schwere depressive Episode mit psychotischen und somatischen Symptomen und latenter

Suizidalität; schizoide Persönlichkeit) nach den Angaben von Dr. med. D.\_\_\_\_ unklar formuliert und nicht mit Bezug zum Klassifikationssystem beschrieben und/oder diskutiert wurden und die nosologische Einordnung der Beschwerden und Befunde sowie eine (vollständige) Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar sind, stellte der Experte fest, die objektiven psychopathologischen Befunde (älter wirkend, gebeugte Haltung, wenig Blickkontakt, leise Stimme, zeitlich unscharf orientiert/Daten werden ungenau genannt, Konzentrationsstörungen, im Denken umständlich und eingengt, affektiver Rapport eingeschränkt, verminderte affektive Schwingungsfähigkeit, Psychomotorik reduziert) «liessen qualitativ ein depressives Syndrom erkennen», wobei dessen Schweregrad unklar bleibe (IV-Nr. 61.1 S. 7 und 18). Demnach geht auch Dr. med. D.\_\_\_\_ davon aus, dass die Beschwerdeführerin im August 2000 unter einer psychischen Störung im Sinne eines depressiven Syndroms bzw. einer depressiven Episode litt. Eine solche psychische Störung ist nach den Angaben von Dr. med. D.\_\_\_\_ nun remittiert, d.h. sie besteht nicht mehr. Die eingetretene Verbesserung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin wird durch einen Vergleich der fachärztlich erhobenen Befunde erhärtet: Während der Psychostatus im Gutachten vom 8. August 2000 noch als relativ stark belastet beschrieben wurde (gebeugte Haltung im Sitzen, wenig Blickkontakt, sehr leise Stimme, zeitlich nicht vollends orientiert, Mühe im Erklären von Situationen, Konzentrationsstörungen, im Denken eingengt auf die aktuelle Situation, Traurigkeit und Perspektivlosigkeit, verminderte Schwingungsfähigkeit, sozialer Rückzug und Mangel an Freunde, suizidale Gedanken, sehr wenig Psychomotorik; IV-Nr. 8 S. 6 f.), stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Gutachten vom 9. Juni 2015 einen wesentlich besseren Psychostatus fest (lebendige und flexible Psychomotorik, Blickkontakt wird gehalten, Antrieb unauffällig, angemessene Mimik und Gestik, unauffällige Merkfähigkeit und Konzentration, keine objektiven Hinweise auf Suizidalität, auf eine emotionale Stumpfheit, auf Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen oder auf eine Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber; IV-Nr. 61.1 S. 15 f.). Im Gutachten vom 8. August 2000 berichtete die Beschwerdeführerin noch über Schwierigkeiten, Kontakte mit anderen aufzubauen, sie unternehme wenig Tätigkeiten, die ihr Vergnügen bereiteten, und es bestehe ein Mangel an engen Freunden und vertrauensvollen Beziehungen (IV-Nr. 8 S. 9); Dr. med. D.\_\_\_\_ konnte demgegenüber feststellen, die Beschwerdeführerin gehe einkaufen, treffe sich mit ihrer Tochter und unternehme Reisen (IV-Nr. 61.1 S. 22 und 24). Der Gutachter gab an, bei der Untersuchung vom 7. Mai 2015 seien die objektivierbaren psychopathologischen Befunde «gar nicht bis sehr gering ausgeprägt» (IV-Nr. 61.1 S. 20), wobei festgestellt wurde, aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht sei keine relevante langfristige Minderung der Arbeitsfähigkeit objektiv zu begründen (IV-Nr. 61.1 S. 24). Eine relevante (20 % und mehr von 100 %) Arbeitsunfähigkeit (für die bisherige Tätigkeit) könne nicht mit den nun gestellten Diagnosen begründet werden (IV-Nr. 61.1 S. 26). Nachdem im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 noch aufgrund der (seit April 1997 vorhandenen) depressiven Erkrankung mit verschiedenen Symptomen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit festgestellt worden war (IV-Nr. 8 S. 9 Ziff. 6), ist somit von einer erheblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin auszugehen.

Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ diagnostizierte Dysthymia (ICD-10 F34.1) ist nach der im gebräuchlichen ICD-Klassifikationssystem enthaltenen Umschreibung eine chronische depressive Verstimmung, die weder schwer noch hinsichtlich einzelner Episoden anhaltend genug ist, um die Kriterien einer schweren, mittelgradigen oder leichten rezidivierenden depressiven Störung zu erfüllen; daher ist sie in der Regel nicht invalidisierend (vgl. Urteile

