

SO_GERICHTE VSBES.2017.117 vom 7. März 2017

SO Obergericht, 2017-03-07, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.117

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.117 du 7 mars 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.117 del 7 marzo 2017

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1963 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 27. März 2006 unter Hinweis auf ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom, Hypothyreose und Depression bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (Akten der IV-Stelle [IV-Nr.] 2). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine polydisziplinäre Begutachtung (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch) in der Begutachtungsstelle B.____. Deren Gutachten datiert vom 6. März 2007 (IV-Nr. 19). In der Folge verneinte sie mit Verfügung vom 26. Oktober 2007 (IV-Nr. 29) einen Anspruch auf eine Invalidenrente.

1.2 Am 26. Oktober 2012 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der IV zum Leistungsbezug an. Als gesundheitliche Beeinträchtigung nannte sie eine Muskel- und Skelett-Erkrankung (IV-Nr. 31). Nachdem sie Berichte von Dr. med. C.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 25. Oktober 2012 (IV-Nr. 35 S. 3) sowie des Spitals D.____, Schmerzsprechstunde, vom 26. November 2012 (IV-Nr. 35 S. 1 f.) nachgereicht hatte, gelangte Dr. med. E.____, Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 15. Januar 2013 zum Ergebnis, eine Veränderung sei glaubhaft gemacht worden, und empfahl ein Verlaufsgutachten (IV-Nr. 38). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin ein polydisziplinäres Gutachten (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch) der Begutachtungsstelle B.____ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43 S. 2 ff.) ein. Mit Verfügung vom 17. Oktober 2013 lehnte sie es wiederum ab, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente auszurichten. In den Erwägungen wurde überdies festgehalten, es bestehe auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (IV-Nr. 52).

E. 2

2.1 Im Juni 2015 stellte Dr. med. F.____, Facharzt für Innere Medizin FMH, der Beschwerdegegnerin medizinische Unterlagen zu (IV-Nr. 54). Die Beschwerdegegnerin wies Dr. med. F.____ darauf hin, dass sie eine Neuanmeldung der Beschwerdeführerin benötige (IV-Nr. 55). Die Beschwerdeführerin meldete sich in der Folge am 13. November 2015 erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 57). Am 17. Dezember 2015 fand ein Intake-Gespräch statt (IV-Nr. 61). Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin Berichte von Dr. med. F.____ vom 18. Januar 2016 (IV-Nr. 63, mit Beilagen) sowie von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 5. Januar 2016 (IV-Nr. 62) ein. Zudem gab sie bei der Begutachtungsstelle H.____, ein weiteres polydisziplinäres Gutachten (internistisch, psychiatrisch, rheumatologisch) in Auftrag. Dieses wurde am 23. August 2016 erstattet (IV-Nr. 70.1). Anschliessend wurde die medizinische Aktenlage durch Dr. med. I.____, Praktische Ärztin, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) beurteilt (IV-Nr. 73).

2.2 Mit Vorbescheid vom 17. November 2016 (IV-Nr. 75) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sie werde einen Anspruch auf eine Invalidenrente und auf berufliche Massnahmen wiederum verneinen. Die Beschwerdeführerin liess dagegen am 11. Januar 2017 Einwände erheben (IV-Nr. 76). Gleichzeitig wurde ein Bericht des Spitals J.____, Praxis für Rheumatologie, vom 28. Dezember 2016 (IV-Nr. 76 S. 3 f.) eingereicht. Die Beschwerdegegnerin liess Dr. med. I.____ vom RAD am 23. Januar 2017 nochmals Stellung nehmen (IV-Nr. 79).

3. Mit Verfügung vom 7. März 2017 (IV-Nr. 80; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) lehnte es die Beschwerdegegnerin ab, der Beschwerdeführerin eine Invalidenrente auszurichten oder berufliche Massnahmen durchzuführen.

E. 2.1

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 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). 3. 3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG 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 Gesundheitszustands 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). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine

unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2).

4. 4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht 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 er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen

Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, ist in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

4.5 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).

4.6 In Revisionsfällen ist zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.3 mit Hinweis auf SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2; Andreas Traub, Neues aus den sozialrechtlichen Abteilungen des Bundesgerichts, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 183 ff.).

5. Zu beurteilen ist der Rentenanspruch, der mit der Neuanmeldung vom 13. November 2015 (IV-Nr. 57) geltend gemacht wurde. Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 aus, das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____, vom 23. August 2016 (IV-Nr. 70.1) gelange zwar zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43), welches der Verfügung vom 17. Oktober 2013 zugrunde gelegen hatte. Diese Differenz gehe jedoch nicht auf eine

Veränderung der relevanten Umstände zurück, sondern entspreche einer abweichenden Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, durch das Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ sei eine erhebliche Veränderung mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Es sei daher auf die in diesem Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Diese begründe einen Rentenanspruch. Eventualiter werde, falls dem Gutachten die erforderliche Beweiskraft nicht beigemessen werden könne, eine neuerliche Begutachtung beantragt.

6. Bei Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom 17. Oktober 2013 (AK-Nr. 52) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43 S. 2 ff.). Dieses enthält zusammengefasst die folgende Beurteilung:

6.1 Der allgemeininternistische Teilgutachter Dr. med. N. ___ führte aus, die Beschwerdeführerin gebe an, sie leide seit einem Verhebetauma bei der Arbeit im Jahr 2003 an chronischen Rückenschmerzen und an Schulterschmerzen beidseits, rund um die Uhr, von wechselnder Intensität. Nur nach der Einnahme von Schmerzmitteln gehe es kurzfristig etwas besser. Seit etwa eineinhalb Jahren hätten die Schmerzen zugenommen, mittlerweile leide sie an chronischen Schmerzen am ganzen Körper. Andere Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien auch auf Nachfrage hin nicht angegeben worden. Seit dem 15. Juli 2003 sei die Beschwerdeführerin durch ihren Hausarzt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seither gehe sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Sie lebe zusammen mit ihrem Ehemann, den beiden Kindern sowie dem Sohn des Ehemanns aus erster Ehe und dessen Ehefrau in einer 4 ½-Zimmerwohnung. Der Haushalt werde von der Schwiegertochter erledigt. Die Beschwerdeführerin verbringe den Tag mehrheitlich zu Hause, wo sie in der Regel liege und sonst nichts tue. Gelegentlich gehe sie kurz spazieren. Als allgemeininternistische Diagnose sei eine substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimoto Thyreoiditis (ICD-10 E06.3) zu nennen. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich – wie bereits anlässlich der Begutachtung im Jahr 2007 – nicht feststellen.

6.2 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. O. ___ untersuchte die Beschwerdeführerin am 17. April 2013. Er hielt fest, die Beschwerdeführerin sei gemäss ihren Angaben mit einem Bruder und zwei Schwestern in einem Dorf im Kosovo aufgewachsen. Der Vater habe als Maurer gearbeitet. Er sei 2005 gestorben, die Mutter 2003. Die Beschwerdeführerin habe während acht Jahren die Schulen besucht und anschliessend während 15 Jahren in der Küche einer Fabrik gearbeitet. Nach ihrer Heirat sei sie 1998 in die Schweiz eingereist. Hier habe sie von 2001 bis 2003 mit einem Pensum von 100 % in einer Kunststofffabrik gearbeitet. Bei der Arbeit habe sie keine Probleme gehabt. Seit dem Verhebetauma im Jahr 2003 habe sie nicht mehr gearbeitet. Sie gehe meistens um 23 Uhr ins Bett und stehe um 6 Uhr auf. Sie könne selten durchschlafen, erwache gelegentlich in der Nacht, schlafe dann wieder ein. Am Morgen falle es ihr nicht schwer aufzustehen. Die meiste Zeit des Tages verbringe sie in der Wohnung. Der Haushalt werde von der Schwiegertochter geführt. Aufgrund ihrer Schmerzen könne sie im Haushalt kaum mithelfen. Gelegentlich gehe sie mit der Schwiegertochter und den Kindern einkaufen. Die Beschwerdeführerin sitze oder liege die meiste Zeit des Tages herum, sehe fern und unterhalte sich mit der Familie. Gegen Abend mache sie meistens einen Spaziergang mit ihren Kindern oder der Schwiegertochter. Abends sei sie meistens zu Hause und sehe fern. An den Wochenenden mache sie Spaziergänge mit der Familie. Regelmässig habe sie Besuch von ihrer in [...] lebenden Schwester. Einmal im Jahr reise sie in ihre Heimat (letztmals während vier Wochen im

Sommer 2012). Aufgrund ihrer Rückenschmerzen könne sie nicht mit dem Auto in die Heimat fahren, sie sei geflogen. Zu den Befunden führt der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin zeige ein demonstratives Schmerzverhalten. Während der Untersuchung sei sie aber ruhig und entspannt auf ihrem Stuhl gesessen, habe nie Zeichen von Schmerzwahrnehmung gezeigt. Sie habe über ihre Schmerzen geklagt, ansonsten habe sie keine körperlichen oder psychischen Beschwerden geltend gemacht. Die Stimmung sei leicht herabgesetzt, nicht depressiv, gewesen. Die Psychomotorik sei lebhaft. Antriebsstörungen hätten sich nicht gefunden. Die Beschwerdeführerin habe einen guten affektiven Kontakt zum Dolmetscher und zum Untersucher aufgenommen und sich differenziert ausgedrückt. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Die Beschwerdeführerin habe einen wachen Eindruck gemacht, sei bewusstseinsklar gewesen. Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Sie habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen der Beschwerdeführerin seien intakt, ihre Ausführungen anschaulich gewesen. In der Beurteilung legte Dr. med. O. ___ dar, auf dem Hintergrund vorbestehender psychosozialer Belastungen sei die psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden zu sehen. Es könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden, da das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Überzeugung der Beschwerdeführerin, nicht arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden könne. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin befinde sich nicht in psychiatrischer Behandlung und werde auch nicht psychopharmakologisch behandelt. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sie einen entspannten Eindruck gemacht, die Stimmung sei leicht herabgesetzt, nicht depressiv gewesen. Die Beschwerdeführerin sehe einzig in ihren Schmerzen den Grund dafür, nicht arbeiten zu können.

6.3 Die rheumatologische Teilgutachterin Dr. med. P. ___ hielt fest, nach Angaben der Beschwerdeführerin bestünden Schmerzen am ganzen Körper mit besonderer Betonung im Zervikalbereich mit Ausstrahlung in den Kopf und Kopfschmerzen sowie Ausstrahlungen in beide Arme und im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in beide Beine. Zusätzlich bereiteten vor allem der rechte Ellenbogen und die Fingerendgelenke Schmerzen. Gehen und Sitzen könne die Beschwerdeführerin maximal eine halbe Stunde am Stück, dann komme es zu vermehrten Schmerzen im Lumbalbereich. Als rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1; klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik, radiologisch Spondylosis deformans C5/6), Heberden-Arthrosen Dig II bis V beidseits (ICD-10 M15.1) sowie eine Epicondylitis humeri radialis beidseits rechtsbetont (ICD-10 M77.1; Widerstandstests positiv). Darüber hinaus bestehe seit etlichen Jahren ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei myostatischer Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Klinische Hinweiszeichen für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fänden sich nicht. Dies korreliere gut mit dem Befund der Kernspintomographien von Februar und September 2003, bei denen keine Diskushernie habe nachgewiesen werden können. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung demonstriere die Beschwerdeführerin eine in sämtlichen Ebenen schmerzbedingt eingeschränkte LWS-Beweglichkeit, die sich in dieser Form bei unbewussten Bewegungen nicht finde. Hierbei lasse sich eine unauffällige, altersentsprechende LWS-Beweglichkeit beobachten. Dies korreliere gut mit dem Befund

der aktuellen Röntgenaufnahmen der LWS, auf denen sich ein unauffälliger, altersentsprechender Befund zeige. Zusätzlich bestehe ebenfalls seit etlichen Jahren ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom mit Ganzkörperschmerzen und vegetativer Begleitsymptomatik. Hinweiszeichen auf ein entzündlich rheumatisches Geschehen fänden sich weder klinisch, labortechnisch noch radiologisch. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung seien sämtliche Fibromyalgie-typischen Tenderpoints druckschmerzhaft. Es fänden sich jedoch auch Druckdolenzen an willkürlich gewählten Muskel- und Sehnenansätzen und -verläufen, so dass gemäss ACR-Kriterien keine Fibromyalgie, sondern ein generalisiertes multilokuläres Syndrom vorliege. Zusammengefasst finde sich für die von der Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungsapparates her angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen nur im Zervikalbereich und im Bereich der Ellenbogen und Hände beidseits ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, ohne Tätigkeiten über Kopf, ohne monotone, häufig wiederkehrende Bewegungsabläufe, z.B. Fein- und Sortierarbeiten, ohne diadochokinetische Bewegungsmuster, ohne die Notwendigkeit des kraftvollen Zupackens sowie ohne Tätigkeiten unter Kälte, Nässe und Zuglufteinfluss. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einer Kunststofffabrik, bei der es sich nach Angaben der Beschwerdeführerin um eine mittelschwere, überwiegend stehende Tätigkeit gehandelt habe, gehe über das zumutbare Leistungsprofil hinaus und sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Seit der gutachterlichen Untersuchung in der Begutachtungsstelle B. ___ im Februar 2007 sei es zu einer objektivierbaren Verschlechterung sowohl im Zervikalbereich als auch im Bereich der Hände mit Nachweis von degenerativen Veränderungen gekommen. Durch den Rheumatologen Dr. med. C. ___ seien im Oktober 2012 erstmals Fingerpolyarthrosen festgestellt worden. Ab diesem Zeitpunkt seien der Beschwerdeführerin mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Es gebe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten seit der letzten gutachterlichen Untersuchung im Februar 2007 längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei. 7. Über die weitere Entwicklung bis zur Verfügung vom 7. März 2017 lässt sich den Akten insbesondere Folgendes entnehmen:

7.1 Der Psychiater Dr. med. G. ___ berichtete der Beschwerdegegnerin am 5. Januar 2016 (IV-Nr. 62), er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 21. Oktober 2013. Zu diagnostizieren seien eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Aufgrund der seit Jahren anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und Schmerzsymptomatik, welche trotz vieler Hospitalisationen und medikamentöser Behandlungen mit keinem erwünschten Erfolg habe beeinflusst werden können, habe die Beschwerdeführerin eine depressive Erkrankung entwickelt, die seit Oktober 2013 mittels Psychotherapie und verschiedenster Antidepressiva behandelt werde. Aufgrund der Chronifizierung der depressiven Symptomatik sowie der langjährig bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der beidseitigen Fingerpolyarthrose könne weder die bisherige Tätigkeit noch eine andere leichte bis mittelgradige Tätigkeit ausgeführt werden.

7.2 Dr. med. F. ___ nennt in seinem Bericht vom 18. Januar 2016 (IV-Nr. 63) als Diagnosen insbesondere ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, bestehend seit 2003, sowie eine «chron. mittelschwere depressive Episode», bestehend seit 2004. Seit dem Bericht von 2006 sei eine weitere

Chronifizierung der Schmerzerkrankung im gesamten Bereich des Bewegungsapparates eingetreten. Es bestehe eine ausgeprägte Therapieresistenz. Seit 2014 bestünden progrediente Polyarthrosen, vor allem an den Fingern. 7.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 23. August 2016 (IV-Nr. 70.1) basiert auf den Vorakten und auf eigenen spezialärztlichen Untersuchungen, welche in der Zeit vom 6. bis 9. Juni 2016 stattfanden. 7.3.1 Dr. med. Q.____, Facharzt für Innere Medizin, der die allgemeinmedizinische und internistische Begutachtung durchführte, hielt in seiner Beurteilung fest, die Schilddrüsenunterfunktion werde mit dem Schilddrüsenhormon nur ungenügend substituiert. Das Hormon müsse höher dosiert werden. Der Diabetes mellitus sei manifest und primär diätetisch anzugehen. Ausserdem bestehe gemäss Berichten eine Steatosis hepatis (Fettleber). Die diesbezügliche Therapie sei nicht adäquat. Weiter bestehe an verschiedenen Stellen ein als Ausgestaltungs- und Dramatisierungstendenz anmutendes Verhalten der Beschwerdeführerin, welches zumindest zum Teil bewusstseinsnah ablaufe. Aus den internmedizinischen Diagnosen ergebe sich keine Funktionsstörung, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würde. 7.3.2 Der rheumatologische Teil des Gutachtens, verfasst von Dr. med. R.____, Facharzt für Rheumatologie, nannte als relevante Diagnosen ein ausgedehntes Schmerzsyndrom (zervikal und lumbal betontes panvertebrales Syndrom; muskuläre Dysbalance des Schultergürtels; Fehlform der Wirbelsäule mit Hyperkyphose der BWS und Hyperlordose der LWS, langgezogene linkskonvexe Skoliose, degenerative Veränderungen, Haltungsinsuffizienz, Brachialgie beidseits, diffuse Beinschmerzen beidseits linksbetont, weichteilrheumatische Beschwerden [Schulter-, Ellbogen-, Hüft-, Knie- und Fussbereich beidseits]) sowie eine ausgeprägte Finger-Polyarthrose beidseits. In der Beurteilung wurde erklärt, es bestünden degenerative Veränderungen an der HWS und LWS. Radikuläre Reiz- oder Ausfallphänomene fehlten. Die Beschwerdeführerin berichte über anhaltende Schmerzen am Achsenskelett. Es bestehe eine ausgeprägte Fingerpolyarthrose beidseits. Radiologisch finde sich am DIP-Gelenk Zeigefinger rechts und am DIP-Gelenk Mittelfinger links eine erosive Arthrose. Daraus ergäben sich als Funktionsstörungen eine verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule, eine Verminderung von Feinmotorik, Kraft und Belastbarkeit der Hände sowie ein Faustschlussdefizit beidseits. 7.3.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. S.____ gab den von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf wie folgt wieder: Sie stehe zwischen 6 und 7 Uhr auf, widme sich dann der Körperpflege, trinke einen Kaffee und nehme die verordneten Medikamente ein. Danach versuche sie, Haushaltarbeiten zu erledigen, was ihr wegen ihrer ständigen Schmerzen nur selten gelinge. Sie lege sich dann wieder hin. Um 12 Uhr esse sie das von der Schwiegertochter zubereitete Mittagessen. Am Nachmittag unternehme sie bei schönem Wetter mit dem Ehemann (geboren 1949, AHV-Rentner) einen kleinen Spaziergang. Ansonsten tue sie ausser Liegen und Sitzen nichts. Das ebenfalls von der Schwiegertochter zubereitete Abendessen werde um 19 Uhr eingenommen. Danach liege und sitze sie herum. Zwischen 23 und 24 Uhr lege sie sich schlafen. Aussenkontakte pflege sie keine mehr. Früher habe sie einige Freundinnen gehabt, wolle diese jedoch nicht mit ihren gesundheitlichen Problemen belasten. Sie möge nicht einmal mehr mit ihren Familienangehörigen sprechen, da sie wahrgenommen habe, dass sie diese bloss aufrege, wenn sie über ihre gesundheitlichen Probleme rede. Einmal pro Monat suche sie wegen ihrer Gelenksbeschwerden Dr. med. T.____, D.____, auf. Zu ihrem Psychiater Dr. med. G.____ gehe sie zweimal pro Monat, es fänden jeweils einstündige therapeutische Gespräche statt. Die letzten Ferien habe sie im Sommer 2015 in ihrer Heimat verbracht. Sie sei mit dem Flugzeug dorthin gereist. Zu den Befunden führte Dr. med. S.____ aus, die

Beschwerdeführerin zeige eine intakte Wahrnehmung und eine zeitweise verlangsamte Auffassung. Klinisch geprüft lasse sich keine Störung des Gedächtnisses eruieren. Die Beschwerdeführerin vermöge der Unterredung mit konstanter Aufmerksamkeit und wechselnder Konzentration zu folgen. Ihre Überlegungen und Äusserungen liessen an intellektuelle Fähigkeiten im unteren Normbereich bei sehr einfach strukturierter Persönlichkeit denken. Bezüglich Motorik finde sich eine verarmte Mimik und Gestik. Die Sprechweise imponiere als wenig moduliert. Die Beschwerdeführerin hinterlasse einen passiv abwartenden, antriebsarmen Eindruck. Die emotionale Modulationsfähigkeit erweise sich als deutlich eingeschränkt. Auch sei die Beschwerdeführerin auf emotionale Inhalte kaum ansprechbar. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gesperrt noch zerfahren, jedoch verlangsamte und auf die gesundheitlichen Probleme eingengt. Die Beschwerdeschilderung imponiere als klagsam, es fänden sich jedoch keine Hinweise auf bewusste Aggravation oder Simulation. Gewisse Verdeutlichungstendenzen und Selbstlimitierungstendenzen seien jedoch nicht zu übersehen. In der Hamilton-Depressionsskala (21 Items) habe die Beschwerdeführerin eine Gesamtpunktzahl von 24 erreicht, was einer mittelschweren depressiven Episode entspreche. Zu diagnostizieren sei eine depressive Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen (ICD-10 F32.11), als Differentialdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), weiter eine einfach strukturierte Persönlichkeit mit intellektuellen Fähigkeiten im unteren Normbereich. In der Beurteilung hielt der psychiatrische Gutachter fest, in der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik gezeigt, mit Ein- und Durchschlafstörungen, Todeswünschen, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Anhedonie, Inappetenz, erhöhter Ermüdbarkeit und fehlender Libido. Daneben habe sie über Grübelzwänge und rasche Erschöpfbarkeit geklagt. Diagnostisch sei von einer depressiven Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen, auszugehen. Differenzialdiagnostisch sei auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu erwägen. Da jedoch gleichzeitig eine affektive Störung vorliege, dürfte diese Diagnose eher nicht zutreffen. Als resultierende Funktionsstörungen nach den Mini-ICF-APP-Kriterien nennt Dr. med. S. ___ mittelgradige Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Anwendung fachlicher Kompetenzen. Schwer beeinträchtigt seien die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit. Familiäre bzw. intime Beziehungen seien zumindest mittelgradig eingeschränkt. Im gleichen Ausmass seien die Spontanaktivitäten beeinträchtigt. Verkehrsfähigkeit und Selbstpflege seien erhalten. An individuellen Belastungsfaktoren sei ein weitgehender sozialer Rückzug zu verzeichnen. Die Beschwerdeführerin zeige nur eine geringe Introspektionsfähigkeit und führe daher ihre aktuellen Beschwerden ausschliesslich auf das Verhebetauma von 2003 zurück. Als belastender Faktor sei das Verhalten des Ehemanns zu werten, der offenbar nur wenig Verständnis für die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aufzubringen vermöge. Eigentliche Inkonsistenzen hätten sich bei der aktuellen Untersuchung nicht ausmachen lassen. Die Beschwerdeführerin habe zwar ihre Beschwerden sehr eindringlich, im Sinne einer Verdeutlichung, geschildert. Diese Aggravationstendenzen seien aber als normale Abweichung bei langen Krankheitsverläufen zu werten. 7.3.4 Aus polydisziplinärer Sicht stellten die Gutachter die durch den Rheumatologen Dr. med. R. ___ genannten Diagnosen eines ausgedehnten

Schmerzsyndroms und einer ausgeprägten Finger-Polyarthrose beidseits (vgl. E. II. 7.3.2 hiervor) sowie die vom Psychiater Dr. med. S. ___ erwähnte Diagnose einer depressiven Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen. Als weitere Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) wurden aufgeführt eine Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis im Mai 2005 (ungenügende Substitution), eine Adipositas, ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Obstipation bei Opiateinnahme, eine Steatosis hepatis (gemäss Akten) sowie eine einfach strukturierte Persönlichkeit mit intellektuellen Fähigkeiten im unteren Normbereich. Im Bereich des Bewegungsapparates berichte die Beschwerdeführerin über anhaltende, stark ausgeprägte Nacken- und Kopfschmerzen sowie über anhaltende Schmerzen im Brustwirbelsäulen- und lumbalen Wirbelsäulenabschnitt. Weiter würden Schmerzausstrahlungen in die Arme beidseits und in die Beine beidseits angegeben. Im Vordergrund würden Schmerzen an den Fingergelenken genannt. In der klinischen Untersuchung finde man am Achsenskelett eine Fehlförmigkeit mit Hyperkyphose der BWS und Hyperlordose der LWS, es bestehe eine Haltungsinsuffizienz. Die Beweglichkeit der verschiedenen Wirbelsäulenabschnitte sei vermindert. Radikuläre Reiz- oder Ausfallphänomene fehlten. Die Arm- und Beinmuskulatur sei diffus druckdolent. Im Bereich der Hände finde man beidseits das Bild einer ausgeprägten Finger-Polyarthrose, vor allem der Fingerendgelenke von Zeige- und Mittelfinger beidseits. Die Kraftentfaltung sei minimal, zudem bestehe ein Faustschlussdefizit aller Finger. In den neu erstellten bildgebenden Untersuchungen mit Röntgen der LWS in zwei Ebenen und Hände beidseits erkenne man degenerative Veränderungen im lumbalen Abschnitt mit Vorliegen von Spondylosen, Spondylarthrosen im unteren LWS-Abschnitt bei erhaltenen SIG-Gelenken und erhaltenen Hüftgelenken. An den Händen bestehe beidseits eine fortgeschrittene, teilweise mutilierende Heberden-Arthrose des Mittelfingers links und des Zeigefingers rechts, weitere degenerative Veränderungen lägen in den übrigen Fingerendgelenken vor und etwas weniger ausgeprägt in den Fingermittelgelenken beidseits. Im Fachgebiet der Psychiatrie habe die Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik mit Anhedonie, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit gezeigt. Weiter sei aufgefallen, dass sie auf emotionale Inhalte kaum ansprechbar gewesen sei. Sie habe zudem über Grübelzwänge berichtet. Zur Arbeitsfähigkeit legen die Gutachter dar, die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einem Plastikherstellungsbetrieb sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, zumal diese Tätigkeit auch das Anheben schwerer Lasten beinhalte. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im aktuellen Ausmass falle mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ von Mitte April 2013 zusammen. Seither habe das Ausmass der Finger-Polyarthrosen leicht zugenommen. Auch scheine sich der psychische Zustand seit der erwähnten früheren Begutachtung verschlechtert zu haben. In körperlich weder schweren noch mittelschweren Tätigkeiten ohne besondere Ansprüche an die Feinmotorik bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Seit wann diese Arbeitsunfähigkeit bestehe, lasse sich aus den Akten und den Angaben der Beschwerdeführerin nicht eindeutig rekonstruieren. Ausschlaggebend für die Verschlechterung sei die Zunahme der teilweise destruierenden Finger-Polyarthrosen und zudem die Verschlechterung des psychischen Zustandes. In den Akten fänden sich keine diskrepanten medizinischen Beurteilungen. Im Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ sei von höheren Arbeitsfähigkeiten ausgegangen worden. Seither scheine eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eingetreten zu sein. 8. Umstritten ist das Verhältnis zwischen den beiden Gutachten. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, die

Ergebnisse der Begutachtungsstelle H.____ im Gutachten vom 23. August 2016 dokumentierten keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der Situation bei Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2013, sondern entsprächen einer abweichenden Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, ihr Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlechtert.

8.1 Im Oktober 2013 wurde eine Rente verweigert, weil eine leichte, adaptierte Tätigkeit voll zumutbar sei (IV-Nr. 52). Grundlage bildete das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43 S. 2 ff.). Dort wurden aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) diagnostiziert, eine depressive Störung wurde verneint. Aus rheumatologischer Sicht wurden diagnostiziert ein chronisches zervikospodylogenes Schmerzsyndrom, Heberden-Arthrosen an den Fingern 2 bis 5 beidseits und eine Epicondylitis humeri radialis beidseits rechtsbetont, alle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne solche Auswirkung nennt das Gutachten ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (IV-Nr. 43 S. 16). Das internistische Teilgutachten ergab als relevante Diagnose eine substituierte Hypothyreose. In ihrer Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus somatischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Arbeiten, während die Arbeitsfähigkeit in Bezug auf adaptierte leichte Arbeiten nicht eingeschränkt sei.

8.2 Im H.____-Gutachten vom 23. August 2016 (IV-Nr. 70.1) werden rheumatologisch ein ausgedehntes Schmerzsyndrom und ausgeprägte Finger-Polyarthrosen beidseits diagnostiziert (S. 30). Der psychiatrische Teilgutachter nennt eine depressive Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen, und als Differentialdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Arbeitsunfähigkeit wird in den einzelnen Teilabschnitten (rheumatologisch, psychiatrisch) nicht beziffert. Erst im Gesamtgutachten wird der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auch in leichten Verweistätigkeiten attestiert (S. 45). Es ist nicht ersichtlich, inwieweit dies somatisch und inwieweit psychiatrisch begründet ist. Die Gutachter der Begutachtungsstelle H.____ nehmen eine leichte Zunahme der Finger-Polyarthrosen-Problematik an (IV-Nr. 70.1 S. 45). Zur Frage nach einer Veränderung wird aus rheumatologischer Sicht erklärt, das Ausmass der Finger-Polyarthrosen habe leicht zugenommen (S. 45). Es wird aber nicht gesagt, ob und gegebenenfalls wie sich diese leichte Zunahme auf das Zumutbarkeitsprofil auswirkt (schon das Vorgutachten hatte die Finger-Polyarthrosen bzw. Heberden-Arthrosen festgestellt und berücksichtigt; IV-Nr. 43 S. 19). Insoweit bleibt daher vollkommen unklar, ob es sich um eine Veränderung handelt, die «den Rentenanspruch berührt», also geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10). Das Problem besteht auch deshalb, weil das Gutachten gar keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer (oder somatischer) Sicht enthält (IV-Nr. 70.1 S. 32 oben nennt einzig die Funktionsstörungen), sondern einzig eine Gesamtbeurteilung (50 % Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeiten ohne besondere Ansprüche an die Feinmotorik, IV-Nr. 70.1 S. 45). Eine somatisch begründete Veränderung, welche einen Revisionsgrund bilden würde, kann daher nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten. Der Nachweis (im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit) für eine anspruchsbeeinflussende Veränderung müsste sich daher aus dem psychiatrischen Teil des Gutachtens ergeben. Diesbezüglich führt das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____,

aus, es «scheine» sich der psychische Zustand seit der früheren Begutachtung verschlechtert zu haben (IV-Nr. 70.1 S. 45 und S. 46). Die in der Fragestellung verlangte kritische Würdigung vorhandener Arztberichte (Ziffer 11, S. 46) wird umgangen, indem man sagt, es gebe keine diskrepanten medizinischen Beurteilungen und es «scheine» seit der ABI-Begutachtung eine Verschlechterung eingetreten zu sein. Damit bleibt in Bezug auf die Diagnosestellung unklar, ob die abweichende Beurteilung nach Ansicht des Gutachters auf eine Veränderung zurückgeht – und worin diese besteht – oder ob es sich um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts handelt. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. S. ___ nimmt auch mit keinem Wort auf das Vorgutachten Bezug und äussert sich nicht dazu, ob die damals diagnostizierte, von ihm nun aber verneinte bzw. nur als Differentialdiagnose erwähnte anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine Fehldiagnose war. Auch ein Vergleich der erhobenen Befunde ergibt keine Klärung der Frage, ob nun eine Veränderung vorliegt oder nicht. So kann die unterschiedliche Beurteilung der Intelligenz bei der 1963 geborenen Beschwerdeführerin kaum auf eine in der Zwischenzeit eingetretene Entwicklung zurückgehen, während die anderweitige Befunderhebung wegen der grundsätzlich unterschiedlichen Explorationsweise keinen zuverlässigen Vergleich ermöglicht.

8.3 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema – erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts – bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.3 mit Hinweis auf SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2). Dieser Anforderung wird das H. ___-Gutachten nicht gerecht. Es kommt hinzu, dass sich auch die nach der neuen Rechtsprechung zu beachtenden Indikatoren aufgrund des Gutachtens nicht hinreichend beurteilen lassen. Das Gericht war daher gehalten, die bestehende Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten zu schliessen.

9. Das Versicherungsgericht erteilte am 20. September 2018 der Begutachtungsstelle K. ___, den Auftrag für ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten unter Einbezug der Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie (A.S. 36 ff.). Aus nicht oder nur teilweise bekannten Gründen kam es zu einer enormen Verzögerung. Das Gutachten wurde schliesslich am 2. Oktober 2020, rund zwei Jahre nach Auftragserteilung, erstattet (A.S. 59 ff.). Es basiert auf einer psychiatrischen Exploration durch den Gutachter Dr. med. U. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 20. August 2019 und einer rheumatologischen Untersuchung durch den Gutachter Dr. med. V. ___, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 22. Juli 2020.

9.1 Zu prüfen ist zunächst, ob die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens aus formellen Gründen zu verneinen ist.

9.1.1 Im Verlauf zwischen der Auftragserteilung und der Ablieferung des Gutachtens wurde verschiedentlich deutlich, dass die Begutachtungsstelle organisatorische und administrative Mängel aufwies. Diese führten auch dazu, dass das Gutachten schliesslich erst zwei Jahre nach der Auftragserteilung erstattet wurde. Eine Verzögerung in einer auch nur entfernt vergleichbaren Dimension war zuvor in der Praxis des Versicherungsgerichts nicht vorgekommen. Diese Umstände führen allerdings für sich allein nicht zwingend dazu, dass dem Gutachten die Beweiskraft abzusprechen wäre.

9.1.2 Die Beschwerdeführerin weist in ihrer Stellungnahme vom 12. Januar 2021 darauf hin, dass das Gericht Dr. med. W. ___ als psychiatrische Gutachterin bestimmt habe. Die psychiatrische Begutachtung wurde jedoch vollumfänglich

(Untersuchung und Abfassung des Gutachtens) durch Dr. med. U.____ durchgeführt. Die durch das Gericht bezeichnete Gutachterin war daran in keiner Weise beteiligt. Die Beschwerdeführerin macht geltend, bereits aus diesem Grund müsse dem Gutachten die Beweiskraft abgesprochen werden. Bei der Einholung eines Gerichtsgutachtens sind ergänzend zu Art. 61 ATSG die Vorschriften über den Sachverständigenbeweis gemäss Art. 57 ff. des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess sinngemäss anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_834/2013 vom 18. Juli 2014 E. 5 [zur Unfallversicherung]; Erik Furrer, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, in: SZS 2019 S. 3 ff., 10 f.). Dies bedeutet insbesondere, dass die Parteien vor der Gutachtenserteilung Gelegenheit erhalten, sich zu den Fragen, die den Experten unterbreitet werden, und zur Person der Gutachterinnen und Gutachter zu äussern. Dieser letztere Aspekt soll namentlich gewährleisten, dass die Partei in die Lage versetzt wird, Ausstandsgründe oder sonstige Einwände gegen die begutachtende Person vorzubringen, bevor die Untersuchung stattfindet. In der Verfügung vom 25. Juli 2018 wurde den Parteien mitgeteilt, als psychiatrische Gutachterin sei Dr. med. W.____ vorgesehen (A.S. 30). Mit Verfügung vom 20. September 2018 wurde diese Ärztin zusammen mit dem rheumatologischen Teilgutachter Dr. med. V.____ beauftragt, dem Versicherungsgericht ein bidisziplinäres Gutachten zu erstatten. In der Folge verzögerte sich die Begutachtung erheblich. Am 20. August 2019 wurde die Beschwerdeführerin schliesslich im Rahmen der Begutachtung psychiatrisch untersucht. Die Untersuchung erfolgte jedoch nicht durch die gerichtlich als Gutachterin bestellte Dr. med. W.____, sondern durch Dr. med. U.____, der zuvor nicht in Erscheinung getreten war. Dr. med. U.____ verfasste das psychiatrische Teilgutachten am 25. August 2019. Wie erwähnt, besteht der Sinn der Regelung, wonach die Parteien vor der Gutachtenserteilung Gelegenheit erhalten, sich zur Person des Gutachters zu äussern, primär darin, dass Ausstandsgründe oder sonstige Einwände (etwa, die vorgesehene Person sei nicht hinreichend qualifiziert oder aus anderen Gründen ungeeignet) frühzeitig geltend gemacht werden können. Den Akten lässt sich entnehmen, dass die Begutachtungsstelle K.____, der Beschwerdeführerin am 31. Juli 2019 das Aufgebot für die psychiatrische Untersuchung vom 20. August 2019 zustellte. In diesem Aufgebot wird auch der Name des Gutachters Dr. med. U.____ erwähnt, ebenso dessen Adresse, welche sich an einem gänzlich anderen Ort ([...]) befindet als der Sitz der Begutachtungsstelle. Im Schreiben wird die Beschwerdeführerin gebeten, den Termin telefonisch zu bestätigen und verschiedene Dokumente sowie Angaben zu liefern, beispielsweise ob der Beizug einer Dolmetscherin gewünscht werde. Offensichtlich hat die Beschwerdeführerin dieses Schreiben erhalten, konnte doch die Untersuchung am 20. August 2019 stattfinden, wobei eine Dolmetscherin beigezogen wurde. Die Beschwerdeführerin hatte somit seit dem Erhalt dieses Schreibens Kenntnis von der Person des Gutachters. In der Eingabe ihres Vertreters vom 12. Januar 2021, S. 2, wird denn auch ausgeführt, aus der Einladung vom 31. Juli 2019 sei auf einmal ersichtlich gewesen, dass die psychiatrische Exploration nicht durch die vorgesehene Gutachterin Dr. med. W.____ erfolgen werde, sondern durch Dr. med. U.____. Ab dem Erhalt dieses Schreibens hatte die Beschwerdeführerin somit Gelegenheit, Einwände gegen diesen neu vorgesehenen Gutachter vorzubringen. Solches erfolgte jedoch nicht. In der Folge wandte sich die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter am 30. Oktober 2019 per E-Mail an die Begutachtungsstelle mit der Feststellung, die psychiatrische Exploration habe am 20. August 2019 stattgefunden, und wies auf die Dringlichkeit der rheumatologischen Begutachtung hin (Beilage 3 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 6. November 2019).