des Bundesgerichts 8C\_806/2013 vom 6. März 2014 E. 6.2 und 8C\_14/2014 vom 30. April 2014 E. 4.2.4, je mit Hinweisen). Zu den ebenfalls diagnostizierten «akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszügen (ICD-10 Z73.1)» ist festzuhalten, dass es sich bei den sogenannten Z-Kodierungen um Faktoren handelt, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen. Die Kategorien Z00-Z99 sind für Fälle vorgesehen, in denen Sachverhalte als «Diagnosen» oder «Probleme» angegeben sind, die nicht als Krankheit, Verletzung oder äussere Ursache unter den Kategorien A00-Y89 klassifizierbar sind. Diese Belastungen fallen als solche nicht unter den Begriff des rechtserheblichen Gesundheitsschadens (Urteil des Bundesgerichts 8C\_14/2014 vom 30. April 2014 E. 4.2.4 mit Hinweisen). Demnach ist auch hinsichtlich der nun gestellten Diagnosen von einer relevanten und dauernden Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin auszugehen. Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich hier lediglich um eine «reine Momentaufnahme» handeln könnte. Dies wird auch dadurch erhärtet, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren eigenen Angaben selbstständig den Haushalt besorgt, in die Stadt beispielsweise zum Einkaufen geht, sich mit ihrer Tochter trifft, ihre Mutter regelmässig in der Türkei besuchte und auch in der Lage war, selbstständig mit dem Flugzeug zu reisen (IV-Nr. 61.1 S. 14).

7.4 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, eine polydisziplinäre medizinische Expertise nach dem Zufallsprinzip einzuholen (vgl. Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 5), ist Folgendes festzuhalten: Es existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein, noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352).

Im vorliegenden Fall veranlasste die Beschwerdegegnerin am 12. Januar 2015 nicht ein polydisziplinäres Gutachten nach dem Zufallsprinzip, sondern direkt ein monodisziplinäres psychiatrisch-psychotherapeutisches Gutachten bei der Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (IV-Nr. 57). Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb nach der Auffassung der Beschwerdeführerin ■ neben der erfolgten umfassenden psychiatrisch-psychotherapeutischen Begutachtung - wegen der vordiagnostizierten schizoiden Persönlichkeit zusätzlich eine psychologische und wegen der Schlafstörung auch noch eine schlafmedizinische Begutachtung erforderlich sein soll. Dr. med. D.\_\_\_\_ setzte sich in seinem Verlaufsgutachten vom 9. Juni 2015 mit den vorliegenden medizinischen Berichten, insbesondere dem Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 (IV-Nr. 8) und den Berichten des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt FMH

für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 25. November 2014 (IV-Nr. 52 S. 5 ff.) und des Hausarztes Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, vom 17. Dezember 2014 (IV-Nr. 54), eingehend auseinander (vgl. IV-Nr. 61.1 S. 6 ff. und S. 25) und legte dar, weshalb er die vorgebrachten psychotische Episoden bzw. eine schizoaffektive Störung gemäss ICD-10 nicht als ausgewiesen erachtet (IV-Nr. 61.1 S. 25). Eine «wegen der vordiagnostizierten schizoiden Persönlichkeit» erforderliche zusätzliche psychologische Begutachtung hielt der begutachtende Facharzt als nicht erforderlich. Von der Beschwerdeführerin wird denn auch nicht dargelegt, welche neuen Aspekte eine zusätzliche psychologische Begutachtung allenfalls hätte hervorbringen können. Es gilt in diesem Zusammenhang zu beachten, dass es den Gutachtern freisteht, die von der IV-Stelle bzw. dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353). Es besteht vorliegend kein Hinweis für die Notwendigkeit einer zusätzlichen psychologischen Begutachtung.

Ebenso wenig besteht ein relevanter Anhaltspunkt für die Erforderlichkeit einer schlafmedizinischen Abklärung, zumal auch der Hausarzt hinsichtlich der von ihm attestierten massiven Schlafprobleme der Beschwerdeführerin eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit verneinte. Im Weiteren hatte auch der von ihm angegebene intermittierende Eisenmangel keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 54). Es bestehen daher auch keine Hinweise für die Notwendigkeit einer internistischen Begutachtung. Nach den Angaben des Hausarztes war ausschliesslich eine psychiatrische Abklärung angezeigt (IV-Nr. 54 S. 2). Dieser Auffassung schloss sich die RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 8. Januar 2015 an (IV-Nr. 56 S. 2). Im Übrigen wurde die ausschliesslich psychiatrisch-psychotherapeutische Begutachtung von der Beschwerdeführerin ■ weder nach der entsprechenden Mitteilung vom 12. Januar 2015 (IV-Nr. 57), noch nach der Einladung vom 9. Februar 2015 (IV-Nr. 59 S. 2), noch nach der Aufforderung der Beschwerdegegnerin zur Einreichung allfälliger Einwendungen gegen die vorgesehene Fachdisziplin vom 19. März 2015 (IV-Nr. 60) und auch nicht nach der Zustellung des Gutachtens an den behandelnden Arzt zur Einreichung einer allfälligen Stellungnahme vom 11. Juni 2015 (IV-Nr. 62) ■ nicht beanstandet. Auch im Rahmen des Vorbescheidverfahrens wurde vom damaligen Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin keine entsprechende Rüge erhoben (vgl. IV-Nr. 73 und 75).