Dabei erwähnte sie weder Unstimmigkeiten noch erhob sie Einwände gegen die psychiatrische Exploration. Auch gegenüber dem Gericht wurde zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht, es bestünden Ablehnungsgründe gegenüber Dr. med. U.____. Dr. med. U.____ ist dem Gericht aus früheren Verfahren bekannt. Es handelt sich um einen erfahrenen Gutachter, dessen fachliche Qualifikation ausser Zweifel steht. Ausstandsgründe gegen ihn werden nicht vorgebracht und sind auch nicht ersichtlich. Aus Sicht des Gerichts spricht daher nichts dagegen, dass die gerichtlich angeordnete Begutachtung durch ihn vorgenommen wurde, auch wenn dies nicht dem Auftrag entspricht, welcher der Begutachtungsstelle erteilt worden war. Es kommt hinzu, dass allfällige Einwände gegen die Person des Gutachters zeitlich klar verspätet wären. Nach der Rechtsprechung ist die versicherte Person aufgrund von Treu und Glauben gehalten (vgl. Art. 5 Abs. 3 BV), Ausstandsgründe so früh wie möglich geltend zu machen. Andernfalls kann sie sich nicht mehr darauf berufen (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2019 vom 27. Mai 2019 E. 6.8, das eine in diesem Punkt vergleichbare Konstellation betraf, auch wenn es dort um eine zusätzliche Untersuchung [und nicht um eine «Auswechslung» der vorgesehenen Gutachterin] ging). Hier war der Beschwerdeführerin und ihrem Vertreter seit dem Empfang der Einladung vom 31. Juli 2019 bekannt, dass neu Dr. med. U.____ als Gutachter vorgesehen war. In dieser Konstellation geht es nicht an, den Ausgang des Gutachtens abzuwarten und erst dann, wenn dieses nicht wunschgemäss ausfällt, Einwände gegen den Wechsel und/oder die Person des Gutachters zu erheben. Zusammenfassend schliesst der Umstand, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht durch die gerichtlich bestellte Gutachterin Dr. med. W.____, sondern durch Dr. med. U.____ verfasst wurde, unter den gegebenen Umständen für sich allein genommen ein Abstellen auf das Gutachten nicht aus. 9.2 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. U.____ datiert vom 25. August 2019 (Gutachten S. 66 ff.; A.S. 131 ff.). Es stützt sich auf die vollständigen Vorakten sowie die anlässlich der Untersuchung vom 20. August 2019 gewonnenen Erkenntnisse. Weiter wurde auch das Ergebnis des Laborbefunds vom 22. August 2019 berücksichtigt. Nach einer kurzen Zusammenfassung der relevanten Vorakten (S. 67 ff.) gibt der Experte die Ergebnisse der Befragung wieder (S. 70 ff.). Es folgt die Beschreibung der Befunde (S. 77 ff.). Auf dieser Basis stellt der Gutachter die Diagnosen, welche er ausführlich herleitet (S. 85 ff.), und nimmt schliesslich die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung vor (S. 92 ff.). Abschliessend beantwortet er die Fragen des Gerichts (A.S. 162 ff.). 9.2.1 In der Befundbeschreibung bezeichnet der Gutachter die Beschwerdeführerin als freundlich, kooperativ und in der äusseren Erscheinungsform gepflegt. In der Untersuchung zeige sie keine Müdigkeit, sei durchaus auch motiviert. Ein besonderes Stressniveau sei weder im Zusammenhang mit der Anreise noch bei Gesprächsbeginn noch in der Interaktion mit der Dolmetscherin vor oder während der Untersuchung feststellbar. Es bestehe ein depressiver Habitus. Der Status nach ADMP ergab laut dem Gutachten keine Bewusstseinsstörungen und keine Orientierungsstörungen: Die Beschwerdeführerin habe sich in einem wachen, bewusstseinsklaren, in allen Qualitäten (zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person) sicher orientierten Geisteszustand befunden. Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien im klinischen Gespräch nicht relevant beeinträchtigt. Es gebe keine Hinweise auf Konfabulation oder Paramnesien. Das Denken sei geordnet, es bestünden keine Störungen im Sinne von gehemmt, verlangsamt, umständlich oder eingeengt. Es bestehe kein Misstrauen, es gebe keine Hinweise auf Hypochondrie oder Phobien mit Krankheitswert. Auch Zwangsgedanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen hätten nicht exploriert

werden können. Ein Wahnerleben sei nicht nachweisbar und es gebe keinen Hinweis auf Sinnestäuschungen. Was die Affektivität anbelange, bestünden keine Störungen im Sinne von ratlos. In der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin allenfalls als leicht affektarm erschienen. Die Beschwerdeführerin erscheine als teilweise, aber sicher nicht durchgehend deprimiert, nicht durchgehend hoffnungslos, nicht ängstlich, nicht euphorisch, streckenweise dysphorisch, nicht gereizt, nicht innerlich unruhig, klagsam, teilweise vorwurfsvoll und nicht jammrig. Was Antrieb und Psychomotorik betreffe, zeigten sich in der Untersuchung keine Störungen im Sinne von antriebsarm, antriebsgesteigert oder motorisch unruhig. Es bestünden keine circadianen Besonderheiten im Sinne von Morgentief, abends besser oder abends schlechter. In der Untersuchung zeigten sich auch keine Hinweise auf Müdigkeit, es würden jedoch Ein- und Durchschlafstörungen angegeben (begründet mit Schmerzen). Es gebe auch keine sicheren Hinweise auf andere Störungen im Sinne von krankheitsbedingtem sozialem Rückzug oder sozialer Umtriebigkeit oder Aggressivität oder Selbstbeschädigung, ebenso wenig auf Autoaggressionen. Die Beschwerdeführerin erscheine weitgehend normintelligent und in der Persönlichkeit differenziert. Zur Persönlichkeitsstruktur hält der Gutachter fest, in der klassisch willkürlichen Persönlichkeitsbeschreibung wirke die Probandin durchaus vertrauend, eher einzelgängerisch, leicht minimalistisch wirkend, eher stiernackig als kompromissbereit erscheinend, teilweise aufbrausend (insbesondere bezüglich mancher Ärzte, die sie für ihr Schicksal verantwortlich mache), dabei durchaus energetisch. Gesamthaft bescheiden, höflich, vorsichtig, besorgt, in Teilen immer wieder auch mehr rebellisch als konform wirkend. In der aus der Psychologie stammenden Darstellung der Persönlichkeit in fünf Dimensionen resultiere in der Extraversion der Wert weniger lebhaft, in der Verträglichkeit grundsätzlich freundlich wirkend, in der Gewissenhaftigkeit kein besonderer Wert, im Neurotizismus unter Stress leichter aus dem Gleichgewicht und in der Offenheit für Erfahrungen kein besonderer Wert. Unter dem Aspekt der sogenannten komplexen Ich-Funktionen ergäben sich auf Persönlichkeitsebene keine Störungen in den Bereichen Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit oder Kontaktgestaltung, Affektsteuerung oder Impulskontrolle, Selbstwertregulation oder Regressionsfähigkeit sowie Intentionalität und Antrieb. Auch fänden sich keine grundsätzlichen Störungen der Abwehrorganisation. Es gebe auf der Persönlichkeitsebene aus psychiatrischer Sicht keine Gründe, die mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergingen. Anhand der Hamilton Depressionsskala, einer Fremdbeurteilungsskala, gelangte der Gutachter zu einem Wert von 10, am «unteren Rand» des Bereichs einer leichten Depression. Der Gutachter nahm überdies eine Einschätzung mithilfe des Mini-ICF-App-Ratingbogens vor. 9.2.2 Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt Dr. med. U. ___ eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). Ohne solche Auswirkung bestehe ein Status nach aktenanamnestisch beschriebener depressiver Episode (ICD-10 F32.1), gegenwärtig in wesentlichen Teilen remittiert, allenfalls mit Verbleib einer dysthymen Symptomatik (ICD-10 F34.1). Zur Herleitung dieser Diagnosen hält der Gutachter fest, in den Akten werde schon ab 2002 wiederholt eine depressive Symptomatik beschrieben. Die aktuelle Symptomatik entspreche sicher nicht dem Zustand einer mittelgradigen depressiven Störung, eher einem dysthymen Zustand oder dem Niveau einer allenfalls leichtgradigen depressiven Störung. Letztlich erlebe die Beschwerdeführerin selbst dies auch so. Sie berichte nicht das Typikum einer depressiven Episode, etwa mit einem bestimmten Anfang und einem bestimmten Ende. Auch der behandelnde Psychiater codiere zwar einerseits eine Episode, andererseits beschreibe er

einen jahrelang anhaltenden chronischen Zustand ohne klaren Beginn und ohne Ende. Dies entspreche eher dem Charakter einer dysthymen Störung. Einzelne Phasen der Verschlechterung seien dabei jedoch nicht auszuschliessen, auch im Rahmen anderer Belastungen (etwa zunehmende Polyarthrose in den Fingergelenken oder soziale Probleme). Es sei davon auszugehen, dass während der Begutachtungen durch die Begutachtungsstelle B.____ im Jahr 2013, zuletzt etwa am 29. Mai 2013, kein depressives Syndrom vorgelegen habe. Gleichzeitig gehe er, Dr. med. U.____, davon aus, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle H.____ vom 23. August 2016 ein solches vorgelegen habe. Es erscheine als am wahrscheinlichsten, dass die damals festgestellte depressive Episode im November 2015, als die erneute Anmeldung erfolgt sei, begonnen habe. Dieses Gesuch sei ja auch mit zunehmender psychischer Beeinträchtigung bzw. Depression begründet worden. Eine andauernde mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, F32.11 nach ICD-10, andauernd seit 2013, wie sie der behandelnde Psychiater Dr. med. L.____ am 5. Januar 2016 postuliert habe, erscheine nicht als plausibel. Hierbei würde es sich unter naturalistischen Bedingungen um einen ungewöhnlichen Verlauf handeln, es wäre aber auch ein Hinweis auf eine inadäquate Therapie, denn eine so anhaltende depressive Störung bedürfte differenzierter therapeutischer Massnahmen, nicht nur auf pharmakologischem Gebiet (was im vorliegenden Falle sicher nicht ausreichend stattgefunden habe), sondern auch in den Fragen des Settings (teilstationär, vollstationär) oder im Sinne einer ambulanten Unterstützung (z.B. ambulante psychiatrische Spitex). Plausibler erscheine, dass es im Laufe des Jahres 2015 zu einer Verschlechterung gekommen sei, welche zur Antragstellung am 13. November 2015 geführt habe, die durch die Befundung am 5. Januar 2016 durch Dr. med. G.____ bestätigt worden sei und im August 2016 in der Begutachtungsstelle H.____ ebenfalls gesehen worden sei. Im weiteren Verlauf dürfte der depressive Aspekt, so der Gerichtsgutachter weiter, wieder teilremittiert sein und in seiner Symptomlast nachgelassen haben, vielleicht im Sinne eines naturalistischen Verlaufs, vielleicht aufgrund der gegenwärtigen Pharmakotherapie mit Trimipramin 150 mg. Zum jetzigen Zeitpunkt könne sicherlich kein erwerbsrelevanter Befund erhoben werden im Bereich der affektiven Störungen. Da keine differenzierte Aktenlage zur Verfügung stehe bzw. für die letzten Jahre überhaupt keine verwertbaren psychiatrischen Berichte vorlägen und auch die Beschwerdeführerin keine differenzierten anamnestischen Angaben zum Verlauf leisten könne, werde davon ausgegangen, dass es im Laufe der letzten beiden Jahre zu einer Normalisierung gekommen sei und der jetzige Befund spätestens ab dem Jahr 2019 anzunehmen sei. Somit sei ab Antragstellung im November 2015 von einer depressiven Entwicklung zunächst auf mittelgradigem Niveau auszugehen, vom Verlauf her möglicherweise durchaus über 2016 anhaltend, im Jahre 2017 im Bereich einer leicht- bis mittelgradigen Störung, gegenwärtig und seit Jahresanfang wohl kaum das Ausmass einer leichtgradigen Störung überschreitend. Unter dem Kapitel F4 der ICD-10 werde im Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ von 2013 eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, aber ohne fachgerechte Begründung. Dasselbe gelte für die Diagnosestellung durch den behandelnden Psychiater Dr. med. L.____ und auch für die Begutachtungsstelle H.____, welche im Jahr 2016 eine somatoforme Schmerzstörung als Differentialdiagnose erwähne. Da von somatisch begründeten Schmerzen auszugehen sei, erscheine die diagnostische Einschätzung als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) als eindeutig zutreffender. Hier stünden im Vordergrund Schmerzen in mehreren Regionen wie bei der Beschwerdeführerin. Ausgangspunkt seien dafür durchaus körperliche Störungen, wie dies

auch bei der Beschwerdeführerin durchaus nachweisbar sei und auch in den entsprechenden Gutachten teilweise diagnostiziert werde. Das Besondere bei diesem Störungsbild sei, dass psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen werde, jedoch nicht eine ursächliche Rolle für deren Beginn. Auf psychiatrischem Gebiet gebe es kein anderes Störungsbild, das der Schmerzsituation der Beschwerdeführerin näherkomme. Der Gutachter gehe davon aus, dass dieses Störungsbild schon lange, seit ca. 2003, bei der Beschwerdeführerin bestehe. Ihm seien auch Einschränkungen in der Funktions- und Arbeitsfähigkeit zuzuordnen. Auf die Frage nach Therapien führt der Gutachter aus (Gutachten S. 99), bei konsequenter und motivierter Nutzung der zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen könne eine theoretische Erwartung des Erreichens einer etwa 75%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von 9 bis 12 Monaten formuliert werden. Es seien keine medizinischen Gründe (z. B. Kontraindikationen oder ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis oder Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustandes) erkennbar, die gegen die Zumutbarkeit der genannten Therapien und von Eingliederungsmassnahmen sprächen. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hält der Gutachter zunächst fest, es sei generell und namentlich bei psychischen Störungen schwierig, rückwirkend und überdies für einen weit zurückliegenden Zeitraum die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen. Entsprechend der Aktenlage werde davon ausgegangen, dass die aktuelle Einschätzung spätestens seit der Wiederanmeldung vom 13. November 2015 zu gelten habe. Dies aufgrund der Verschlechterung der Gesundheit auch auf psychischem Gebiet (bei der Begutachtung im Jahr 2013 sei noch keine psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar gewesen). Ab Neuanmeldung am 13. November 2015 sei also von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen, dies wohl auch im Jahr 2016. Für das Jahr 2017 sei eher eine leicht- bis mittelgradige Störung anzunehmen und ab dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls eine leichte depressive Störung ausmachen. Die angestammte Tätigkeit sei nach über 15-jähriger Absenz, vorhandenen körperlichen Einschränkungen und pathologischem Schmerzerleben nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit müsse folgende Merkmale aufweisen: Kein Bedienen gefährlicher Maschinen, keine besonderen Konzentrationsanforderungen, keine besonderen Anforderungen an Teamfähigkeit oder Stresstoleranz, keine besonderen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit, keine störende Lärmbelastung, keine störenden Lichtverhältnisse, Möglichkeit vermehrter Pausen, kein ständiger Wechsel von Mitarbeitern, kein Publikumsverkehr, gut strukturierte Tätigkeit, begrenzte Verantwortung, keine Führungsaufgaben, keine Nacht- oder Wechselschicht (Gutachten S. 97 f., A.S. 162 f.). Zum Verlauf dieser Arbeitsfähigkeit sei davon auszugehen, dass ab der Neuanmeldung vom 13. November 2015 eine mittelgradige depressive Störung bestanden habe, ebenso wohl auch im Jahr 2016, so dass für diesen Zeitraum am ehesten von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei. Für das Jahr 2017 sei eher eine leicht- bis mittelgradige Störung anzunehmen. Ausgehend von einem 100%-Pensum liessen sich auf psychiatrischem Gebiet keine weitergehenden Einschränkungen plausibilisieren, warum die versicherte Person nicht zumindest vormittags etwa 2,5 Stunden und nachmittags etwa 3 Stunden Präsenz in einer leidensangepassten Tätigkeit und eine entsprechende Leistung zeigen können sollte. Dies entspreche einer Arbeitsfähigkeit von etwa 66 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Ab dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls noch eine leichte depressive Störung ausmachen, so dass sich andauernde Arbeitsunfähigkeitsannahmen von mehr als 20 % nicht mehr begründen liessen.

9.3 Das rheumatologische Teilgutachten datiert vom 27. Juli 2020 (Gutachten S. 29;

A.S. 94 ff.). Es basiert auf einer Untersuchung, welche am 22. Juli 2020 stattfand, also elf Monate nach der psychiatrischen Exploration vom 20. August 2019. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. V.____ nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Wide Spread Pain Syndrom bzw. eine Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) sowie Heberdenarthrosen beidseits (ICD-10 M15.1). Als Diagnosen ohne solche Auswirkungen bestehen nach seiner Beurteilung chronische lumbovertbrale Schmerzen bei leichten degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.5), ein Diabetes mellitus Typ 2, eine substituierte Hypothyreose, eine Steatosis hepatis, eine Nasenbeinfraktur 2015 sowie ein Status nach Appendektomie. In der Herleitung der Diagnosen (Gutachten S. 50 ff.) führt Dr. med. V.____ aus, die anamnestischen Angaben, die Aktenlage sowie die aktuelle rheumatologische Untersuchung zeigten eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Fibromyalgie. Die vom ACR (American College of Rheumatology) entwickelten Kriterien (Version 2010 mit Überarbeitung 2016) seien erfüllt. Die Symptome einer Fibromyalgie könnten bei der Beschwerdeführerin objektiviert werden: Die subjektiv erlebten Schmerzen sowie deren Ausprägung liessen sich nicht durch ein somatisches morphologisches Korrelat erklären. Eine zugrundeliegende somatische Erkrankung lasse sich nicht eruieren. Die Beschwerdeführerin weise ein ausgeprägtes Fibromyalgie-Syndrom auf, wobei insbesondere eine grosse Erschöpfung und Leistungsintoleranz bei Schlafstörungen und Schlaf ohne Erholungswert vorlägen. Ebenso seien funktionelle und vegetative Beschwerden vorhanden. Es beständen diffuse Körperschmerzen, insbesondere an der gelenknahen Muskulatur, welche den Tenderpoints (12 von 18 seien positiv) entsprächen. Die Fingergelenkspolyarthrose mit Heberdenarthrosen und somit der distalen Interphalangealgelenke sei eine fortschreitende Erkrankung degenerativer Natur mit teilweise entzündlichen Schüben, was auch radiologisch so dokumentiert sei. In der letzten radiologischen Kontrolle der Hände am 06. Juli 2020 habe ein Status idem zu den Vorbefunden 2017 objektiviert werden können. Es bestehe allerdings eine fortgeschrittene Fingergelenkspolyarthrose der distalen Interphalangealgelenke und somit eine Einschränkung der Belastbarkeit, insbesondere für feinmotorische Tätigkeiten. Die medizinischen Massnahmen seien noch nicht ausgeschöpft und könnten mindestens für ein konservatives Therapieverfahren optimiert werden. Eine operative Variante sei ebenfalls möglich, sollte jedoch mit Zurückhaltung indiziert werden, da eine Schmerzverstärkung ebenfalls möglich sei, respektive auch Fingergelenksbeschwerden durch die Fibromyalgie-Symptomatik akzentuiert aufträten. Auch bei Vorliegen von zunehmend degenerativen Veränderungen radiologisch und teilweise klinisch sei dies kein Indiz für eine ausgeweitete oder zunehmende Symptomatik von Arthrosebeschwerden. Die Korrelation eines radiologischen Befundes bezogen auf die Symptomatik liege unter 40 %. Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich die Arthrosen zudem als nicht aktiviert und es beständen deutliche Überlagerungen durch die angegebenen subjektiven Funktionseinschränkungen, welche als solche nicht objektivierbar seien und im Rahmen der Fibromyalgie-Symptomatik mit erhöhtem Schmerzempfinden und deutlichem Schonverhalten interpretiert würden. Eine psychische Komponente mit Einfluss werde vermutet. Der Gutachter gelangt weiter zum Ergebnis, die früher gestellten Diagnosen der rheumatischen Beschwerden, der myotendinotischen Beschwerden, des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms, der Cervicobrachialgie sowie des cervicocephalen Schmerzsyndroms seien ebenfalls im Kontext der Fibromyalgie zu interpretieren. Keine dieser Beschwerden könne auf ein morphologisches Korrelat im Sinne eines akzeptierten und überprüfbaren Pathomechanismus zurückgeführt werden. Die übrigen, auch

internistischen Diagnosen hätten keinen Einfluss auf das Beschwerdebild. Insbesondere bestehe in Bezug auf die Hypothyreose eine adäquate Behandlung des Schilddrüsenhormons. Das Hauptbeschwerdebild aus rheumatologischer und schmerzmedizinischer Sicht bestehe demnach in einem Fibromyalgie-Syndrom mit Erfüllen der entsprechenden Kriterien. In seiner Stellungnahme zu früheren Beurteilungen erklärt Dr. med. V.____, die gutachterlichen Untersuchungen in den Jahren 2013 und 2016 umschrieben im somatischen Bereich das gleiche Beschwerdebild, teilweise mit anderer Nomenklatur sowie auf Symptome und nicht Diagnosen bezogen, und interpretierten diese zum Teil anders. Die gutachterliche Beurteilung im Jahr 2013 werde hauptsächlich durch den RAD gestützt, der eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte, leichte und wechselbelastende Tätigkeit als möglich beurteilt habe. Dies sei im Bereich der Fibromyalgie-Symptomatik auch unabhängig von einer somatoformen Schmerzstörung oder einer depressiven Störung so aus rein funktions- und biomechanischen Überlegungen absolut korrekt. Eine Fibromyalgie sei im Kontext einer psychischen Beschwerdesituation mit depressiver Symptomatik oder auch einer somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Einflussnehmend auf die Belastbarkeit sei die Schmerzsymptomatik und aus psychiatrischer Sicht müsse die Zumutbarkeit oder Überwindbarkeit von Schmerz auch für eine leichte Arbeitstätigkeit ermittelt werden. In der RAD-Beurteilung von 2017 werde klar herausgearbeitet, dass im rheumatologischen Teilgutachten des H.____ von 2016 wie auch in der polydisziplinären Beurteilung keine spezifische Aussage zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bestehe und es darum unklar bleibe, weshalb aus leichten Veränderungen in der rheumatologischen Symptomatik und auch der Bildgebung, insbesondere im Bereich der Finger, nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % resultiere. Dies sei versicherungsmedizinisch anhand des Gutachtens nicht nachvollziehbar, was in der aktuellen Beurteilung gestützt werde. Im Gutachten von 2016 sei auch nicht herausgearbeitet worden, warum die früher diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nicht mehr vorliegen solle. Die Beurteilung des RAD, dass keine schlüssige Begründung und Diskussion erfolgt sei, könne nachvollzogen werden. Die psychiatrische Begründung, es scheine, dass der psychische Zustand sich seit der letzten Begutachtung verschlechtert habe, sei arbiträr und nicht begründet. Die im Gutachten des H.____ von 2016 aufgeführten Diagnosen mit ausgedehntem Schmerzsyndrom seien im Gesamtkontext dem Fibromyalgie-Syndrom zuzuordnen. Eine organspezifische oder durch morphologisch-strukturelle Pathologien verursachte Beschwerdesymptomatik könne jedoch nicht objektiviert werden, was in den überwiegend beschreibenden Diagnosen im Jahre 2016 erkennbar werde. Im Gutachten des H.____ von 2016 seien Diagnosen aufgeführt worden, welche hauptsächlich durch eine Symptom-Präsentation gestellt werden könnten und den Beschwerden im Rahmen des diagnostizierten Fibromyalgiesyndroms entsprächen respektive dort beinhaltet seien. Insbesondere hätten 2016 auch keine klaren morphologischen und strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat objektiviert werden können, welche im Verlauf bis 2020 persistent oder gar zunehmend gewesen wären und sich verschlechternd hätten. Medizinisch-theoretisch bestünden körperliche Ressourcen zur (Teil-)Ausübung einer Verweistätigkeit. Die psychische Leistungsfähigkeit sowie die Schmerzsituation verhinderten jedoch einen vollen Zugriff auf die eigenen Ressourcen bei insgesamt erhaltener hoher Funktionalität. Die Überwindbarkeit von Schmerz und die zumutbare Arbeitsbelastung müssten psychiatrisch beurteilt werden. Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. V.____ aus, die bisherige Tätigkeit könne als mittelschwer bis schwer bezeichnet werden und sei aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik bei