7.5 Die Beschwerdeführerin lässt sodann den Einwand erheben, die Beschwerdegegnerin habe den im Vorbescheidverfahren geltend gemachten Befangenheitsvorwurf nicht abgeklärt und den Antrag der Beschwerdeführerin bezüglich Nachweis der nicht ergebnisoffenen Begutachtung nicht behandelt (Beschwerde, S. 14 Ziff. 11) Mit Eingabe vom 29. Oktober 2015 liess die Beschwerdeführerin geltend machen, es liege hier eine Kombination materieller Hinweise auf strukturell ungenügende Ergebnisoffenheit mit zu vermutender übermässiger wirtschaftlicher Abhängigkeit vor, weshalb auf das Revisionsgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ von Vornherein nicht abgestellt werden könne, und beantragen, es sei der Beschwerdegegnerin überlassen nachzuweisen, dass nur eine die Unabhängigkeit nicht gefährdende Anzahl Aufträge seitens verschiedener IV-Stellen in den letzten Jahren an Dr. med. D.\_\_\_\_ vergeben worden seien (IV-Nr. 75 S. 1 f. Ziff. 2).

Die Rüge der Beschwerdeführerin, der vorerwähnte Einwand sei in der vorliegend angefochtenen Verfügung nicht behandelt worden, geht fehl. Darin wies die Beschwerdegegnerin unter Hinweis auf einen EGMR-Entscheid vom 10. Dezember 2015

darauf hin, allein der Umstand, dass die Fachleute durch die Administrativbehörde beauftragt worden sei, berechtige nicht zum Vorwurf, es fehle an der gebotenen Objektivität (IV-Nr. 76 S. 2 unten; A.S. 2). Auch nach der jüngeren Rechtsprechung des Bundesgerichts begründet das Auftrags- und Honorarvolumen für sich allein keine wirtschaftliche Abhängigkeit von den IV-Stellen, die als Ausstandsgrund des einzelnen Experten zu qualifizieren wäre (Urteil des Bundesgerichts 8C\_445/2016 vom 7. Februar 2017 E. 5.3 mit Hinweis). Demnach zielt der entsprechende Einwand ins Leere.

7.6 Zum Einwand, Dr. med. D.\_\_\_\_ habe auch die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin nicht lege artis erfasst, indem eine schizoide Persönlichkeitsstörung nicht genügend abgeklärt worden sei (Beschwerde, S. 10 f. Ziff. 9), ist auf Folgendes hinzuweisen: Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt zu den im Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 8. August 2000 gestellten Diagnosen fest, die objektiven psychopathologischen Befunde liessen qualitativ ein depressives Syndrom erkennen, wobei dessen Schweregrad unklar bleibe. Die Befunde im Rahmen des depressiven Syndroms seien nicht von den schizoiden Persönlichkeitszügen abgegrenzt worden (IV-Nr. 61.1 S. 7). Zu der von Dr. med. G.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 30. September 2005 (IV-Nr. 24) diagnostizierten schizoiden Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.1) äusserte er sich dahingehend, die akzentuierten Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin stellten Varianten der Norm im Sinne von Eigenheiten der Person dar, die von sich aus alleine keinen Krankheitswert hätten (im Gegensatz zu Persönlichkeitsstörungen). Sodann hielt er zu einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 fest, damit sei eine Reihe von länger anhaltenden Zustandsbildern und Verhaltensmustern gemeint. Sie seien Ausdruck des charakteristischen, individuellen Lebensstils, des Verhältnisses zur eigenen Person und zu anderen Menschen. Meist entstünden diese Zustandsbilder und Verhaltensmuster als Folge konstitutioneller Faktoren und sozialer Erfahrungen schon früh im Verlauf der individuellen Entwicklung. Die Persönlichkeitsstörungen seien tief verwurzelte, anhaltende Verhaltensmuster, die sich in starren Reaktionen auf unterschiedliche persönliche und soziale Lebenslagen zeigten. Sie verkörperten gegenüber der Mehrheit der betreffenden Bevölkerung deutliche Abweichungen im Wahrnehmen, Denken, Fühlen und in den Beziehungen zu anderen. Solche Verhaltensmuster seien meistens stabil und würden sich auf vielfältige Bereiche des Verhaltens und der psychologischen Funktionen beziehen. Häufig gingen sie mit einem unterschiedlichen Ausmass persönlichen Leidens und gestörter sozialer Funktionsfähigkeit einher. Im Fall der Beschwerdeführerin seien keine Angaben vorhanden, welche die Eingangskriterien der Definition als erfüllt annehmen liessen. Insbesondere die gute berufliche, familiäre und persönliche Lebensbewahrung der Beschwerdeführerin zumindest bis zum Jahr 1997 (34. Altersjahr) widerspreche ■ trotz nachteiliger sozialer Lebensumstände ■ der Definition (IV-Nr. 61.1 S. 9; vgl. IV-Nr. 61.1 S. 5 Ziff. 1). Auch im Rahmen der Beurteilung hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, die akzentuierten (schizoid) Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin hätten keinen Krankheitswert. Sie begründeten weder eine Minderung der Arbeitsfähigkeit, noch eine Minderung der persönlichen Ressourcen (IV-Nr. 61.1 S. 23).

Angesichts dieser fachärztlichen Feststellungen kann nicht gesagt werden, das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ sei hinsichtlich der Erhebung der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin ungenügend. Der psychiatrische Gutachter legte nachvollziehbar dar, weshalb die diagnostizierten akzentuierten schizoiden Persönlichkeitszüge alleine keinen Krankheitswert haben und keine Minderung der Arbeitsfähigkeit verursachen. Sodann

erklärte er überzeugend, weshalb die Beschwerdeführerin die Eingangskriterien einer Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 nicht erfüllt. Somit wurde das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung fachärztlich geprüft und verneint. Es besteht kein Hinweis, dass der Experte die Persönlichkeit der Beschwerdeführerin nicht lege artis erfasst haben könnte.

7.7 Gemäss den Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (SGPP) vom 16. Juni 2016 (3., vollständig überarbeitete und ergänzte Auflage) ist für die Exploration eine angemessene Dauer notwendig. Dem Exploranden sollte genügend Zeit zur Verfügung gestellt werden, damit er in Ruhe seine Situation, seine Beschwerden und seine Sicht der Dinge darlegen kann. Insbesondere bei Vorliegen von Faktoren, welche die Untersuchung erschweren, kann eine mehrfache Untersuchung erforderlich sein (SZS 2016, S. 450 Ziff. 3.). Im vorliegenden Fall hielt Dr. med. D.\_\_\_\_ fest, er habe sich soweit möglich und zweckdienlich an die Qualitätsleitlinien für psychiatrische Gutachten in der Eidgenössischen Invalidenversicherung gehalten (IV-Nr. 61.1 S. 27 Ziff. 9). Die persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin erfolgte am 7. Mai 2015 in seiner Praxis mit Unterstützung eines Dolmetschers in türkischer Sprache mit ausdrücklichem Einverständnis der Beschwerdeführerin und des sie begleitenden Sohnes (IV-Nr. 61.1 S. 1). Aufgrund der im Rahmen der Untersuchung vom 7. Mai 2015 festgestellten objektiven psychopathologischen Befunde konnte der Gutachter sowohl eine schizoaffektive Störung als auch eine Persönlichkeitsstörung gemäss ICD-10 ausschliessen (IV-Nr. 61.1 S. 19). Hinweise, dass für eine valide Persönlichkeitsdiagnostik mehr als ein Untersuchungstermin erforderlich gewesen wäre, sind nicht ersichtlich. Ebenso wenig besteht ein Anhaltspunkt, dass die Untersuchung, welche nach den Angaben der Beschwerdeführerin lediglich ca. 50 Minuten gedauert haben soll, deswegen nicht genügt hätte. Soweit die Beschwerdeführerin eine zu kurze Dauer der Untersuchung durch den psychiatrischen Gutachter bemängelt, ist dem entgegenzuhalten, dass es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens nicht auf die Untersuchungsdauer ankommt. Zwar muss der zu betreibende zeitliche Aufwand der Fragestellung und der zu beurteilenden Pathologie angemessen sein; zuvorderst hängt der Aussagegehalt einer Expertise aber davon ab, ob sie inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_71/2017 vom 20. April 2017 E. 6 mit Hinweis). Diese Kriterien erfüllt das Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_. Es bestehen sodann keine Anhaltspunkte, dass während der Begutachtung kein Vertrauensverhältnis zwischen dem Gutachter und der Beschwerdeführerin aufgebaut werden konnte.

7.8 Praxisgemäss ist im Rahmen einer psychiatrischen Begutachtung die klinische Untersuchung in Kenntnis der Anamnese entscheidend. Eine Fremdanamnese und (schriftliche oder mündliche) Auskünfte der behandelnden Arztpersonen sind häufig wünschenswert, aber nicht zwingend erforderlich. Anfragen beim behandelnden Arzt sind u.a. wertvoll, wenn sie erweiterte Auskünfte über Persönlichkeit und Compliance des Exploranden erwarten lassen. Die Notwendigkeit der Einholung einer Fremdanamnese bei der behandelnden Arztperson ist in erster Linie eine Frage des medizinischen Ermessens. Auch aus den neuen Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten der Schweizerischen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie ergibt sich in dieser Hinsicht nichts anderes (Urteil des Bundesgerichts 8C\_601/2016, 8C\_602/2016 vom 29. November 2016 E. 5.2.1 mit Hinweis, vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C\_762/2010 vom 19. Oktober 2010 E. 3.1). Vorliegend kann nicht gesagt werden, dass die gutachterlichen Schlussfolgerungen auf einer diesbezüglich unzureichenden Grundlage

beruhen. Dem Gutachter standen die Vorakten, insbesondere auch die Akten des Hausarztes und des behandelnden Psychiaters, zur Verfügung. Es ist nicht klar und wird von der Beschwerdeführerin nicht dargelegt, welche neuen Erkenntnisse bei der Erhebung der Persönlichkeit durch weitere Angaben der behandelnden Ärzte hätten gewonnen werden können.