Fibromyalgie sowie der Fingergelenkspolyarthrosen nicht mehr durchführbar. Dies gelte ab 2004. Eine adaptierte Tätigkeit sei immer und auch aktuell möglich, wobei aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik eine Leistungsminderung vorliege, dies bei erhöhtem Pausen- und Erholungsbedarf. Bei deutlicher respektive ausgeprägter Fibromyalgie-Symptomatik sei mit einer Leistungsminderung von 30 % zu rechnen. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei eine Tätigkeit in Wechselbelastung mit freier Positionswahl, leicht bis maximal mittelschwer (20 – 30 %) unter Vermeidung von Zwangshaltungen, insbesondere gebückt oder mit Armen über der Schulterhorizontalen. Bezüglich der Fingergelenke seien eine feinmotorische Tätigkeit sowie repetitives Greifen mit Faustschluss ungeeignet. Bei einem Pensum von 70 % sollten 5,88 Stunden täglich, aufgeteilt auf 2 x 3 Stunden, möglich sein, wobei jede Stunde eine Pause von 15 Minuten gewährt werden müsse. Dies entspreche einer Präsenz von 80 % mit zusätzlichen Pausen von einer Stunde, was 5,88 Stunden pro Tag ergebe und einer Arbeitsfähigkeit von 70 % entspreche. Zur Frage nach Veränderungen hält der Gutachter fest (Gutachten S. 64; A.S. 129), es bestehe ein zunehmendes generalisiertes Schmerzsyndrom ohne somatisch erklärbare Korrelation und Ursache. Aus somatischer Sicht ergäben sich im Vergleich zu 2013 zwar keine wesentlichen Veränderungen aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik. Eine leichte Zunahme der Fingergelenkspolyarthrosen sei vorliegend aber wenig relevant für eine adaptierte Tätigkeit. Die Fibromyalgie-Symptomatik senke aber die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen sowie durch eine Selbstlimitierung und ein Schonverhalten aktuell um ca. 30 %. Da, wie ausgeführt, keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation vorliege, dürfte die Reduktion um 30 % bereits seit 2013 bestehen.

9.4 9.4.1 In der von beiden Gutachtern unterzeichneten interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Gutachten S. 1 – 28; A.S. 66 ff.) werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41), Wide Spread Pain Syndrom/Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) sowie Heberdenarthrosen beidseits (ICD-10 M15.1). Als Diagnosen ohne solche Auswirkung werden erwähnt: ein Status nach akuten anamnestisch beschriebener depressiver Episode (ICD-10 F32.1), gegenwärtig in wesentlichen Teilen remittiert, allenfalls Verbleib dysthymen Symptomatik (ICD-10 F34.1); chronische lumbovertebrale Schmerzen bei leichten degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.5); Diabetes mellitus Typ 2; Hypothyreose, substituiert; Steatosis hepatis; Nasenbeinfraktur 2015 sowie ein Status nach Appendektomie.

9.4.2 Unter dem Titel «Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnosen» erklären die Gutachter (Gutachten S. 13 f.), aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell keine Depression oder ein erhöhtes Depressionsrisiko. Eine Depression sei vom Hausarzt erstmals im Zusammenhang mit der Schmerzverarbeitungsstörung erwähnt worden, und im Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ aus dem Jahr 2016 werde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen diagnostiziert. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass bereits in diesem Zeitpunkt die chronische Schmerzstörung deutlicher vorgelegen sei als eine depressive Symptomatik und retrospektiv somit mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Depression vorgelegen sei. Aktuell könne anhand der geltenden Kriterien eine Depression ausgeschlossen und die Diagnose eines dysthymen Zustands formuliert werden. Ebenso könne keine somatoforme Störung objektiviert werden, so dass bei Vorliegen von somatischen Diagnosen diese mitberücksichtigt werden müssten. Differentialdiagnostisch sei eine Abgrenzung durch die somatische Untersuchung erfolgt. Gestützt auf deren Ergebnisse sei die Diagnose eines Wide Spread Pain-Syndroms respektive einer Fibromyalgie zu stellen. Die meisten Muskel-

und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zugeordnet werden, sondern seien im Rahmen der Fibromyalgie zu werten. Die Beschwerdeführerin weise ein ausgeprägtes Fibromyalgie-Syndrom auf. Ausserdem bestehe eine Fingergelenkspolyarthrose mit Heberdenarthrosen und somit der distalen Interphalangealgelenke. Es handle sich um eine fortschreitende Erkrankung degenerativer Natur mit teilweise entzündlichen Schüben, was auch radiologisch dokumentiert sei. In der radiologischen Kontrolle vom 6. Juli 2020 sei ein Status idem zu den Vorbefunden von 2017 dokumentiert worden. Es bestehe eine fortgeschrittene Fingergelenkspolyarthrose der distalen Interphalangealgelenke und somit eine Einschränkung der Belastbarkeit, insbesondere für feinmotorische Tätigkeiten. Die Arthrosen zeigten sich als nicht aktiviert und es bestünden deutliche Überlagerungen durch die angegebenen subjektiven Funktionseinschränkungen, welche als solche nicht objektivierbar seien und interpretiert würden im Rahmen der Fibromyalgie-Symptomatik mit erhöhtem Schmerzempfinden und deutlichem Schonverhalten.

9.4.3 Die funktionellen Auswirkungen der Befunde werden im Gesamtgutachten wie folgt beschrieben: In der psychiatrischen Beurteilung sei am ehesten eine somatische Erkrankung als mögliche Ursache der Beschwerden vermutet worden. Nach Ausschluss einer solchen könnten die Beschwerden gut im Rahmen der chronischen Schmerzerkrankung und der Fibromyalgie interpretiert werden. Die rein somatischen Veränderungen könnten das subjektive Schmerzbild und das Schmerzerleben nicht erklären. Die morphologischen und strukturellen Veränderungen im Bereiche des Bewegungsapparates qualifizierten nicht für eine organspezifische und konklusive Beschwerdekongstellatation, die in den Untersuchungen durch spezifische Provokation und Funktionstestungen zugeordnet werden könne. Somit könne die Diagnose der chronifizierten Schmerzerkrankung gestellt werden. Die einzig relevante Funktionsstörung aufgrund von degenerativen und somit morphologischen Veränderungen an Gelenken ergebe sich im Bereich der distalen Fingergelenkspolyarthrose mit Einschränkung der Beweglichkeit. Jedoch seien auch diese Schmerzen im Kontext der Fibromyalgie-Symptomatik zu interpretieren. Die übrigen Diagnosen hätten keinen relevanten Einfluss auf eine der Schmerzsituation adaptierte Belastbarkeit. Die früheren Diagnosen der rheumatischen Beschwerden, der myotendinotischen Beschwerden, des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms, der Cervicobrachialgie sowie des cervicocephalen Schmerzsyndroms seien ebenfalls im Kontext der Fibromyalgie zu interpretieren und hätten keine klar eigenständige signifikante Pathologie, welche das Ausmass der subjektiven Funktionseinschränkungen begründen könnte.

9.4.4 Die Haupteinschränkungen aus psychiatrischer Sicht ergäben sich durch die Somatisierung und Selbstlimitierung aufgrund der subjektiv einschränkenden Schmerzsymptomatik, einer zunehmenden Passivität und somit auch langjähriger Dekonditionierung. Hinzu komme die Erschöpfung. Keine Einschränkungen ergäben sich im Bereich des Bewusstseins. Einschränkungen im zwischenmenschlichen Verhalten liessen sich nicht nachweisen.

9.5 Zum Verlauf äussern sich die Experten wie folgt (Gutachten S. 26): Es bestehe ein zunehmendes generalisiertes Schmerzproblem ohne somatisch erklärbare Korrelation und Ursache. Aus somatischer Sicht ergäben sich im Vergleich zu 2013 keine wesentlichen Veränderungen aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik. Eine leichte Zunahme der Fingergelenkspolyarthrosen sei gegeben, diese sei jedoch wenig relevant für eine adaptierte Tätigkeit. Die Fibromyalgie-Symptomatik senke aber die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen sowie durch eine Selbstlimitierung und ein Schonverhalten aktuell um ca. 30 %. Dies sei begründet durch erhöhten Pausenbedarf und

das Vermeiden von schweren Tätigkeiten. Da, wie ausgeführt, keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation vorliege, dürfte die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30 % bereits seit 2013 bestehen. Aus psychiatrischer Sicht könne gesagt werden, dass der Gesundheitszustand einem wechselnden Verlauf unterworfen sei. Die Gutachter gingen davon aus, dass die Angaben des Gutachtens B.____ aus dem Jahre 2013 durchaus zutreffend seien, ab Neuanmeldung vom 13. November 2015 indes ein Zustand eingetreten sei, wie er in dem Gutachten H.____ im Jahr 2016 beschrieben werde, also von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen sei. Für das Jahr 2017 sei eher eine leicht- bis mittelgradige Störung anzunehmen, und ab dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls eine leichte depressive Störung ausmachen. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit werde auf Ziffer 8.1 f. des psychiatrischen Fachgutachtens verwiesen (vgl. E. II. 9.2.2 hiervor am Ende).

E. 4

4.1 Mit Zuschrift vom 25. April 2017 lässt die Beschwerdeführerin beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde gegen die Verfügung vom 7. März 2017 erheben (A.S. 7 ff.). Sie stellt die folgenden Rechtsbegehren:

1. Es sei die Verfügung vom 7. März 2017 aufzuheben und der Beschwerdeführerin eine angemessene IV-Rente zuzusprechen.
2. Unter o/e Kostenfolge.

4.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 26. Juni 2017 auf eine Stellungnahme und schliesst auf Abweisung der Beschwerde (A.S. 24.).

4.3 Mit Schreiben vom 12. Juli 2017 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 26 f.).

E. 5

5.1 Mit prozessleitender Verfügung vom 25. Juli 2018 wird den Parteien mitgeteilt, es werde beabsichtigt, ein bidisziplinäres (rheumatologisch und psychiatrisch) Gerichtsgutachten einzuholen. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung die Begutachtungsstelle K.____ zu beauftragen. Nachdem die Parteien keine Einwände erhoben haben (vgl. A.S.34 f.), wird der Auftrag für das Gerichtsgutachten am 20. September 2018 erteilt (vgl. A.S. 39 ff.).

5.2 In der Folge kommt es mehrfach zu massiven Verzögerungen (vgl. A.S. 44 ff.). Nachdem das Gericht den Entzug des Auftrags angedroht hat (A.S. 57 f.), wird das Gutachten schliesslich am 2. Oktober 2020 abgeliefert (A.S. 59 ff.).

5.3 Die Beschwerdeführerin lässt am 12. Januar 2021 eine Stellungnahme zum Gutachten einreichen (A.S. 180 ff.). Gleichzeitig gibt sie die Schreiben des behandelnden Psychiaters Dr. med. L.____ vom 10. November 2020 (Urkunde 5 der Beschwerdeführerin) und der Rheumatologin Dr. med. M.____ vom 21. Dezember 2020 (Urkunde 4 der Beschwerdeführerin) zu den Akten. Die Beschwerdegegnerin verzichtet auf eine Stellungnahme.

5.4 Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 29. Januar 2021 eine ergänzende Kostennote für den Zeitraum ab August 2018 ein (A.S. 193 f.).

6. Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

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

1.2 Streitig und zu prüfen ist der mit Neuanmeldung vom 13. November 2015 geltend gemachte Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente der Beschwerdegegnerin. Die gerichtliche Beurteilung beschränkt sich grundsätzlich auf den Sachverhalt, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2.

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

2.3 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).

3.

3.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG 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 Gesundheitszustands 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). Demgegenüber ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im

Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts im revisionsrechtlichen Kontext unbeachtlich (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f. mit Hinweisen). Weder eine im Vergleich zu früheren ärztlichen Einschätzungen ungleich attestierte Arbeitsunfähigkeit noch eine unterschiedliche diagnostische Einordnung des geltend gemachten Leidens genügt somit per se, um auf einen verbesserten oder verschlechterten Gesundheitszustand zu schliessen; notwendig ist in diesem Zusammenhang vielmehr eine veränderte Befundlage (Urteil des Bundesgerichts 9C_541/2020 vom 1. März 2021 E. 2.1 mit Hinweisen).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er ■ analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG ■ abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung respektive der neuen Verfügung (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_683/2013 vom 2. April 2014 E. 3.1) mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2).

4.

4.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Sozialversicherungsgericht 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 er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, ist in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

4.5 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).

4.6 In Revisionsfällen ist zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.3 mit Hinweis auf SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2; Andreas Traub, Neues aus den sozialrechtlichen

Abteilungen des Bundesgerichts, Zum Beweiswert medizinischer Gutachten im Zusammenhang mit der Rentenrevision, SZS 2012 S. 183 ff.).

5. Zu beurteilen ist der Rentenanspruch, der mit der Neuanmeldung vom 13. November 2015 (IV-Nr. 57) geltend gemacht wurde. Die Beschwerdegegnerin führt in ihrer Verfügung vom 7. März 2017 aus, das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____, vom 23. August 2016 (IV-Nr. 70.1) gelange zwar zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit als das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43), welches der Verfügung vom 17. Oktober 2013 zugrunde gelegen hatte. Diese Differenz gehe jedoch nicht auf eine Veränderung der relevanten Umstände zurück, sondern entspreche einer abweichenden Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Die Beschwerdeführerin vertritt demgegenüber den Standpunkt, durch das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ sei eine erhebliche Veränderung mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Es sei daher auf die in diesem Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Diese begründe einen Rentenanspruch. Eventualiter werde, falls dem Gutachten die erforderliche Beweiskraft nicht beigemessen werden könne, eine neuerliche Begutachtung beantragt.

6. Bei Erlass der anspruchsverneinenden Verfügung vom 17. Oktober 2013 (AK-Nr. 52) stützte sich die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht auf das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43 S. 2 ff.). Dieses enthält zusammengefasst die folgende Beurteilung:

6.1 Der allgemeininternistische Teilgutachter Dr. med. N.____ führte aus, die Beschwerdeführerin gebe an, sie leide seit einem Verhebetauma bei der Arbeit im Jahr 2003 an chronischen Rückenschmerzen und an Schulterschmerzen beidseits, rund um die Uhr, von wechselnder Intensität. Nur nach der Einnahme von Schmerzmitteln gehe es kurzfristig etwas besser. Seit etwa eineinhalb Jahren hätten die Schmerzen zugenommen, mittlerweile leide sie an chronischen Schmerzen am ganzen Körper. Andere Beschwerden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien auch auf Nachfrage hin nicht angegeben worden. Seit dem 15. Juli 2003 sei die Beschwerdeführerin durch ihren Hausarzt zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Seither gehe sie keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Sie lebe zusammen mit ihrem Ehemann, den beiden Kindern sowie dem Sohn des Ehemanns aus erster Ehe und dessen Ehefrau in einer 4 ½-Zimmerwohnung. Der Haushalt werde von der Schwiegertochter erledigt. Die Beschwerdeführerin verbringe den Tag mehrheitlich zu Hause, wo sie in der Regel liege und sonst nichts tue. Gelegentlich gehe sie kurz spazieren. Als allgemeininternistische Diagnose sei eine substituierte Hypothyreose bei Status nach Hashimoto Thyreoiditis (ICD-10 E06.3) zu nennen. Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit liessen sich ■ wie bereits anlässlich der Begutachtung im Jahr 2007 ■ nicht feststellen.

6.2 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. O.____ untersuchte die Beschwerdeführerin am 17. April 2013. Er hielt fest, die Beschwerdeführerin sei gemäss ihren Angaben mit einem Bruder und zwei Schwestern in einem Dorf im Kosovo aufgewachsen. Der Vater habe als Maurer gearbeitet. Er sei 2005 gestorben, die Mutter 2003. Die Beschwerdeführerin habe während acht Jahren die Schulen besucht und anschliessend während 15 Jahren in der Küche einer Fabrik gearbeitet. Nach ihrer Heirat sei sie 1998 in die Schweiz eingereist. Hier habe sie von 2001 bis 2003 mit einem Pensum von 100 % in einer Kunststofffabrik gearbeitet. Bei der Arbeit habe sie keine Probleme gehabt.

Seit dem Verhebetrauma im Jahr 2003 habe sie nicht mehr gearbeitet. Sie gehe meistens um 23 Uhr ins Bett und stehe um 6 Uhr auf. Sie könne selten durchschlafen, erwache gelegentlich in der Nacht, schlafe dann wieder ein. Am Morgen falle es ihr nicht schwer aufzustehen. Die meiste Zeit des Tages verbringe sie in der Wohnung. Der Haushalt werde von der Schwiegertochter geführt. Aufgrund ihrer Schmerzen könne sie im Haushalt kaum mithelfen. Gelegentlich gehe sie mit der Schwiegertochter und den Kindern einkaufen. Die Beschwerdeführerin sitze oder liege die meiste Zeit des Tages herum, sehe fern und unterhalte sich mit der Familie. Gegen Abend mache sie meistens einen Spaziergang mit ihren Kindern oder der Schwiegertochter. Abends sei sie meistens zu Hause und sehe fern. An den Wochenenden mache sie Spaziergänge mit der Familie. Regelmässig habe sie Besuch von ihrer in [...] lebenden Schwester. Einmal im Jahr reise sie in ihre Heimat (letztmals während vier Wochen im Sommer 2012). Aufgrund ihrer Rückenschmerzen könne sie nicht mit dem Auto in die Heimat fahren, sie sei geflogen. Zu den Befunden führt der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin zeige ein demonstratives Schmerzverhalten. Während der Untersuchung sei sie aber ruhig und entspannt auf ihrem Stuhl gesessen, habe nie Zeichen von Schmerzwahrnehmung gezeigt. Sie habe über ihre Schmerzen geklagt, ansonsten habe sie keine körperlichen oder psychischen Beschwerden geltend gemacht. Die Stimmung sei leicht herabgesetzt, nicht depressiv, gewesen. Die Psychomotorik sei lebhaft. Antriebsstörungen hätten sich nicht gefunden. Die Beschwerdeführerin habe einen guten affektiven Kontakt zum Dolmetscher und zum Untersucher aufgenommen und sich differenziert ausgedrückt. Die im Rahmen der Untersuchung gemachten Beobachtungen und Feststellungen hätten auf durchschnittliche Intelligenzleistungen hingewiesen. Die Beschwerdeführerin habe einen wachen Eindruck gemacht, sei bewusstseinsklar gewesen. Während der ganzen Untersuchung habe sie nie Zeichen von Konzentrationsschwäche gezeigt. Sie habe gut auf die gestellten Fragen eingehen können. Die Merkfähigkeit und die Gedächtnisleistungen der Beschwerdeführerin seien intakt, ihre Ausführungen anschaulich gewesen.