Nicht entscheidend ist auch, dass der Gutachter ■ nach Durchführung der revidierten Symptom-Checkliste 90 (SCL-90-R; relativ kurzes psychometrisches Selbstbewertungsinstrument [Fragebogen]; vgl. IV-Nr. 61.1 S. 15 Ziff. 3.2 und 61.2 S. 4 f.) und der Montgomery und Asberg Depression Rating Scale (MADRS; Fragebogen zur Fremdbeurteilung des Schweregrads eines depressiven Syndroms; vgl. IV-Nr. 61.1 S. 17 Ziff. 4.2 und 61.2 S. 1 ff.) ■ auf weitere Tests verzichtet hat. Hierzu ist ebenfalls auf die Fachkenntnis und den Ermessensspielraum des Experten zu verweisen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_103/2011 vom 22. September 2011 E. 2.3 mit Hinweisen). Entscheidend ist vielmehr, dass der Gutachter aufgrund seiner eingehenden fachärztlichen Untersuchung sowie der Durchführung der vorerwähnten Tests die Diagnose einer Dysthymia stellen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit darlegen und plausibel begründen konnte. Inwiefern weitere psychologische Mess- und Testverfahren sowie eine psychologische Zusatzuntersuchung weitere Erkenntnisse beim Erfassen der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin hervorbringen sollte, wie dies von der Beschwerdeführerin gerügt wird, ist unklar.

7.9 Die Beschwerdeführerin lässt sodann geltend machen, sie habe mehr Zeit mit dem Dolmetscher alleine als mit dem Gutachter verbracht. Der Dolmetscher habe ihr alleine im Besitz eines Fragebogens viele Fragen zu ihrem Befinden und ihren Beschwerden gestellt. Der Gutachter selbst sei bei der Befragung nicht anwesend gewesen. Ganz wesentliche Teile des Begutachtungsprozesses, nämlich das entscheidende Interview und hierbei auch die Durchführung der Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren (SCL-90-R und MADRS), seien demnach unter Beizug einer (ungeeigneten) Hilfsperson erfolgt (Beschwerde, S. 12 f. Ziff. 10). Dazu ist festzuhalten, dass Verständigungsbarrieren im Rahmen der Begutachtung möglichst weitgehend eliminiert werden sollen. Zu Beginn der Exploration wird der Dolmetscher vorgestellt, eine allfällige Befangenheit eines Dolmetschers geklärt und die Regeln der Zusammenarbeit (Schweigepflicht, vollständige Übersetzung etc.) werden erläutert. Der Dolmetscher selbst wird instruiert, dass er eine ■ möglichst ■ wörtliche und vollständige Übersetzung zu machen hat und auf Klärungsbedarf hinweist. Er sollte sich abschliessend äussern zu sprachlichen Besonderheiten wie Wortschatz, Dialekte, offensichtliche Denkstörungen, Benennung (und Klärung) allfälliger Unsicherheiten, kulturellen Besonderheiten, welche bei wörtlicher Übersetzung zu Missverständnissen führen können etc. (vgl. Qualitätsleitlinien für versicherungspsychiatrische Gutachten, a.a.O., SZS 2016, S. 453 f. Ziff. 3.).

Hinweise, dass der Gutachter und der beigezogene Dolmetscher (vgl. IV-Nr. 61.1 S. 1) bei der Begutachtung der Beschwerdeführerin nicht nach den vorerwähnten Leitlinien vorgegangen sein könnten, sind nicht ersichtlich. Der Dolmetscher übersetzte der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen die in den Fragebogen SCL-90-R und MADRS enthaltenen Fragen zu ihrem Befinden und zu ihren Beschwerden, was auch seine Aufgabe ist. Dass dabei der Gutachter angeblich nicht immer anwesend war, vermag den Beweiswert des Gutachtens nicht zu schmälern. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Anwesenheit des Gutachters während der Übersetzung der gestellten Fragen erforderlich sein sollte.

Entscheidend ist, dass sich das Gutachten vom 9. Juni 2015 auf die ausführliche persönliche Untersuchung der Beschwerdeführerin durch den Facharzt sowie die zur Verfügung gestellten Unterlagen abstützt; bei den Selbst- und Fremdbeurteilungsverfahren geht es nicht um eine medizinische Untersuchung (vgl. Urteil des Bundesgerichts I 874/06 vom 8. August 2007 E. 4.1.1). Im Übrigen wurden die ausgefüllten Fragebogen vom Gutachter unterzeichnet bzw. visiert (IV-Nr. 61.2 S. 1 ff. und 4 f.). Demnach bestehen keine Zweifel an der Zuverlässigkeit des Gutachtens.

8. Grundsätzlich muss eine medizinisch attestierte Verbesserung der Arbeitsfähigkeit auf dem Weg der Selbsteingliederung verwertet werden. Nach langjährigem Rentenbezug können jedoch ausnahmsweise Erfordernisse des Arbeitsmarktes der Anrechnung einer medizinisch vorhandenen Leistungsfähigkeit und möglichen Leistungsentfaltung entgegenstehen, wenn aus den Akten einwandfrei hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotentials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein durch Eigenanstrengungen der versicherten Person nicht möglich ist. Die Verwaltung muss sich vor der Herabsetzung oder Aufhebung einer Invalidenrente vergewissern, ob sich ein medizinisch-theoretisches wiedergewonnenes Leistungsvermögen ohne weiteres in einem entsprechend tieferen Invaliditätsgrad niederschlägt oder ob dafür ■ ausnahmsweise ■ im Einzelfall eine erwerbsbezogene Abklärung (der Eignung, Belastungsfähigkeit usw.) und/oder die Durchführung von Eingliederungsmassnahmen im Rechtssinne voranzugehen hat. Diese Praxis ist grundsätzlich auf alle Fälle zu beschränken, in denen die revisions- oder wiedererwägungsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente eine versicherte Person betrifft, welche das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (Urteil des Bundesgerichts 9C\_645/2014 vom 4. Februar 2015 E. 5.1 mit Hinweisen).

Die im Oktober 1963 geborene Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung (5. Februar 2016) 52 Jahre alt und bezog seit knapp 18 Jahren eine Rente (vgl. IV-Nr. 16 S. 1 ff.). Nachdem die anspruchswesentliche Verbesserung des Gesundheitszustands im Grundsatz feststeht, stellt sich im Rahmen der strittigen Revision die Frage, ob die IV-Stelle die seit April 1998 laufende ganze Invalidenrente zu Recht mit vorliegend angefochtener Verfügung auf Ende März 2016 eingestellt hat. Dies ist insbesondere unter dem Aspekt der Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin führte aus, ein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen bestehe zwar grundsätzlich, die Beschwerdeführerin habe jedoch darauf verzichtet (A.S. 2).

Auf dem von der Beschwerdeführerin unterzeichneten vordruckten Formular «Erklärung betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen» vom 17. August 2015 gab die Beschwerdeführerin an, sie benötige Bedenkzeit, um sich zu entscheiden, ob sie an beruflichen Eingliederungsmassnahmen mitwirken wolle bzw. könne. Ihren Entscheid teile sie der IV-Stelle Solothurn innert 7 Tagen schriftlich mit. Sie nehme zur Kenntnis, dass im Unterlassungsfall Verzicht auf berufliche Eingliederungsmassnahmen angenommen werde. Über die mit diesem Verzicht einhergehenden Rechtsfolgen (Rentenaufhebung bzw. ■herabsetzung) sei sie informiert worden (IV-Nr. 67). Gemäss dem Protokolleintrag vom 18. August 2015 fand ein Gespräch mit der Beschwerdeführerin und der Dolmetscherin auf der IV-Stelle statt. Es sei der Beschwerdeführerin erklärt worden, dass man sie mit beruflichen Massnahmen unterstützen werde, wenn sie dies wolle. Die Dolmetscherin habe alles übersetzt. Die Beschwerdeführerin bzw. ihre Dolmetscherin habe gesagt, dass sie sich nicht in der Lage fühle zu arbeiten. Sie sei mit dem Gutachten nicht einverstanden.

Ebenfalls meine sie, dass man sie nicht zwingen könne, 100 % zu arbeiten. Daraufhin sei sie informiert worden, «dass die Rente so oder so weg gehe, ob mit oder ohne berufliche Massnahmen». Zuerst habe die Beschwerdeführerin unterschreiben wollen, dass sie auf berufliche Massnahmen verzichte. Die Dolmetscherin habe sie dann überredet, alles mit dem behandelnden Psychiater zu besprechen. So sei es gekommen, dass die Beschwerdeführerin unterschrieben habe, dass sie Bedenkzeit benötige. Es sei ihr ein Retourcouvert mitgegeben worden, damit sie innert 7 Tagen (25. August 2015) ihren Entscheid, ob sie berufliche Massnahmen wolle oder nicht, schriftlich mitteilen könne. Sie sei informiert worden, dass ■ falls man nichts von ihr höre ■ angenommen werde, sie verzichte auf berufliche Eingliederungsmassnahmen; über die Rechtsfolgen sei sie informiert worden. Gemäss dem Protokolleintrag vom 31. August 2015 erhielt die Beschwerdegegnerin weder mündlich noch schriftlich eine Nachricht.

Gemäss Art. 21 Abs. 4 ATSG können der versicherten Person Leistungen vorübergehend oder dauernd gekürzt werden, wenn sie sich einer zumutbaren Behandlung oder Eingliederung ins Erwerbsleben entzieht oder widersetzt (Satz 1). Sie muss vorher schriftlich gemahnt sowie auf die Rechtsfolgen hingewiesen werden und es ist ihr eine angemessene Bedenkzeit einzuräumen (Satz 2).