In der Beurteilung legte Dr. med. O. ___ dar, auf dem Hintergrund vorbestehender psychosozialer Belastungen sei die psychische Überlagerung der geklagten Beschwerden zu sehen. Es könne eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden, da das Ausmass der geklagten Beschwerden und die subjektive Überzeugung der Beschwerdeführerin, nicht arbeiten zu können, durch die somatischen Befunde nicht objektiviert werden könne. Eine weitere psychiatrische Diagnose könne nicht gestellt werden. Die Beschwerdeführerin befinde sich nicht in psychiatrischer Behandlung und werde auch nicht psychopharmakologisch behandelt. Bei der psychiatrischen Untersuchung habe sie einen entspannten Eindruck gemacht, die Stimmung sei leicht herabgesetzt, nicht depressiv gewesen. Die Beschwerdeführerin sehe einzig in ihren Schmerzen den Grund dafür, nicht arbeiten zu können.

6.3 Die rheumatologische Teilgutachterin Dr. med. P. ___ hielt fest, nach Angaben der Beschwerdeführerin bestünden Schmerzen am ganzen Körper mit besonderer Betonung im Zervikalbereich mit Ausstrahlung in den Kopf und Kopfschmerzen sowie Ausstrahlungen in beide Arme und im Lumbalbereich mit Ausstrahlung in beide Beine. Zusätzlich bereiteten vor allem der rechte Ellenbogen und die Fingerendgelenke Schmerzen. Gehen und Sitzen könne die Beschwerdeführerin maximal eine halbe Stunde am Stück, dann komme es zu vermehrten Schmerzen im Lumbalbereich. Als rheumatologische Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden ein chronisches zervikospodyloenes

Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1; klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik, radiologisch Spondylosis deformans C5/6), Heberden-Arthrosen Dig II bis V beidseits (ICD-10 M15.1) sowie eine Epicondylitis humeri radialis beidseits rechtsbetont (ICD-10 M77.1; Widerstandstests positiv). Darüber hinaus bestehe seit etlichen Jahren ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei myostatischer Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Klinische Hinweiszeichen für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik fänden sich nicht. Dies korreliere gut mit dem Befund der Kernspintomographien von Februar und September 2003, bei denen keine Diskushernie habe nachgewiesen werden können. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung demonstriere die Beschwerdeführerin eine in sämtlichen Ebenen schmerzbedingt eingeschränkte LWS-Beweglichkeit, die sich in dieser Form bei unbewussten Bewegungen nicht finde. Hierbei lasse sich eine unauffällige, altersentsprechende LWS-Beweglichkeit beobachten. Dies korreliere gut mit dem Befund der aktuellen Röntgenaufnahmen der LWS, auf denen sich ein unauffälliger, altersentsprechender Befund zeige. Zusätzlich bestehe ebenfalls seit etlichen Jahren ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom mit Ganzkörperschmerzen und vegetativer Begleitsymptomatik. Hinweiszeichen auf ein entzündlich rheumatisches Geschehen fänden sich weder klinisch, labortechnisch noch radiologisch. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung seien sämtliche Fibromyalgie-typischen Tenderpoints druckschmerzhaft. Es fänden sich jedoch auch Druckdolenzen an willkürlich gewählten Muskel- und Sehnenansätzen und Nervenverläufen, so dass gemäss ACR-Kriterien keine Fibromyalgie, sondern ein generalisiertes multilokuläres Syndrom vorliege. Zusammengefasst finde sich für die von der Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungsapparates her angegebenen Schmerzen und Funktionseinschränkungen nur im Zervikalbereich und im Bereich der Ellenbogen und Hände beidseits ein entsprechendes morphologisches Korrelat. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig für leichte, wechselbelastende Tätigkeiten ohne Einnahme von wirbelsäulenbelastenden Zwangshaltungen, ohne Tätigkeiten über Kopf, ohne monotone, häufig wiederkehrende Bewegungsabläufe, z.B. Fein- und Sortierarbeiten, ohne diadochokinetische Bewegungsmuster, ohne die Notwendigkeit des kraftvollen Zupackens sowie ohne Tätigkeiten unter Kälte, Nässe und Zuglufteinfluss. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einer Kunststofffabrik, bei der es sich nach Angaben der Beschwerdeführerin um eine mittelschwere, überwiegend stehende Tätigkeit gehandelt habe, gehe über das zumutbare Leistungsprofil hinaus und sei der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Seit der gutachterlichen Untersuchung in der Begutachtungsstelle B.____ im Februar 2007 sei es zu einer objektivierbaren Verschlechterung sowohl im Zervikalbereich als auch im Bereich der Hände mit Nachweis von degenerativen Veränderungen gekommen. Durch den Rheumatologen Dr. med. C.____ seien im Oktober 2012 erstmals Fingerpolyarthrosen festgestellt worden. Ab diesem Zeitpunkt seien der Beschwerdeführerin mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Es gebe aus Sicht des Bewegungsapparates keine Hinweise dafür, dass die Arbeitsfähigkeit für leichte, adaptierte Tätigkeiten seit der letzten gutachterlichen Untersuchung im Februar 2007 längerfristig relevant eingeschränkt gewesen sei.

7. Über die weitere Entwicklung bis zur Verfügung vom 7. März 2017 lässt sich den Akten insbesondere Folgendes entnehmen:

7.1 Der Psychiater Dr. med. G.____ berichtete der Beschwerdegegnerin am 5. Januar 2016 (IV-Nr. 62), er behandle die Beschwerdeführerin seit dem 21. Oktober 2013. Zu diagnostizieren seien eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.11) und eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4). Aufgrund der seit Jahren anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und Schmerzsymptomatik, welche trotz vieler Hospitalisationen und medikamentöser Behandlungen mit keinem erwünschten Erfolg habe beeinflusst werden können, habe die Beschwerdeführerin eine depressive Erkrankung entwickelt, die seit Oktober 2013 mittels Psychotherapie und verschiedenster Antidepressiva behandelt werde. Aufgrund der Chronifizierung der depressiven Symptomatik sowie der langjährig bestehenden anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und der beidseitigen Fingerpolyarthrose könne weder die bisherige Tätigkeit noch eine andere leichte bis mittelgradige Tätigkeit ausgeführt werden.

7.2 Dr. med. F.____ nennt in seinem Bericht vom 18. Januar 2016 (IV-Nr. 63) als Diagnosen insbesondere ein chronisches Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren, bestehend seit 2003, sowie eine «chron. mittelschwere depressive Episode», bestehend seit 2004. Seit dem Bericht von 2006 sei eine weitere Chronifizierung der Schmerzerkrankung im gesamten Bereich des Bewegungsapparates eingetreten. Es bestehe eine ausgeprägte Therapieresistenz. Seit 2014 bestünden progrediente Polyarthrosen, vor allem an den Fingern.

7.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 23. August 2016 (IV-Nr. 70.1) basiert auf den Vorakten und auf eigenen spezialärztlichen Untersuchungen, welche in der Zeit vom 6. bis 9. Juni 2016 stattfanden.

7.3.1 Dr. med. Q.____, Facharzt für Innere Medizin, der die allgemeinmedizinische und internistische Begutachtung durchführte, hielt in seiner Beurteilung fest, die Schilddrüsenunterfunktion werde mit dem Schilddrüsenhormon nur ungenügend substituiert. Das Hormon müsse höher dosiert werden. Der Diabetes mellitus sei manifest und primär diätetisch anzugehen. Ausserdem bestehe gemäss Berichten eine Steatosis hepatis (Fettleber). Die diesbezügliche Therapie sei nicht adäquat. Weiter bestehe an verschiedenen Stellen ein als Ausgestaltungs- und Dramatisierungstendenz anmutendes Verhalten der Beschwerdeführerin, welches zumindest zum Teil bewusstseinsnah ablaufe. Aus den internmedizinischen Diagnosen ergebe sich keine Funktionsstörung, welche zu einer Arbeitsunfähigkeit führen würde.

7.3.2 Der rheumatologische Teil des Gutachtens, verfasst von Dr. med. R.____, Facharzt für Rheumatologie, nannte als relevante Diagnosen ein ausgedehntes Schmerzsyndrom (zervikal und lumbal betontes panvertebrales Syndrom; muskuläre Dysbalance des Schultergürtels; Fehlf orm der Wirbelsäule mit Hyperkyphose der BWS und Hyperlordose der LWS, langgezogene linkskonvexe Skoliose, degenerative Veränderungen, Haltungsinsuffizienz, Brachialgie beidseits, diffuse Beinschmerzen beidseits linksbetont, weichteilrheumatische Beschwerden [Schulter-, Ellbogen-, Hüft-, Knie- und Fussbereich beidseits]) sowie eine ausgeprägte Finger-Polyarthrose beidseits. In der Beurteilung wurde erklärt, es bestünden degenerative Veränderungen an der HWS und LWS. Radikuläre Reiz- oder Ausfallphänomene fehlten. Die Beschwerdeführerin berichte über anhaltende Schmerzen am Achsenskelett. Es bestehe eine ausgeprägte Fingerpolyarthrose beidseits. Radiologisch finde sich am DIP-Gelenk Zeigefinger rechts und am DIP-Gelenk Mittelfinger links eine erosive Arthrose. Daraus ergäben sich als Funktionsstörungen eine

verminderte Belastbarkeit der Wirbelsäule, eine Verminderung von Feinmotorik, Kraft und Belastbarkeit der Hände sowie ein Faustschlussdefizit beidseits.

7.3.3 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. S.____ gab den von der Beschwerdeführerin geschilderten Tagesablauf wie folgt wieder: Sie stehe zwischen 6 und 7 Uhr auf, widme sich dann der Körperpflege, trinke einen Kaffee und nehme die verordneten Medikamente ein. Danach versuche sie, Haushaltarbeiten zu erledigen, was ihr wegen ihrer ständigen Schmerzen nur selten gelinge. Sie lege sich dann wieder hin. Um 12 Uhr esse sie das von der Schwiegertochter zubereitete Mittagessen. Am Nachmittag unternehme sie bei schönem Wetter mit dem Ehemann (geboren 1949, AHV-Rentner) einen kleinen Spaziergang. Ansonsten tue sie ausser Liegen und Sitzen nichts. Das ebenfalls von der Schwiegertochter zubereitete Abendessen werde um 19 Uhr eingenommen. Danach liege und sitze sie herum. Zwischen 23 und 24 Uhr lege sie sich schlafen. Aussenkontakte pflege sie keine mehr. Früher habe sie einige Freundinnen gehabt, wolle diese jedoch nicht mit ihren gesundheitlichen Problemen belasten. Sie möge nicht einmal mehr mit ihren Familienangehörigen sprechen, da sie wahrgenommen habe, dass sie diese bloss aufrege, wenn sie über ihre gesundheitlichen Probleme rede. Einmal pro Monat suche sie wegen ihrer Gelenkbeschwerden Dr. med. T.____, D.____, auf. Zu ihrem Psychiater Dr. med. G.____ gehe sie zweimal pro Monat, es fänden jeweils einstündige therapeutische Gespräche statt. Die letzten Ferien habe sie im Sommer 2015 in ihrer Heimat verbracht. Sie sei mit dem Flugzeug dorthin gereist.

Zu den Befunden führte Dr. med. S.____ aus, die Beschwerdeführerin zeige eine intakte Wahrnehmung und eine zeitweise verlangsamte Auffassung. Klinisch geprüft lasse sich keine Störung des Gedächtnisses eruieren. Die Beschwerdeführerin vermöge der Unterredung mit konstanter Aufmerksamkeit und wechselnder Konzentration zu folgen. Ihre Überlegungen und Äusserungen liessen an intellektuelle Fähigkeiten im unteren Normbereich bei sehr einfach strukturierter Persönlichkeit denken. Bezüglich Motorik finde sich eine verarmte Mimik und Gestik. Die Sprechweise imponiere als wenig moduliert. Die Beschwerdeführerin hinterlasse einen passiv abwartenden, antriebsarmen Eindruck. Die emotionale Modulationsfähigkeit erweise sich als deutlich eingeschränkt. Auch sei die Beschwerdeführerin auf emotionale Inhalte kaum ansprechbar. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gesperrt noch zerfahren, jedoch verlangsamt und auf die gesundheitlichen Probleme eingengt. Die Beschwerdeschilderung imponiere als klagsam, es fänden sich jedoch keine Hinweise auf bewusste Aggravation oder Simulation. Gewisse Verdeutlichungstendenzen und Selbstlimitierungstendenzen seien jedoch nicht zu übersehen. In der Hamilton-Depressionsskala (21 Items) habe die Beschwerdeführerin eine Gesamtpunktzahl von 24 erreicht, was einer mittelschweren depressiven Episode entspreche. Zu diagnostizieren sei eine depressive Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen (ICD-10 F32.11), als Differentialdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4), weiter eine einfach strukturierte Persönlichkeit mit intellektuellen Fähigkeiten im unteren Normbereich.

In der Beurteilung hielt der psychiatrische Gutachter fest, in der aktuellen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik gezeigt, mit Ein- und Durchschlafstörungen, Todeswünschen, Antriebslosigkeit, Reizbarkeit, Anhedonie, Inappetenz, erhöhter Ermüdbarkeit und fehlender Libido. Daneben habe sie über Grübelzwänge und rasche Erschöpfbarkeit geklagt. Diagnostisch sei von einer depressiven

Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen, auszugehen. Differenzialdiagnostisch sei auch eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung zu erwägen. Da jedoch gleichzeitig eine affektive Störung vorliege, dürfte diese Diagnose eher nicht zutreffen. Als resultierende Funktionsstörungen nach den Mini-ICF-APP-Kriterien nennt Dr. med. S. ___ mittelgradige Beeinträchtigungen bei der Anpassung an Regeln und Routinen, der Planung und Strukturierung von Aufgaben, der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie der Anwendung fachlicher Kompetenzen. Schwer beeinträchtigt seien die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit. Familiäre bzw. intime Beziehungen seien zumindest mittelgradig eingeschränkt. Im gleichen Ausmass seien die Spontanaktivitäten beeinträchtigt. Verkehrsfähigkeit und Selbstpflege seien erhalten. An individuellen Belastungsfaktoren sei ein weitgehender sozialer Rückzug zu verzeichnen. Die Beschwerdeführerin zeige nur eine geringe Introspektionsfähigkeit und führe daher ihre aktuellen Beschwerden ausschliesslich auf das Verhebetauma von 2003 zurück. Als belastender Faktor sei das Verhalten des Ehemanns zu werten, der offenbar nur wenig Verständnis für die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aufzubringen vermöge. Eigentliche Inkonsistenzen hätten sich bei der aktuellen Untersuchung nicht ausmachen lassen. Die Beschwerdeführerin habe zwar ihre Beschwerden sehr eindringlich, im Sinne einer Verdeutlichung, geschildert. Diese Aggravationstendenzen seien aber als normale Abweichung bei langen Krankheitsverläufen zu werten.

7.3.4 Aus polydisziplinärer Sicht stellten die Gutachter die durch den Rheumatologen Dr. med. R. ___ genannten Diagnosen eines ausgedehnten Schmerzsyndroms und einer ausgeprägten Finger-Polyarthrose beidseits (vgl. E. II. 7.3.2 hiervor) sowie die vom Psychiater Dr. med. S. ___ erwähnte Diagnose einer depressiven Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen. Als weitere Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) wurden aufgeführt eine Hypothyreose bei Status nach Hashimoto-Thyreoiditis im Mai 2005 (ungenügende Substitution), eine Adipositas, ein Diabetes mellitus Typ 2, eine Obstipation bei Opiateinnahme, eine Steatosis hepatis (gemäss Akten) sowie eine einfach strukturierte Persönlichkeit mit intellektuellen Fähigkeiten im unteren Normbereich.

Im Bereich des Bewegungsapparates berichte die Beschwerdeführerin über anhaltende, stark ausgeprägte Nacken- und Kopfschmerzen sowie über anhaltende Schmerzen im Brustwirbelsäulen- und lumbalen Wirbelsäulenabschnitt. Weiter würden Schmerzausstrahlungen in die Arme beidseits und in die Beine beidseits angegeben. Im Vordergrund würden Schmerzen an den Fingergelenken genannt. In der klinischen Untersuchung finde man am Achsenskelett eine Fehlform mit Hyperkyphose der BWS und Hyperlordose der LWS, es bestehe eine Haltungsinsuffizienz. Die Beweglichkeit der verschiedenen Wirbelsäulenabschnitte sei vermindert. Radikuläre Reiz- oder Ausfallphänomene fehlten. Die Arm- und Beinmuskulatur sei diffus druckdolent. Im Bereich der Hände finde man beidseits das Bild einer ausgeprägten Finger-Polyarthrose, vor allem der Fingerendgelenke von Zeige- und Mittelfinger beidseits. Die Kraftentfaltung sei minimal, zudem bestehe ein Faustschlussdefizit aller Finger. In den neu erstellten bildgebenden Untersuchungen mit Röntgen der LWS in zwei Ebenen und Hände beidseits erkenne man degenerative Veränderungen im lumbalen Abschnitt mit Vorliegen von Spondylosen, Spondylarthrosen im unteren LWS-Abschnitt bei erhaltenen SIG-Gelenken

und erhaltenen Hüftgelenken. An den Händen bestehe beidseits eine fortgeschrittene, teilweise mutilierende Heberden-Arthrose des Mittelfingers links und des Zeigefingers rechts, weitere degenerative Veränderungen lägen in den übrigen Fingerendgelenken vor und etwas weniger ausgeprägt in den Fingermittelgelenken beidseits. Im Fachgebiet der Psychiatrie habe die Beschwerdeführerin eine depressive Symptomatik mit Anhedonie, Schlafstörungen und Antriebslosigkeit gezeigt. Weiter sei aufgefallen, dass sie auf emotionale Inhalte kaum ansprechbar gewesen sei. Sie habe zudem über Grübelzwänge berichtet.

Zur Arbeitsfähigkeit legen die Gutachter dar, die angestammte Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einem Plastikherstellungsbetrieb sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, zumal diese Tätigkeit auch das Anheben schwerer Lasten beinhalte. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit im aktuellen Ausmass falle mit dem Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ von Mitte April 2013 zusammen. Seither habe das Ausmass der Finger-Polyarthrosen leicht zugenommen. Auch scheine sich der psychische Zustand seit der erwähnten früheren Begutachtung verschlechtert zu haben. In körperlich weder schweren noch mittelschweren Tätigkeiten ohne besondere Ansprüche an die Feinmotorik bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Seit wann diese Arbeitsunfähigkeit bestehe, lasse sich aus den Akten und den Angaben der Beschwerdeführerin nicht eindeutig rekonstruieren. Ausschlaggebend für die Verschlechterung sei die Zunahme der teilweise destruirenden Finger-Polyarthrosen und zudem die Verschlechterung des psychischen Zustandes. In den Akten fänden sich keine diskrepanten medizinischen Beurteilungen. Im Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ sei von höheren Arbeitsfähigkeiten ausgegangen worden. Seither scheine eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus rheumatologischer und psychiatrischer Sicht eingetreten zu sein.

8. Umstritten ist das Verhältnis zwischen den beiden Gutachten. Die Beschwerdegegnerin geht davon aus, die Ergebnisse der Begutachtungsstelle H.____ im Gutachten vom 23. August 2016 dokumentierten keine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber der Situation bei Erlass der Verfügung vom 17. Oktober 2013, sondern entsprächen einer abweichenden Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts. Die Beschwerdeführerin stellt sich demgegenüber auf den Standpunkt, ihr Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlechtert.