Das Gesetz schreibt nicht vor, wie die Verwaltung die Vorgaben von Art. 21 Abs. 4 Satz 2 ATSG im Einzelnen zu erfüllen hat, weshalb ihr ein weiter Ermessensspielraum einzuräumen ist. Mit dem oben beschriebenen Vorgehen erfüllte die Beschwerdegegnerin die Vorgaben von Art. 21 Abs. 4 ATSG (Mahn- und Bedenkzeitverfahren). Sie begnügte sich nicht mit einem Mahnschreiben, sondern thematisierte in einem Gespräch die in Frage kommenden beruflichen Eingliederungsmassnahmen, und sie wies darauf hin, mit welchen Rechtsfolgen die Beschwerdeführerin zu rechnen haben würde. Mit der mündlichen Konfrontation konnte die Verwaltung, anders als auf dem reinen Schriftweg, besser auf die Anliegen und Fragen der Beschwerdeführerin eingehen. Zudem wurde ihr das erwähnte Formular ausgehändigt, womit ihr die Gelegenheit geboten wurde, die Sache in Ruhe zu überdenken und mit ihrem behandelnden Psychiater zu besprechen. Damit wurde die Schriftform erfüllt und der Anspruch auf Bedenkzeit gewährt. Dass die Beschwerdeführerin angeblich nicht gewusst haben soll, dass die Rente während der Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen weiterhin ausgerichtet worden wäre, ist hier nicht entscheidend. Die Motivation der Beschwerdeführerin zur Reintegration darf nicht davon abhängen, ob die bisher gewährte Rente weiterhin ausgerichtet wird oder nicht. Die Beschwerdeführerin unterliess es entgegen ihrer eigenen Ankündigung auf dem von ihr unterzeichneten Formular (vgl. IV-Nr. 67), der Beschwerdegegnerin ihren Entscheid innert Frist schriftlich mitzuteilen. Sie wurde über die entsprechenden Folgen (Annahme des Verzichts auf berufliche Eingliederungsmassnahmen) sowohl schriftlich als auch im Rahmen des Gesprächs orientiert und eine Dolmetscherin übersetzte ihr alles. Die Beschwerdeführerin hätte die Gelegenheit wahrnehmen können, das weitere Vorgehen mit ihrem behandelnden Psychiater oder in der Folge ab Mitte September 2015 mit ihrem damaligen Rechtsvertreter (vgl. IV-Nr. 70) zu besprechen. Im Übrigen hätte sie bei allfälligen Unklarheiten über die Weiterausrichtung der Rente während beruflicher Eingliederungsmassnahmen umgehend Rücksprache mit der Beschwerdegegnerin nehmen können, was sie indessen unbestrittenermassen nicht tat. Demnach hat sie die in Aussicht gestellten Folgen ihres Verhaltens zu tragen.

Insgesamt ist festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin bis zum Ablauf der von der Beschwerdegegnerin gesetzten Frist (25. August 2015) und auch bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 5. Februar 2016, welche die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bildet (vgl. E. II. 1.2 hiervor), keine Bereitschaft zeigte, einen Versuch zu unternehmen, sich mittels beruflichen Eingliederungsmassnahmen in das Erwerbsleben wieder einzugliedern. Angesichts der in der Beschwerdeschrift enthaltenen Erklärung, wonach sie nun doch bereit und willens sei, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen (vgl. S. 8 unten; A.S. 12; vgl. auch die dem Gericht am 6. März 2018 eingereichte Erklärung der Beschwerdeführerin vom 16. März 2016 [Urkunde Nr. 3]), steht es ihr offen, sich bei der Beschwerdegegnerin wieder anzumelden, welche darüber neu zu verfügen hätte. Entscheidend ist nach dem Gesagten letztlich, dass die Beschwerdeführerin sich bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung den möglichen Eingliederungsmassnahmen nicht unterziehen wollte, weshalb der geltend gemachte Anspruch mangels Eingliederungswillens der Beschwerdeführerin ohne Weiteres zu verneinen war (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_579/2015 vom 14. April 2016 E. 3.2.2 ff., 9C\_582/2015 vom 9. März 2016 E. 2.4 und 9C\_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3.2, je mit Hinweisen).