8.1 Im Oktober 2013 wurde eine Rente verweigert, weil eine leichte, adaptierte Tätigkeit voll zumutbar sei (IV-Nr. 52). Grundlage bildete das Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 43 S. 2 ff.). Dort wurden aus psychiatrischer Sicht eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) diagnostiziert, eine depressive Störung wurde verneint. Aus rheumatologischer Sicht wurden diagnostiziert ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom, Heberden-Arthrosen an den Fingern 2 bis 5 beidseits und eine Epicondylitis humeri radialis beidseits rechtsbetont, alle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als Diagnosen ohne solche Auswirkung nennt das Gutachten ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom und ein generalisiertes multilokuläres Schmerzsyndrom (IV-Nr. 43 S. 16). Das internistische Teilgutachten ergab als relevante Diagnose eine substituierte Hypothyreose. In ihrer Gesamtbeurteilung gelangten die Experten zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht bestehe keine erhebliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus somatischer Sicht bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für schwere und mittelschwere Arbeiten, während die Arbeitsfähigkeit

in Bezug auf adaptierte leichte Arbeiten nicht eingeschränkt sei.

8.2 Im H.____-Gutachten vom 23. August 2016 (IV-Nr. 70.1) werden rheumatologisch ein ausgedehntes Schmerzsyndrom und ausgeprägte Finger-Polyarthrosen beidseits diagnostiziert (S. 30). Der psychiatrische Teilgutachter nennt eine depressive Störung, mittelschwere Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen, und als Differentialdiagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Die Arbeitsunfähigkeit wird in den einzelnen Teilabschnitten (rheumatologisch, psychiatrisch) nicht beziffert. Erst im Gesamtgutachten wird der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % auch in leichten Verweistätigkeiten attestiert (S. 45). Es ist nicht ersichtlich, inwieweit dies somatisch und inwieweit psychiatrisch begründet ist.

Die Gutachter der Begutachtungsstelle H.____ nehmen eine leichte Zunahme der Finger-Polyarthrosen-Problematik an (IV-Nr. 70.1 S. 45). Zur Frage nach einer Veränderung wird aus rheumatologischer Sicht erklärt, das Ausmass der Finger-Polyarthrosen habe leicht zugenommen (S. 45). Es wird aber nicht gesagt, ob und gegebenenfalls wie sich diese leichte Zunahme auf das Zumutbarkeitsprofil auswirkt (schon das Vorgutachten hatte die Finger-Polyarthrosen bzw. Heberden-Arthrosen festgestellt und berücksichtigt; IV-Nr. 43 S. 19). Insoweit bleibt daher vollkommen unklar, ob es sich um eine Veränderung handelt, die «den Rentenanspruch berührt», also geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10). Das Problem besteht auch deshalb, weil das Gutachten gar keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer (oder somatischer) Sicht enthält (IV-Nr. 70.1 S. 32 oben nennt einzig die Funktionsstörungen), sondern einzig eine Gesamtbeurteilung (50 % Arbeitsfähigkeit in einer körperlich leichten Tätigkeiten ohne besondere Ansprüche an die Feinmotorik, IV-Nr. 70.1 S. 45). Eine somatisch begründete Veränderung, welche einen Revisionsgrund bilden würde, kann daher nicht als überwiegend wahrscheinlich gelten.

Der Nachweis (im Sinne einer überwiegenden Wahrscheinlichkeit) für eine anspruchsbeeinflussende Veränderung müsste sich daher aus dem psychiatrischen Teil des Gutachtens ergeben. Diesbezüglich führt das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____, aus, es «scheine» sich der psychische Zustand seit der früheren Begutachtung verschlechtert zu haben (IV-Nr. 70.1 S. 45 und S. 46). Die in der Fragestellung verlangte kritische Würdigung vorhandener Arztberichte (Ziffer 11, S. 46) wird umgangen, indem man sagt, es gebe keine diskrepanten medizinischen Beurteilungen und es «scheine» seit der ABI-Begutachtung eine Verschlechterung eingetreten zu sein. Damit bleibt in Bezug auf die Diagnosestellung unklar, ob die abweichende Beurteilung nach Ansicht des Gutachters auf eine Veränderung zurückgeht ■ und worin diese besteht ■ oder ob es sich um eine andere Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts handelt. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. S.____ nimmt auch mit keinem Wort auf das Vorgutachten Bezug und äussert sich nicht dazu, ob die damals diagnostizierte, von ihm nun aber verneinte bzw. nur als Differentialdiagnose erwähnte anhaltende somatoforme Schmerzstörung eine Fehldiagnose war. Auch ein Vergleich der erhobenen Befunde ergibt keine Klärung der Frage, ob nun eine Veränderung vorliegt oder nicht. So kann die unterschiedliche Beurteilung der Intelligenz bei der 1963 geborenen Beschwerdeführerin kaum auf eine in der Zwischenzeit eingetretene Entwicklung zurückgehen, während die anderweitige Befunderhebung wegen der grundsätzlich unterschiedlichen Explorationsweise keinen zuverlässigen Vergleich ermöglicht.

8.3 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema ■ erhebliche Änderung(en) des Sachverhalts ■ bezieht (Urteil des Bundesgerichts 8C_959/2012 vom 3. April 2013 E. 2.3 mit Hinweis auf SVR 2012 IV Nr. 18 S. 81, 9C_418/2010 E. 4.2). Dieser Anforderung wird das H.____-Gutachten nicht gerecht. Es kommt hinzu, dass sich auch die nach der neuen Rechtsprechung zu beachtenden Indikatoren aufgrund des Gutachtens nicht hinreichend beurteilen lassen. Das Gericht war daher gehalten, die bestehende Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten zu schliessen.

9. Das Versicherungsgericht erteilte am 20. September 2018 der Begutachtungsstelle K.____, den Auftrag für ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten unter Einbezug der Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie (A.S. 36 ff.). Aus nicht oder nur teilweise bekannten Gründen kam es zu einer enormen Verzögerung. Das Gutachten wurde schliesslich am 2. Oktober 2020, rund zwei Jahre nach Auftragserteilung, erstattet (A.S. 59 ff.). Es basiert auf einer psychiatrischen Exploration durch den Gutachter Dr. med. U.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 20. August 2019 und einer rheumatologischen Untersuchung durch den Gutachter Dr. med. V.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 22. Juli 2020.

9.1 Zu prüfen ist zunächst, ob die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens aus formellen Gründen zu verneinen ist.

9.1.1 Im Verlauf zwischen der Auftragserteilung und der Ablieferung des Gutachtens wurde verschiedentlich deutlich, dass die Begutachtungsstelle organisatorische und administrative Mängel aufwies. Diese führten auch dazu, dass das Gutachten schliesslich erst zwei Jahre nach der Auftragserteilung erstattet wurde. Eine Verzögerung in einer auch nur entfernt vergleichbaren Dimension war zuvor in der Praxis des Versicherungsgerichts nicht vorgekommen. Diese Umstände führen allerdings für sich allein nicht zwingend dazu, dass dem Gutachten die Beweiskraft abzusprechen wäre.

9.1.2 Die Beschwerdeführerin weist in ihrer Stellungnahme vom 12. Januar 2021 darauf hin, dass das Gericht Dr. med. W.____ als psychiatrische Gutachterin bestimmt habe. Die psychiatrische Begutachtung wurde jedoch vollumfänglich (Untersuchung und Abfassung des Gutachtens) durch Dr. med. U.____ durchgeführt. Die durch das Gericht bezeichnete Gutachterin war daran in keiner Weise beteiligt. Die Beschwerdeführerin macht geltend, bereits aus diesem Grund müsse dem Gutachten die Beweiskraft abgesprochen werden.

Bei der Einholung eines Gerichtsgutachtens sind ergänzend zu Art. 61 ATSG die Vorschriften über den Sachverständigenbeweis gemäss Art. 57 ff. des Bundesgesetzes über den Bundeszivilprozess sinngemäss anwendbar (Urteil des Bundesgerichts 8C_834/2013 vom 18. Juli 2014 E. 5 [zur Unfallversicherung]; Erik Furrer, Rechtliche und praktische Aspekte auf dem Weg zum Gerichtsgutachten in der Invalidenversicherung, in: SZS 2019 S. 3 ff., 10 f.). Dies bedeutet insbesondere, dass die Parteien vor der Gutachtenserteilung Gelegenheit erhalten, sich zu den Fragen, die den Experten unterbreitet werden, und zur Person der Gutachterinnen und Gutachter zu äussern. Dieser letztere Aspekt soll namentlich gewährleisten, dass die Partei in die Lage versetzt wird, Ausstandsgründe oder sonstige Einwände gegen die begutachtende Person vorzubringen, bevor die Untersuchung

stattfindet.

In der Verfügung vom 25. Juli 2018 wurde den Parteien mitgeteilt, als psychiatrische Gutachterin sei Dr. med. W.____ vorgesehen (A.S. 30). Mit Verfügung vom 20. September 2018 wurde diese Ärztin zusammen mit dem rheumatologischen Teilgutachter Dr. med. V.____ beauftragt, dem Versicherungsgericht ein bidisziplinäres Gutachten zu erstatten. In der Folge verzögerte sich die Begutachtung erheblich. Am 20. August 2019 wurde die Beschwerdeführerin schliesslich im Rahmen der Begutachtung psychiatrisch untersucht. Die Untersuchung erfolgte jedoch nicht durch die gerichtlich als Gutachterin bestellte Dr. med. W.____, sondern durch Dr. med. U.____, der zuvor nicht in Erscheinung getreten war. Dr. med. U.____ verfasste das psychiatrische Teilgutachten am 25. August 2019.

Wir erwähnt, besteht der Sinn der Regelung, wonach die Parteien vor der Gutachtenserteilung Gelegenheit erhalten, sich zur Person des Gutachters zu äussern, primär darin, dass Ausstandsgründe oder sonstige Einwände (etwa, die vorgesehene Person sei nicht hinreichend qualifiziert oder aus anderen Gründen ungeeignet) frühzeitig geltend gemacht werden können. Den Akten lässt sich entnehmen, dass die Begutachtungsstelle K.____, der Beschwerdeführerin am 31. Juli 2019 das Aufgebot für die psychiatrische Untersuchung vom 20. August 2019 zustellte. In diesem Aufgebot wird auch der Name des Gutachters Dr. med. U.____ erwähnt, ebenso dessen Adresse, welche sich an einem gänzlich anderen Ort ([...]) befindet als der Sitz der Begutachtungsstelle. Im Schreiben wird die Beschwerdeführerin gebeten, den Termin telefonisch zu bestätigen und verschiedene Dokumente sowie Angaben zu liefern, beispielsweise ob der Beizug einer Dolmetscherin gewünscht werde. Offensichtlich hat die Beschwerdeführerin dieses Schreiben erhalten, konnte doch die Untersuchung am 20. August 2019 stattfinden, wobei eine Dolmetscherin beigezogen wurde. Die Beschwerdeführerin hatte somit seit dem Erhalt dieses Schreibens Kenntnis von der Person des Gutachters. In der Eingabe ihres Vertreters vom 12. Januar 2021, S. 2, wird denn auch ausgeführt, aus der Einladung vom 31. Juli 2019 sei auf einmal ersichtlich gewesen, dass die psychiatrische Exploration nicht durch die vorgesehene Gutachterin Dr. med. W.____ erfolgen werde, sondern durch Dr. med. U.____. Ab dem Erhalt dieses Schreibens hatte die Beschwerdeführerin somit Gelegenheit, Einwände gegen diesen neu vorgesehenen Gutachter vorzubringen. Solches erfolgte jedoch nicht. In der Folge wandte sich die Beschwerdeführerin durch ihren Rechtsvertreter am 30. Oktober 2019 per E-Mail an die Begutachtungsstelle mit der Feststellung, die psychiatrische Exploration habe am 20. August 2019 stattgefunden, und wies auf die Dringlichkeit der rheumatologischen Begutachtung hin (Beilage 3 zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 6. November 2019). Dabei erwähnte sie weder Unstimmigkeiten noch erhob sie Einwände gegen die psychiatrische Exploration. Auch gegenüber dem Gericht wurde zu keinem Zeitpunkt geltend gemacht, es bestünden Ablehnungsgründe gegenüber Dr. med. U.____.

Dr. med. U.____ ist dem Gericht aus früheren Verfahren bekannt. Es handelt sich um einen erfahrenen Gutachter, dessen fachliche Qualifikation ausser Zweifel steht. Ausstandsgründe gegen ihn werden nicht vorgebracht und sind auch nicht ersichtlich. Aus Sicht des Gerichts spricht daher nichts dagegen, dass die gerichtlich angeordnete Begutachtung durch ihn vorgenommen wurde, auch wenn dies nicht dem Auftrag entspricht, welcher der Begutachtungsstelle erteilt worden war.

Es kommt hinzu, dass allfällige Einwände gegen die Person des Gutachters zeitlich klar verspätet wären. Nach der Rechtsprechung ist die versicherte Person aufgrund von Treu und Glauben gehalten (vgl. Art. 5 Abs. 3 BV), Ausstandsgründe so früh wie möglich geltend zu

machen. Andernfalls kann sie sich nicht mehr darauf berufen (BGE 143 V 66 E. 4.3 S. 69; vgl. auch das Urteil des Bundesgerichts 8C_137/2019 vom 27. Mai 2019 E. 6.8, das eine in diesem Punkt vergleichbare Konstellation betraf, auch wenn es dort um eine zusätzliche Untersuchung [und nicht um eine «Auswechslung» der vorgesehenen Gutachterin] ging). Hier war der Beschwerdeführerin und ihrem Vertreter seit dem Empfang der Einladung vom 31. Juli 2019 bekannt, dass neu Dr. med. U.____ als Gutachter vorgesehen war. In dieser Konstellation geht es nicht an, den Ausgang des Gutachtens abzuwarten und erst dann, wenn dieses nicht wunschgemäss ausfällt, Einwände gegen den Wechsel und/oder die Person des Gutachters zu erheben.

Zusammenfassend schliesst der Umstand, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht durch die gerichtlich bestellte Gutachterin Dr. med. W.____, sondern durch Dr. med. U.____ verfasst wurde, unter den gegebenen Umständen für sich allein genommen ein Abstellen auf das Gutachten nicht aus.

9.2 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. U.____ datiert vom 25. August 2019 (Gutachten S. 66 ff.; A.S. 131 ff.). Es stützt sich auf die vollständigen Vorakten sowie die anlässlich der Untersuchung vom 20. August 2019 gewonnenen Erkenntnisse. Weiter wurde auch das Ergebnis des Laborbefunds vom 22. August 2019 berücksichtigt. Nach einer kurzen Zusammenfassung der relevanten Vorakten (S. 67 ff.) gibt der Experte die Ergebnisse der Befragung wieder (S. 70 ff.). Es folgt die Beschreibung der Befunde (S. 77 ff.). Auf dieser Basis stellt der Gutachter die Diagnosen, welche er ausführlich herleitet (S. 85 ff.), und nimmt schliesslich die medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung vor (S. 92 ff.). Abschliessend beantwortet er die Fragen des Gerichts (A.S. 162 ff.).

9.2.1 In der Befundbeschreibung bezeichnet der Gutachter die Beschwerdeführerin als freundlich, kooperativ und in der äusseren Erscheinungsform gepflegt. In der Untersuchung zeige sie keine Müdigkeit, sei durchaus auch motiviert. Ein besonderes Stressniveau sei weder im Zusammenhang mit der Anreise noch bei Gesprächsbeginn noch in der Interaktion mit der Dolmetscherin vor oder während der Untersuchung feststellbar. Es bestehe ein depressiver Habitus. Der Status nach ADMP ergab laut dem Gutachten keine Bewusstseinsstörungen und keine Orientierungsstörungen: Die Beschwerdeführerin habe sich in einem wachen, bewussteinklaren, in allen Qualitäten (zeitlich, örtlich, situativ und zur eigenen Person) sicher orientierten Geisteszustand befunden. Aufmerksamkeit und Gedächtnis seien im klinischen Gespräch nicht relevant beeinträchtigt. Es gebe keine Hinweise auf Konfabulation oder Paramnesien. Das Denken sei geordnet, es bestünden keine Störungen im Sinne von gehemmt, verlangsamt, umständlich oder eingeengt. Es bestehe kein Misstrauen, es gebe keine Hinweise auf Hypochondrie oder Phobien mit Krankheitswert. Auch Zwangsgedanken, Zwangsimpulse oder Zwangshandlungen hätten nicht exploriert werden können. Ein Wahnerleben sei nicht nachweisbar und es gebe keinen Hinweis auf Sinnestäuschungen. Was die Affektivität anbelange, bestünden keine Störungen im Sinne von ratlos. In der Untersuchung sei die Beschwerdeführerin allenfalls als leicht affektarm erschienen. Die Beschwerdeführerin erscheine als teilweise, aber sicher nicht durchgehend deprimiert, nicht durchgehend hoffnungslos, nicht ängstlich, nicht euphorisch, streckenweise dysphorisch, nicht gereizt, nicht innerlich unruhig, klagsam, teilweise vorwurfsvoll und nicht jammrig. Was Antrieb und Psychomotorik betreffe, zeigten sich in der Untersuchung keine Störungen im Sinne von antriebsarm, antriebsgesteigert oder motorisch unruhig. Es bestünden keine circadianen Besonderheiten

im Sinne von Morgentief, abends besser oder abends schlechter. In der Untersuchung zeigten sich auch keine Hinweise auf Müdigkeit, es würden jedoch Ein- und Durchschlafstörungen angegeben (begründet mit Schmerzen). Es gebe auch keine sicheren Hinweise auf andere Störungen im Sinne von krankheitsbedingtem sozialem Rückzug oder sozialer Umtriebigkeit oder Aggressivität oder Selbstbeschädigung, ebenso wenig auf Autoaggressionen. Die Beschwerdeführerin erscheine weitgehend normintelligent und in der Persönlichkeit differenziert.

Zur Persönlichkeitsstruktur hält der Gutachter fest, in der klassisch willkürlichen Persönlichkeitsbeschreibung wirke die Probandin durchaus vertrauensvoll, eher einzelgängerisch, leicht minimalistisch wirkend, eher stiernackig als kompromissbereit erscheinend, teilweise aufbrausend (insbesondere bezüglich mancher Ärzte, die sie für ihr Schicksal verantwortlich mache), dabei durchaus energetisch. Gesamthaft bescheiden, höflich, vorsichtig, besorgt, in Teilen immer wieder auch mehr rebellisch als konform wirkend. In der aus der Psychologie stammenden Darstellung der Persönlichkeit in fünf Dimensionen resultiere in der Extraversion der Wert weniger lebhaft, in der Verträglichkeit grundsätzlich freundlich wirkend, in der Gewissenhaftigkeit kein besonderer Wert, im Neurotizismus unter Stress leichter aus dem Gleichgewicht und in der Offenheit für Erfahrungen kein besonderer Wert. Unter dem Aspekt der sogenannten komplexen Ich-Funktionen ergäben sich auf Persönlichkeitsebene keine Störungen in den Bereichen Realitätsprüfung und Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit oder Kontaktgestaltung, Affektsteuerung oder Impulskontrolle, Selbstwertregulation oder Regressionsfähigkeit sowie Intentionalität und Antrieb. Auch fänden sich keine grundsätzlichen Störungen der Abwehrorganisation. Es gebe auf der Persönlichkeitsebene aus psychiatrischer Sicht keine Gründe, die mit einer reduzierten Arbeitsfähigkeit einhergingen.

Anhand der Hamilton Depressionsskala, einer Fremdbeurteilungsskala, gelangte der Gutachter zu einem Wert von 10, am «unteren Rand» des Bereichs einer leichten Depression. Der Gutachter nahm überdies eine Einschätzung mithilfe des Mini-ICF-App-Ratingbogens vor.

9.2.2 Als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt Dr. med. U. ___ eine chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41). Ohne solche Auswirkung bestehe ein Status nach aktenanamnestisch beschriebener depressiver Episode (ICD-10 F32.1), gegenwärtig in wesentlichen Teilen remittiert, allenfalls mit Verbleib einer dysthymen Symptomatik (ICD-10 F34.1).

Zur Herleitung dieser Diagnosen hält der Gutachter fest, in den Akten werde schon ab 2002 wiederholt eine depressive Symptomatik beschrieben. Die aktuelle Symptomatik entspreche sicher nicht dem Zustand einer mittelgradigen depressiven Störung, eher einem dysthymen Zustand oder dem Niveau einer allenfalls leichtgradigen depressiven Störung. Letztlich erlebe die Beschwerdeführerin selbst dies auch so. Sie berichte nicht das Typikum einer depressiven Episode, etwa mit einem bestimmten Anfang und einem bestimmten Ende. Auch der behandelnde Psychiater codiere zwar einerseits eine Episode, andererseits beschreibe er einen jahrelang anhaltenden chronischen Zustand ohne klaren Beginn und ohne Ende. Dies entspreche eher dem Charakter einer dysthymen Störung. Einzelne Phasen der Verschlechterung seien dabei jedoch nicht auszuschließen, auch im Rahmen anderer Belastungen (etwa zunehmende Polyarthrose in den Fingergelenken oder soziale Probleme). Es sei davon auszugehen, dass während der Begutachtungen durch die Begutachtungsstelle B. ___ im Jahr 2013, zuletzt etwa am 29. Mai 2013, kein depressives

Syndrom vorgelegen habe. Gleichzeitig gehe er, Dr. med. U.____, davon aus, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle H.____ vom 23. August 2016 ein solches vorgelegen habe. Es erscheine als am wahrscheinlichsten, dass die damals festgestellte depressive Episode im November 2015, als die erneute Anmeldung erfolgt sei, begonnen habe. Dieses Gesuch sei ja auch mit zunehmender psychischer Beeinträchtigung bzw. Depression begründet worden. Eine andauernde mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom, F32.11 nach ICD-10, andauernd seit 2013, wie sie der behandelnde Psychiater Dr. med. L.____ am 5. Januar 2016 postuliert habe, erscheine nicht als plausibel. Hierbei würde es sich unter naturalistischen Bedingungen um einen ungewöhnlichen Verlauf handeln, es wäre aber auch ein Hinweis auf eine inadäquate Therapie, denn eine so anhaltende depressive Störung bedürfte differenzierter therapeutischer Massnahmen, nicht nur auf pharmakologischem Gebiet (was im vorliegenden Falle sicher nicht ausreichend stattgefunden habe), sondern auch in den Fragen des Settings (teilstationär, vollstationär) oder im Sinne einer ambulanten Unterstützung (z.B. ambulante psychiatrische Spitex). Plausibler erscheine, dass es im Laufe des Jahres 2015 zu einer Verschlechterung gekommen sei, welche zur Antragstellung am 13. November 2015 geführt habe, die durch die Befundung am 5. Januar 2016 durch Dr. med. G.____ bestätigt worden sei und im August 2016 in der Begutachtungsstelle H.____ ebenfalls gesehen worden sei. Im weiteren Verlauf dürfte der depressive Aspekt, so der Gerichtsgutachter weiter, wieder teilremittiert sein und in seiner Symptomlast nachgelassen haben, vielleicht im Sinne eines naturalistischen Verlaufs, vielleicht aufgrund der gegenwärtigen Pharmakotherapie mit Trimipramin 150 mg. Zum jetzigen Zeitpunkt könne sicherlich kein erwerbsrelevanter Befund erhoben werden im Bereich der affektiven Störungen. Da keine differenzierte Aktenlage zur Verfügung stehe bzw. für die letzten Jahre überhaupt keine verwertbaren psychiatrischen Berichte vorlägen und auch die Beschwerdeführerin keine differenzierten anamnestischen Angaben zum Verlauf leisten könne, werde davon ausgegangen, dass es im Laufe der letzten beiden Jahre zu einer Normalisierung gekommen sei und der jetzige Befund spätestens ab dem Jahr 2019 anzunehmen sei. Somit sei ab Antragstellung im November 2015 von einer depressiven Entwicklung zunächst auf mittelgradigem Niveau auszugehen, vom Verlauf her möglicherweise durchaus über 2016 anhaltend, im Jahre 2017 im Bereich einer leicht- bis mittelgradigen Störung, gegenwärtig und seit Jahresanfang wohl kaum das Ausmass einer leichtgradigen Störung überschreitend.

Unter dem Kapitel F4 der ICD-10 werde im Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ von 2013 eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert, aber ohne fachgerechte Begründung. Dasselbe gelte für die Diagnosestellung durch den behandelnden Psychiater Dr. med. L.____ und auch für die Begutachtungsstelle H.____, welche im Jahr 2016 eine somatoforme Schmerzstörung als Differentialdiagnose erwähne. Da von somatisch begründeten Schmerzen auszugehen sei, erscheine die diagnostische Einschätzung als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41) als eindeutig zutreffender. Hier stünden im Vordergrund Schmerzen in mehreren Regionen wie bei der Beschwerdeführerin. Ausgangspunkt seien dafür durchaus körperliche Störungen, wie dies auch bei der Beschwerdeführerin durchaus nachweisbar sei und auch in den entsprechenden Gutachten teilweise diagnostiziert werde. Das Besondere bei diesem Störungsbild sei, dass psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen werde, jedoch nicht eine ursächliche Rolle für deren Beginn. Auf psychiatrischem Gebiet gebe es kein anderes Störungsbild, das der Schmerzsituation der Beschwerdeführerin näherkomme. Der

Gutachter gehe davon aus, dass dieses Störungsbild schon lange, seit ca. 2003, bei der Beschwerdeführerin bestehe. Ihm seien auch Einschränkungen in der Funktions- und Arbeitsfähigkeit zuzuordnen. Auf die Frage nach Therapien führt der Gutachter aus (Gutachten S. 99), bei konsequenter und motivierter Nutzung der zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen könne eine theoretische Erwartung des Erreichens einer etwa 75%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von 9 bis 12 Monaten formuliert werden. Es seien keine medizinischen Gründe (z. B. Kontraindikationen oder ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis oder Risiko der Verschlechterung des Gesundheitszustandes) erkennbar, die gegen die Zumutbarkeit der genannten Therapien und von Eingliederungsmassnahmen sprächen.

Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit hält der Gutachter zunächst fest, es sei generell und namentlich bei psychischen Störungen schwierig, rückwirkend und überdies für einen weit zurückliegenden Zeitraum die Arbeitsfähigkeit zuverlässig zu beurteilen. Entsprechend der Aktenlage werde davon ausgegangen, dass die aktuelle Einschätzung spätestens seit der Wiederanmeldung vom 13. November 2015 zu gelten habe. Dies aufgrund der Verschlechterung der Gesundheit auch auf psychischem Gebiet (bei der Begutachtung im Jahr 2013 sei noch keine psychische Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellbar gewesen). Ab Neuanmeldung am 13. November 2015 sei also von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen, dies wohl auch im Jahr 2016. Für das Jahr 2017 sei eher eine leicht- bis mittelgradige Störung anzunehmen und ab dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls eine leichte depressive Störung ausmachen. Die angestammte Tätigkeit sei nach über 15-jähriger Absenz, vorhandenen körperlichen Einschränkungen und pathologischem Schmerzerleben nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit müsse folgende Merkmale aufweisen: Kein Bedienen gefährlicher Maschinen, keine besonderen Konzentrationsanforderungen, keine besonderen Anforderungen an Teamfähigkeit oder Stresstoleranz, keine besonderen Anforderungen an die Reaktionsfähigkeit, keine störende Lärmbelastung, keine störenden Lichtverhältnisse, Möglichkeit vermehrter Pausen, kein ständiger Wechsel von Mitarbeitern, kein Publikumsverkehr, gut strukturierte Tätigkeit, begrenzte Verantwortung, keine Führungsaufgaben, keine Nacht- oder Wechselschicht (Gutachten S. 97 f., A.S. 162 f.). Zum Verlauf dieser Arbeitsfähigkeit sei davon auszugehen, dass ab der Neuanmeldung vom 13. November 2015 eine mittelgradige depressive Störung bestanden habe, ebenso wohl auch im Jahr 2016, so dass für diesen Zeitraum am ehesten von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % auszugehen sei. Für das Jahr 2017 sei eher eine leicht- bis mittelgradige Störung anzunehmen. Ausgehend von einem 100%-Pensum liessen sich auf psychiatrischem Gebiet keine weitergehenden Einschränkungen plausibilisieren, warum die versicherte Person nicht zumindest vormittags etwa 2,5 Stunden und nachmittags etwa 3 Stunden Präsenz in einer leidensangepassten Tätigkeit und eine entsprechende Leistung zeigen können sollte. Dies entspreche einer Arbeitsfähigkeit von etwa 66 % in einer leidensangepassten Tätigkeit. Ab dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls noch eine leichte depressive Störung ausmachen, so dass sich andauernde Arbeitsunfähigkeitsannahmen von mehr als 20 % nicht mehr begründen liessen.

9.3 Das rheumatologische Teilgutachten datiert vom 27. Juli 2020 (Gutachten S. 29; A.S. 94 ff.). Es basiert auf einer Untersuchung, welche am 22. Juli 2020 stattfand, also elf Monate nach der psychiatrischen Exploration vom 20. August 2019. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. V. ___ nennt als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ein Wide Spread Pain Syndrom bzw. eine Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) sowie

Heberdenarthrosen beidseits (ICD-10 M15.1). Als Diagnosen ohne solche Auswirkungen bestehen nach seiner Beurteilung chronische lumbovertebrale Schmerzen bei leichten degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.5), ein Diabetes mellitus Typ 2, eine substituierte Hypothyreose, eine Steatosis hepatis, eine Nasenbeinfraktur 2015 sowie ein Status nach Appendektomie.

In der Herleitung der Diagnosen (Gutachten S. 50 ff.) führt Dr. med. V.____ aus, die anamnestischen Angaben, die Aktenlage sowie die aktuelle rheumatologische Untersuchung zeigten eine sehr hohe Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Fibromyalgie. Die vom ACR (American College of Rheumatology) entwickelten Kriterien (Version 2010 mit Überarbeitung 2016) seien erfüllt. Die Symptome einer Fibromyalgie könnten bei der Beschwerdeführerin objektiviert werden: Die subjektiv erlebten Schmerzen sowie deren Ausprägung liessen sich nicht durch ein somatisches morphologisches Korrelat erklären. Eine zugrundeliegende somatische Erkrankung lasse sich nicht eruieren. Die Beschwerdeführerin weise ein ausgeprägtes Fibromyalgie-Syndrom auf, wobei insbesondere eine grosse Erschöpfung und Leistungsintoleranz bei Schlafstörungen und Schlaf ohne Erholungswert vorlägen. Ebenso seien funktionelle und vegetative Beschwerden vorhanden. Es bestünden diffuse Körperschmerzen, insbesondere an der gelenknahen Muskulatur, welche den Tenderpoints (12 von 18 seien positiv) entsprächen.

Die Fingergelenkspolyarthrose mit Heberdenarthrosen und somit der distalen Interphalangealgelenke sei eine fortschreitende Erkrankung degenerativer Natur mit teilweise entzündlichen Schüben, was auch radiologisch so dokumentiert sei. In der letzten radiologischen Kontrolle der Hände am 06. Juli 2020 habe ein Status idem zu den Vorbefunden 2017 objektiviert werden können. Es bestehe allerdings eine fortgeschrittene Fingergelenkspolyarthrose der distalen Interphalangealgelenke und somit eine Einschränkung der Belastbarkeit, insbesondere für feinmotorische Tätigkeiten. Die medizinischen Massnahmen seien noch nicht ausgeschöpft und könnten mindestens für ein konservatives Therapieverfahren optimiert werden. Eine operative Variante sei ebenfalls möglich, sollte jedoch mit Zurückhaltung indiziert werden, da eine Schmerzverstärkung ebenfalls möglich sei, respektive auch Fingergelenksbeschwerden durch die Fibromyalgie-Symptomatik akzentuiert aufträten. Auch bei Vorliegen von zunehmend degenerativen Veränderungen radiologisch und teilweise klinisch sei dies kein Indiz für eine ausgeweitete oder zunehmende Symptomatik von Arthrosebeschwerden. Die Korrelation eines radiologischen Befundes bezogen auf die Symptomatik liege unter 40 %. Bei der Beschwerdeführerin zeigten sich die Arthrosen zudem als nicht aktiviert und es bestünden deutliche Überlagerungen durch die angegebenen subjektiven Funktionseinschränkungen, welche als solche nicht objektivierbar seien und im Rahmen der Fibromyalgie-Symptomatik mit erhöhtem Schmerzempfinden und deutlichem Schonverhalten interpretiert würden. Eine psychische Komponente mit Einfluss werde vermutet.

Der Gutachter gelangt weiter zum Ergebnis, die früher gestellten Diagnosen der rheumatischen Beschwerden, der myotendinotischen Beschwerden, des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms, der Cervicobrachialgie sowie des cervicocephalen Schmerzsyndroms seien ebenfalls im Kontext der Fibromyalgie zu interpretieren. Keine dieser Beschwerden könne auf ein morphologisches Korrelat im Sinne eines akzeptierten und überprüfbaren Pathomechanismus zurückgeführt werden. Die übrigen, auch internistischen Diagnosen hätten keinen Einfluss auf das Beschwerdebild. Insbesondere

bestehe in Bezug auf die Hypothyreose eine adäquate Behandlung des Schilddrüsenhormons. Das Hauptbeschwerdebild aus rheumatologischer und schmerzmedizinischer Sicht bestehe demnach in einem Fibromyalgie-Syndrom mit Erfüllen der entsprechenden Kriterien.

In seiner Stellungnahme zu früheren Beurteilungen erklärt Dr. med. V.____, die gutachterlichen Untersuchungen in den Jahren 2013 und 2016 umschrieben im somatischen Bereich das gleiche Beschwerdebild, teilweise mit anderer Nomenklatur sowie auf Symptome und nicht Diagnosen bezogen, und interpretierten diese zum Teil anders. Die gutachterliche Beurteilung im Jahr 2013 werde hauptsächlich durch den RAD gestützt, der eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für eine adaptierte, leichte und wechselbelastende Tätigkeit als möglich beurteilt habe. Dies sei im Bereich der Fibromyalgie-Symptomatik auch unabhängig von einer somatoformen Schmerzstörung oder einer depressiven Störung so aus rein funktions- und biomechanischen Überlegungen absolut korrekt. Eine Fibromyalgie sei im Kontext einer psychischen Beschwerdesituation mit depressiver Symptomatik oder auch einer somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren. Einflussnehmend auf die Belastbarkeit sei die Schmerzsymptomatik und aus psychiatrischer Sicht müsse die Zumutbarkeit oder Überwindbarkeit von Schmerz auch für eine leichte Arbeitstätigkeit ermittelt werden.

In der RAD-Beurteilung von 2017 werde klar herausgearbeitet, dass im rheumatologischen Teilgutachten des H.____ von 2016 wie auch in der polydisziplinären Beurteilung keine spezifische Aussage zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht bestehe und es darum unklar bleibe, weshalb aus leichten Veränderungen in der rheumatologischen Symptomatik und auch der Bildgebung, insbesondere im Bereich der Finger, nur eine Arbeitsfähigkeit von 50 % resultiere. Dies sei versicherungsmedizinisch anhand des Gutachtens nicht nachvollziehbar, was in der aktuellen Beurteilung gestützt werde. Im Gutachten von 2016 sei auch nicht herausgearbeitet worden, warum die früher diagnostizierte somatoforme Schmerzstörung nicht mehr vorliegen solle. Die Beurteilung des RAD, dass keine schlüssige Begründung und Diskussion erfolgt sei, könne nachvollzogen werden. Die psychiatrische Begründung, es scheine, dass der psychische Zustand sich seit der letzten Begutachtung verschlechtert habe, sei arbiträr und nicht begründet.

Die im Gutachten des H.____ von 2016 aufgeführten Diagnosen mit ausgedehntem Schmerzsyndrom seien im Gesamtkontext dem Fibromyalgie-Syndrom zuzuordnen. Eine organspezifische oder durch morphologisch-strukturelle Pathologien verursachte Beschwerdesymptomatik könne jedoch nicht objektiviert werden, was in den überwiegend beschreibenden Diagnosen im Jahre 2016 erkennbar werde. Im Gutachten des H.____ von 2016 seien Diagnosen aufgeführt worden, welche hauptsächlich durch eine Symptom-Präsentation gestellt werden könnten und den Beschwerden im Rahmen des diagnostizierten Fibromyalgiesyndroms entsprächen respektive dort beinhaltet seien. Insbesondere hätten 2016 auch keine klaren morphologischen und strukturellen Veränderungen am Bewegungsapparat objektiviert werden können, welche im Verlauf bis 2020 persistent oder gar zunehmend gewesen wären und sich verschlechternd hätten.

Medizinisch-theoretisch bestünden körperliche Ressourcen zur (Teil-)Ausübung einer Verweistätigkeit. Die psychische Leistungsfähigkeit sowie die Schmerzsituation verhinderten jedoch einen vollen Zugriff auf die eigenen Ressourcen bei insgesamt erhaltener hoher Funktionalität. Die Überwindbarkeit von Schmerz und die zumutbare Arbeitsbelastung müssten psychiatrisch beurteilt werden.

Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. V. ___ aus, die bisherige Tätigkeit könne als mittelschwer bis schwer bezeichnet werden und sei aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik bei Fibromyalgie sowie der Fingergelenkspolyarthrosen nicht mehr durchführbar. Dies gelte ab 2004. Eine adaptierte Tätigkeit sei immer und auch aktuell möglich, wobei aufgrund der chronischen Schmerzsymptomatik eine Leistungsminderung vorliege, dies bei erhöhtem Pausen- und Erholungsbedarf. Bei deutlicher respektive ausgeprägter Fibromyalgie-Symptomatik sei mit einer Leistungsminderung von 30 % zu rechnen. Eine optimal angepasste Tätigkeit sei eine Tätigkeit in Wechselbelastung mit freier Positionswahl, leicht bis maximal mittelschwer (20 ■ 30 %) unter Vermeidung von Zwangshaltungen, insbesondere gebückt oder mit Armen über der Schulterhorizontalen. Bezüglich der Fingergelenke seien eine feinmotorische Tätigkeit sowie repetitives Greifen mit Faustschluss ungeeignet. Bei einem Pensum von 70 % sollten 5,88 Stunden täglich, aufgeteilt auf 2 x 3 Stunden, möglich sein, wobei jede Stunde eine Pause von 15 Minuten gewährt werden müsse. Dies entspreche einer Präsenz von 80 % mit zusätzlichen Pausen von einer Stunde, was 5,88 Stunden pro Tag ergebe und einer Arbeitsfähigkeit von 70 % entspreche.

Zur Frage nach Veränderungen hält der Gutachter fest (Gutachten S. 64; A.S. 129), es bestehe ein zunehmendes generalisiertes Schmerzsyndrom ohne somatisch erklärbare Korrelation und Ursache. Aus somatischer Sicht ergäben sich im Vergleich zu 2013 zwar keine wesentlichen Veränderungen aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik. Eine leichte Zunahme der Fingergelenkspolyarthrosen sei vorliegend aber wenig relevant für eine adaptierte Tätigkeit. Die Fibromyalgie-Symptomatik senke aber die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen sowie durch eine Selbstlimitierung und ein Schonverhalten aktuell um ca. 30 %. Da, wie ausgeführt, keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation vorliege, dürfte die Reduktion um 30 % bereits seit 2013 bestehen.

9.4

9.4.1 In der von beiden Gutachtern unterzeichneten interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Gutachten S. 1 ■ 28; A.S. 66 ff.) werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit genannt: Chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41), Wide Spread Pain Syndrom/Fibromyalgie (ICD-10 M79.7) sowie Heberdenarthrosen beidseits (ICD-10 M15.1). Als Diagnosen ohne solche Auswirkung werden erwähnt: ein Status nach aktenanamnestisch beschriebener depressiver Episode (ICD-10 F32.1), gegenwärtig in wesentlichen Teilen remittiert, allenfalls Verbleib dysthymer Symptomatik (ICD-10 F34.1); chronische lumbovertebrale Schmerzen bei leichten degenerativen Veränderungen (ICD-10 M54.5); Diabetes mellitus Typ 2; Hypothyreose, substituiert; Steatosis hepatis; Nasenbeinfraktur 2015 sowie ein Status nach Appendektomie.