9. Nach dem Gesagten ist aufgrund des vollumfänglich beweiskräftigen fachärztlichen Gutachtens von Dr. med. D. \_\_\_ vom 9. Juni 2016 eine wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, d.h. eine Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin, spätestens ab dem Datum der Begutachtung (7. Mai 2015; vgl. IV-Nr. 61.1 S. 26 Ziff. 8.3), eingetreten. Es bestehen keine konkreten Indizien, welche gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen (E. II. 4.2 hiervor). Nach den massgebenden gutachterlichen Angaben ist die im August 2000 attestierte mittelgradige bis schwere depressive Episode, welche damals eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgelöst hatte, remittiert. Demnach liegt keine unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen medizinischen Sachverhalts vor, welche einer Rentenrevision im Sinne von Art. 17 ATSG entgegenstehen würde (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Auf die davon abweichenden Beurteilungen des behandelnden Psychiaters sowie des Hausarztes kann nicht abgestellt werden, enthalten diese doch keine wichtigen Aspekte, welche im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (E. II. 4.3 hiervor). Nach den Angaben von Dr. med. D. \_\_\_ ist die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Montagemitarbeiterin (ebenso in einer angepassten Verweistätigkeit) nicht mehr relevant (weniger als 20 %) eingeschränkt. Diese Auffassung wird vom RAD gestützt, indem er darauf hinweist, das fachärztliche Gutachten von Dr. med. D. \_\_\_ sei in seiner Auseinandersetzung mit den Vorakten, seiner Anamnese und der Befunderhebung sowie seiner Diagnosestellung medizinisch klar, schlüssig nachvollziehbar. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (vgl. E. II. 6.4 hiervor). Soweit die Beschwerdeführerin beanstandet, die Beschwerdegegnerin habe keine Prüfung der Standardindikatoren vorgenommen, übersieht sie, dass eine solche obsolet ist, wenn ■ wie hier ■ ein lege artis erstelltes fachärztliches Gutachten eine Arbeitsunfähigkeit verneint und auch sonst keine Anhaltspunkte für eine funktionelle Leistungsbeeinträchtigung sprechen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_782/2017 vom 5. Januar 2018 E. 3 mit Hinweisen). Es besteht kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad mehr (E. II. 2.2 hiervor) und auf einen Einkommensvergleich kann verzichtet werden.

Angesichts der bereits umfassenden fachärztlichen medizinischen Dokumentation besteht sodann kein Anlass für weitergehende Beweiserhebungen, namentlich die Einholung einer gerichtlichen psychiatrischen (und auch psychologischen) Expertise (antizipierte Beweiswürdigung; Urteil des Bundesgerichts 8C\_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweisen). Die vorliegend angefochtene Verfügung vom 5. Februar 2016, worin die bisher ausgerichtete ganze Invalidenrente auf Ende März 2016 aufgehoben (vgl. Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV) und der Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurden, ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

## **E. 10**

10.1. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 7. Juli 2016; A.S. 54).

Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat sowohl am 26. August 2016 als auch anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 7. März 2018 eine Kostennote eingereicht (A.S. 59 ff. und 71 f.). Darin werden ein Zeitaufwand von 8.76 und 5.88 Stunden, somit insgesamt 14.64 Stunden, sowie Auslagen von CHF 87.90 und CHF 54.70, somit insgesamt CHF 142.60, und ein Stundenansatz von CHF 240.00 geltend gemacht.

Reine Kanzleiarbeit wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc. sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter den folgenden Daten angegebenen Positionen nicht berücksichtigt werden: 14. März 2016 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 15. März 2016 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 12. April 2016 (Brief an Versicherungsgericht, 0.25 Std.), 15. Juni 2016 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 11. Juli 2016 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 20. Juli 2016 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 26. August 2016 (Brief an Versicherungsgericht, 0.33 Std.), 20. November 2017 (Brief an Klientin, 0.17 Std.) und 6. März 2018 (Brief an Versicherungsgericht, 0.33 Std.). Im Weiteren ist der unter dem Datum vom 26. Februar 2018 geltend gemachte Aufwand von 0.25 Std. für einen Brief an die IV-Stelle als verfahrensfremd zu qualifizieren. Ferner ist der nachprozessuale Aufwand nur einmal zu vergüten. Demnach ist der geltend gemachte Aufwand insgesamt um 3.18 Std. auf 11.46 Stunden zu reduzieren. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht mit CHF 1.00) zu entschädigen (§ 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT]; BGS 615.11), und die Kilometerentschädigung für die Hin- und Rückfahrt zur Verhandlung beträgt CHF 0.70 (§ 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrags [GAV] für das Staatspersonal [BGS 126.3]). Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 97.50. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 161 i.V.m. § 160 Abs. 3 (GT) CHF 180.00. Damit beläuft sich die Kostenforderung auf insgesamt CHF 2'330.25 (Honorar von CHF 2'062.80 [11.46 Std. à CHF 180.00] zuzüglich Auslagen von CHF 97.50 und Mehrwertsteuer von CHF 169.95 [2017: 8 % auf CHF 1'199.30 {6.33 Stunden à CHF 180.00, Auslagen von CHF 59.90}, ergebend CHF 95.95; 2018: 7.7 % auf CHF 961.00 {5.13 Stunden à CHF 180.00, Auslagen von CHF 37.60}, ergebend

CHF 74.00). Dieser Betrag ist von der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zu bezahlen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands im Umfang von CHF 618.05 (Differenz zu dem mit einem Stundenansatz von CHF 230.00 ermittelten Honorar; eine Honorarvereinbarung mit einem Stundenansatz von CHF 240.00 liegt nicht vor), sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

10.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, welche jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Claude Wyssmann wird auf CHF 2'330.25 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsvertreters im Umfang von CHF 618.05, sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, sobald die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 7. März 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

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

Schmidhauser

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C\_320/2018 vom 8. November 2018 bestätigt.

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