9.4.2 Unter dem Titel «Herleitung/Begründung der aktuellen Diagnosen» erklären die Gutachter (Gutachten S. 13 f.), aus psychiatrischer Sicht bestehe aktuell keine Depression oder ein erhöhtes Depressionsrisiko. Eine Depression sei vom Hausarzt erstmals im Zusammenhang mit der Schmerzverarbeitungsstörung erwähnt worden, und im Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ aus dem Jahr 2016 werde eine mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom und Somatisierungstendenzen diagnostiziert. Retrospektiv sei davon auszugehen, dass bereits in diesem Zeitpunkt die chronische Schmerzstörung deutlicher vorgelegen sei als eine depressive Symptomatik und retrospektiv somit mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Depression vorgelegen sei. Aktuell

könne anhand der geltenden Kriterien eine Depression ausgeschlossen und die Diagnose eines dysthymen Zustands formuliert werden. Ebenso könne keine somatoforme Störung objektiviert werden, so dass bei Vorliegen von somatischen Diagnosen diese mitberücksichtigt werden müssten. Differentialdiagnostisch sei eine Abgrenzung durch die somatische Untersuchung erfolgt. Gestützt auf deren Ergebnisse sei die Diagnose eines Wide Spread Pain-Syndroms respektive einer Fibromyalgie zu stellen. Die meisten Muskel- und Gelenkschmerzen könnten keiner rheumatologisch entzündlichen oder degenerativen Krankheit zugeordnet werden, sondern seien im Rahmen der Fibromyalgie zu werten. Die Beschwerdeführerin weise ein ausgeprägtes Fibromyalgie-Syndrom auf. Ausserdem bestehe eine Fingergelenkspolyarthrose mit Heberdenarthrosen und somit der distalen Interphalangealgelenke. Es handle sich um eine fortschreitende Erkrankung degenerativer Natur mit teilweise entzündlichen Schüben, was auch radiologisch dokumentiert sei. In der radiologischen Kontrolle vom 6. Juli 2020 sei ein Status idem zu den Vorbefunden von 2017 dokumentiert worden. Es bestehe eine fortgeschrittene Fingergelenkspolyarthrose der distalen Interphalangealgelenke und somit eine Einschränkung der Belastbarkeit, insbesondere für feinmotorische Tätigkeiten. Die Arthrosen zeigten sich als nicht aktiviert und es bestünden deutliche Überlagerungen durch die angegebenen subjektiven Funktionseinschränkungen, welche als solche nicht objektivierbar seien und interpretiert würden im Rahmen der Fibromyalgie-Symptomatik mit erhöhtem Schmerzempfinden und deutlichem Schonverhalten.

9.4.3 Die funktionellen Auswirkungen der Befunde werden im Gesamtgutachten wie folgt beschrieben: In der psychiatrischen Beurteilung sei am ehesten eine somatische Erkrankung als mögliche Ursache der Beschwerden vermutet worden. Nach Ausschluss einer solchen könnten die Beschwerden gut im Rahmen der chronischen Schmerzerkrankung und der Fibromyalgie interpretiert werden. Die rein somatischen Veränderungen könnten das subjektive Schmerzbild und das Schmerzerleben nicht erklären. Die morphologischen und strukturellen Veränderungen im Bereiche des Bewegungsapparates qualifizierten nicht für eine organspezifische und konklusive Beschwerdekongstellatation, die in den Untersuchungen durch spezifische Provokation und Funktionstestungen zugeordnet werden könne. Somit könne die Diagnose der chronifizierten Schmerzerkrankung gestellt werden. Die einzig relevante Funktionsstörung aufgrund von degenerativen und somit morphologischen Veränderungen an Gelenken ergebe sich im Bereich der distalen Fingergelenkspolyarthrose mit Einschränkung der Beweglichkeit. Jedoch seien auch diese Schmerzen im Kontext der Fibromyalgie-Symptomatik zu interpretieren. Die übrigen Diagnosen hätten keinen relevanten Einfluss auf eine der Schmerzsituation adaptierte Belastbarkeit. Die früheren Diagnosen der rheumatischen Beschwerden, der myotendinotischen Beschwerden, des chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndroms, der Cervicobrachialgie sowie des cervicocephalen Schmerzsyndroms seien ebenfalls im Kontext der Fibromyalgie zu interpretieren und hätten keine klar eigenständige signifikante Pathologie, welche das Ausmass der subjektiven Funktionseinschränkungen begründen könnte.

9.4.4 Die Haupteinschränkungen aus psychiatrischer Sicht ergäben sich durch die Somatisierung und Selbstlimitierung aufgrund der subjektiv einschränkenden Schmerzsymptomatik, einer zunehmenden Passivität und somit auch langjähriger Dekonditionierung. Hinzu komme die Erschöpfung. Keine Einschränkungen ergäben sich im Bereich des Bewusstseins. Einschränkungen im zwischenmenschlichen Verhalten liessen sich nicht nachweisen.

9.5 Zum Verlauf äussern sich die Experten wie folgt (Gutachten S. 26): Es bestehe ein zunehmendes generalisiertes Schmerzproblem ohne somatisch erklärbare Korrelation und Ursache. Aus somatischer Sicht ergäben sich im Vergleich zu 2013 keine wesentlichen Veränderungen aufgrund der chronifizierten Schmerzsymptomatik. Eine leichte Zunahme der Fingergelenkspolyarthrosen sei gegeben, diese sei jedoch wenig relevant für eine adaptierte Tätigkeit. Die Fibromyalgie-Symptomatik senke aber die Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit aufgrund der Schmerzen sowie durch eine Selbstlimitierung und ein Schonverhalten aktuell um ca. 30 %. Dies sei begründet durch erhöhten Pausenbedarf und das Vermeiden von schweren Tätigkeiten. Da, wie ausgeführt, keine wesentliche Veränderung der gesundheitlichen Situation vorliege, dürfte die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 30 % bereits seit 2013 bestehen. Aus psychiatrischer Sicht könne gesagt werden, dass der Gesundheitszustand einem wechselnden Verlauf unterworfen sei. Die Gutachter gingen davon aus, dass die Angaben des Gutachtens B.____ aus dem Jahre 2013 durchaus zutreffend seien, ab Neuanmeldung vom 13. November 2015 indes ein Zustand eingetreten sei, wie er in dem Gutachten H.____ im Jahr 2016 beschrieben werde, also von einer mittelgradigen depressiven Störung auszugehen sei. Für das Jahr 2017 sei eher eine leicht- bis mittelgradige Störung anzunehmen, und ab dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls eine leichte depressive Störung ausmachen. Zum Verlauf der Arbeitsunfähigkeit werde auf Ziffer 8.1 f. des psychiatrischen Fachgutachtens verwiesen (vgl. E. II. 9.2.2 hiervor am Ende).

E. 10

10.1 Sowohl das psychiatrische als auch das rheumatologische Teilgutachten basieren auf den vollständigen Vorakten und eigenen Untersuchungen durch den jeweiligen Experten. Die Teilgutachter Dr. med. U.____ und Dr. med. V.____ gelangen zu schlüssigen Ergebnissen, welche sie nachvollziehbar herleiten. Im Gesamtgutachten werden die Aussagen der beiden Teilgutachten verarbeitet und in eine bidisziplinäre Beurteilung überführt. Das Gerichtsgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Begutachtung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) grundsätzlich gerecht. Der Umstand, dass die beiden gutachterlichen Untersuchungen in einem ungewöhnlich langen zeitlichen Abstand von 11 Monaten durchgeführt wurden, ist nicht ideal, steht aber dem Beweiswert des Gutachtens nicht zwingend entgegen. Bei solchen tendenziell ungünstigen Ausgangsvoraussetzungen sind aber erhöhte Anforderungen an den Austausch zwischen den beiden Gutachtern zu stellen.

10.2 Zu behandeln sind zunächst die inhaltlichen Einwände gegen das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. U.____.

10.2.1 Die Beschwerdeführerin liess zum psychiatrischen Aspekt des Gerichtsgutachtens eine Stellungnahme des behandelnden Psychiaters Dr. med. G.____ vom 10. November 2020 einreichen (Urkunde 5 der Beschwerdeführerin). Dessen Kritik vermag grösstenteils nicht zu überzeugen. So besteht die Aufgabe eines Gutachters gerade darin, eine eigene Beurteilung vorzunehmen, welche durchaus von den Angaben und der Selbsteinschätzung der Explorandin abweichen kann. In einer solchen unabhängigen fachkundigen Beurteilung liegt der eigentliche Sinn einer Begutachtung und auch ein entscheidender Unterschied zwischen Begutachtungs- und Therapieauftrag (vgl. E.II. 4.5 hiervor). Wenn Dr. med. G.____ bemängelt, dass der Gutachter nicht auf die Angaben der Beschwerdeführerin abstellte, sondern (u.a. mithilfe zweier Fremdbeurteilungsinstrumente, der Hamilton Depressionsskala und des Mini-ICF-App) eine eigene Beurteilung vornahm, verkennt er,

dass genau dies die Aufgabe des Gutachters ist. Dasselbe gilt, soweit er geltend macht, der Gutachter habe bei der Diagnosestellung bestimmte Befunde vernachlässigt, und selbst diese «Befunde» einfach mit den im Gutachten erwähnten Aussagen der Beschwerdeführerin gleichsetzt. Der (als Wiedergabe von Aussagen der Beschwerdeführerin formulierten) Feststellung des Gutachters, es seien während der Behandlung nie Medikamentenspiegel-Bestimmungen vorgenommen worden (Gutachten S. 76), widerspricht Dr. med. G. ___ nicht. Wenn die Beschwerdeführerin die Medikamente bei ihm abholte, bedeutet dies nicht zwingend, dass sie auch eingenommen wurden. Bereits die Begutachtungsstelle H. ___, hielt im Jahr 2016 fest, man könne sich des Eindrucks nicht erwehren, dass die Beschwerdeführerin hin und wieder unter Opiatentzugssymptomen leide, welche auf die unzuverlässige Medikamenteneinnahme zurückzuführen seien. Dadurch werde der Gesundheitszustand zweifellos nicht verbessert (IV-Nr. 70.1 S. 46). Der Eindruck, die Medikamente würden nicht konsequent eingenommen, ist also nicht neu. Weiter ist darauf hinzuweisen, dass Dr. med. L. ___ der Beschwerdeführerin bereits für die Zeit ab 2011 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in jeglicher Tätigkeit bescheinigte (vgl. seinen Arztbericht vom 5. Januar 2016, IV-Nr. 62), was nicht nur der aktuellen Beurteilung durch Dr. med. U. ___, sondern auch jenen sämtlicher Vorgutachter widerspricht. Wie erwähnt, hatte die Begutachtungsstelle B. ___, im Jahr 2013 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit festgestellt, während die Begutachtungsstelle H. ___, im August 2016 eine gesamthafte, aus den somatischen und den psychischen Beeinträchtigungen resultierende Arbeitsunfähigkeit (in einer angepassten Tätigkeit) von 50 % postulierte, woraus abzuleiten ist, dass die rein psychisch begründete Arbeitsunfähigkeit jedenfalls nicht höher gelegen haben kann. Die Argumentation des behandelnden Psychiaters, eine intensivere Therapie (stationär oder teilstationär) sei bisher wegen mangelnder Deutschkenntnisse und des kulturellen Hintergrunds unterblieben, kann ebenfalls nicht überzeugen, denn die Schadenminderungs- und Mitwirkungspflicht gilt unabhängig von der Herkunft. Auch aus Sicht des Gerichts fällt auf, dass der behandelnde Psychiater der Beschwerdeführerin seit vielen Jahren eine ausserordentlich schwer ausgeprägte Störung mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit attestiert, während die Intensität der Behandlung eher gering ist.

10.2.2 Nicht zu übersehen ist aber, dass das psychiatrische Teilgutachten in seinen Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit einen Widerspruch enthält: Der Gutachter führt einerseits aus, seit dem Jahr 2018 lasse sich allenfalls eine leichte depressive Störung ausmachen, so dass sich andauernde Arbeitsunfähigkeitsannahmen von mehr als 20 % nicht mehr begründen liessen (Gutachten S. 98, A.S. 163), es sei somit von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Andernorts im Gutachten wird zur Prognose erklärt, bei konsequenter und motivierter Nutzung der zur Verfügung stehenden therapeutischen Optionen könne eine theoretische Erwartung des Erreichens einer etwa 75%igen Arbeitsfähigkeit innerhalb von 9 bis 12 Monaten formuliert werden (Gutachten S. 99, A.S. 164), was nur den Schluss zulässt, die aktuelle Arbeitsfähigkeit betrage weniger als 75 %. Wie sich diese beiden Aussagen vereinbaren liessen, ist nicht erkennbar. Die Beweiskraft des ansonsten schlüssigen, sehr sorgfältig ausgearbeiteten psychiatrischen Teilgutachtens wird durch diesen inneren Widerspruch deutlich reduziert. Falls sich aus der interdisziplinären Gesamtbeurteilung keine Klärung oder Korrektur ergibt, kann das Gutachten nicht als beweiswertig gelten.

10.3 Zum rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. V. ___ lässt die Beschwerdeführerin die Stellungnahme der Rheumatologin Dr. med. M. ___ vom 21. Dezember 2020 einreichen (Urkunde 4 der Beschwerdeführerin). Dr. med. M. ___ führt aus, der rheumatologische Gutachter bestätige die Diagnose einer Fingerpolyarthrose und schreibe ihr eine negative Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu. An keiner Stelle im Gutachten werde jedoch dezidiert erwähnt, in welchem Ausmass. In Anbetracht der Aufhebung der Funktion im DIP (distales Interphalangealgelenk) der Finger 2, 3 und 5 rechts sowie der Finger 3 und 5 links sowie der deutlichen Bewegungseinschränkung im Daumengrundgelenk links sei diese Einschätzung unbedingt notwendig. Es empfehle sich eine ergotherapeutische Analyse des Handstatus mit Winkelmessungen sowie Kraftmessung zur Objektivierung der Funktionseinschränkung. Den Angaben des Gerichtsgutachters in Bezug auf den auch funktionellen Befund der Hand seien keine standardisierten Messwerkzeuge zugrunde gelegt worden. Die vom Gutachter erwähnte entzündliche Reizsymptomatik sei nach dem off-label-Einsatz von Plaquenil nicht mehr aufgetreten. Die Reduktion der Arbeitsfähigkeit um 20 ■ 30 % begründe Dr. med. V. ___ vornehmlich im Rahmen der chronischen Schmerzsymptomatik respektive Fibromyalgie und deren Aggravation bei Vorliegen einer depressiven Störung. In der Liste der Diagnosen spiegle sich diese Einschätzung nicht wieder (mit Verweis auf das rheumatologische Teilgutachten, Gutachten S. 49 ■ 51 sowie 57). Der Diagnose der begleitenden depressiven Störung und deren mehrjähriger Behandlung werde an keiner Stelle Rechnung getragen. Unter Berücksichtigung organischer wie psychischer Befunde erachte sie, Dr. med. M. ___, eine Arbeitsunfähigkeit von mehr als 50 % aus rheumatologischer Sicht als begründet.

Ein Grossteil der Differenz zum gerichtlich eingeholten rheumatologischen Teilgutachten erklärt sich offensichtlich dadurch, dass Dr. med. M. ___ auch psychische Aspekte einbezieht und eine Art Gesamtbeurteilung vornimmt, wobei sie von einer depressiven Störung ausgeht. Die Aufgabe des rheumatologischen Teilgutachters bestand jedoch nicht darin, die Arbeitsfähigkeit «unter Berücksichtigung organischer wie psychischer Befunde» zu beurteilen, da ihm in Bezug auf letztere das Fachwissen fehlt. Dementsprechend ist es korrekt, wenn im rheumatologischen Teilgutachten keine psychiatrischen Diagnosen gestellt werden. Der hierfür kompetente Teilgutachter Dr. med. U. ___ diagnostizierte ebenfalls keine depressive Störung oder Episode, sondern ■ neben der Schmerzstörung ■ einen Status nach aktenanamnestisch beschriebener depressiver Episode, gegenwärtig in wesentlichen Teilen remittiert, mit allenfalls Verbleib einer dysthymen Symptomatik (Gutachten S. 85). Der Einschränkung durch die Fingerpolyarthrose trägt der rheumatologische Gerichtsgutachter Rechnung, indem er feinmotorische Tätigkeiten sowie solche, die ein repetitives Greifen mit Faustschluss verlangen, ausschliesst (Gutachten S. 57 f.). Inwiefern vor diesem Hintergrund zusätzliche Messungen hätten stattfinden müssen, ist nicht erkennbar. Die Stellungnahme von Dr. med. M. ___ ist daher nicht geeignet, ernsthafte Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Feststellungen des rheumatologischen Teilgutachters zu wecken.

10.4 Die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung hat den Zweck, aus den durch die Fachpersonen in ihrer jeweiligen Fachdisziplin gewonnenen Erkenntnissen die gesamthaften Einschränkungen abzuleiten. Im Zusammenhang mit einer Schmerzerkrankung, welche sowohl von somatischer Seite unter der Diagnose einer Fibromyalgie und von psychiatrischer Seite unter der der Diagnose einer chronischen Schmerzstörung bejaht wird, kommt der gesamthaften Betrachtung ■ auch unter dem

Aspekt der durch die Rechtsprechung entwickelten Indikatoren (vgl. BGE 141 V 281) ■ besonderes Gewicht zu. Hier kommt, wie bereits erwähnt, der Umstand hinzu, dass die beiden Untersuchungen zeitlich ungewöhnlich weit, rund elf Monate, auseinanderliegen, was eine besonders intensive Gesamtbetrachtung erfordert. Dieser Anforderung wird die im Gerichtsgutachten enthaltene Gesamtbeurteilung nicht gerecht. Es handelt sich weitgehend um eine Wiedergabe von Ausführungen aus den beiden Teilgutachten, ohne dass erkennbar wäre, wie die Gesamteinschätzung zustande kam. Auffallend ist etwa, dass einerseits abweichend vom psychiatrischen Teilgutachten ausgeführt wird, es sei retrospektiv davon auszugehen, dass bereits im Jahr 2016, als die Begutachtungsstelle H. ___ ihr Gutachten verfasste, mit grosser Wahrscheinlichkeit keine Depression mehr vorgelegen habe (Gutachten S. 13 f., A.S. 78 f.), während an anderer Stelle, nunmehr entsprechend dem psychiatrischen Teilgutachten, ab der Neuanmeldung im November 2015 und anschliessend für das Jahr 2016 von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen wird (Gutachten S. 26; A.S. 91). Diese Feststellung erweckt Zweifel daran, ob die Konsensbesprechung zwischen den Gutachtern mit der notwendigen Sorgfalt stattfinden konnte, zumal die Ablieferung des Gutachtens zum Ende unter einem gewissen Zeitdruck erfolgte. Dementsprechend kann auch nicht gesagt werden, der innerhalb des psychiatrischen Teilgutachtens festgestellte Widerspruch (aktuelle Arbeitsfähigkeit 80 %; Steigerung der Arbeitsfähigkeit innerhalb von 9 ■ 12 Monaten auf 75 % möglich; vgl. E. II. 10.2.2 hiervor) sei im Rahmen der Gesamtbeurteilung aufgelöst worden. Wird zusätzlich berücksichtigt, dass angesichts des grossen zeitlichen Abstands zwischen den beiden Untersuchungen besonders hohe Anforderungen an die Konsensfindung gestellt werden müssen, kann das Gerichtsgutachten nicht als beweiskräftig gelten. Obwohl die beiden Teilgutachten in weiten Teilen mit grosser Sorgfalt erarbeitet wurden, liegen zwingende Gründe im Sinne der Rechtsprechung vor (vgl. E. II. 4.4 hiervor), welche einem Abstellen auf das Gerichtsgutachten entgegenstehen.

11. Zusammenfassend ergibt sich, dass dem Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle K. ___ vom 2. Oktober 2020 keine volle Beweiskraft beigemessen kann. Die Fragen, zu deren Klärung das Gutachten eingeholt wurde, müssen daher weiterhin als unbeantwortet gelten. Anfechtungsgegenstand des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bildet weiterhin die Verfügung vom 7. März 2017. Dementsprechend hat sich die gerichtliche Prüfung grundsätzlich auf den Zeitraum bis zu diesem Datum zu beschränken (vgl. E. II. 1.2 hiervor). Es besteht zwar die Möglichkeit, den Prüfungsgegenstand des Beschwerdeverfahrens in zeitlicher Hinsicht auszudehnen (vgl. BGE 130 V 138). Dies soll aber mit Blick auf die Funktion des Versicherungsgerichts als Rechtsmittel- und Kontrollinstanz in der Regel nur dann erfolgen, wenn sich die Ausdehnung auf einen überschaubaren Zeitraum beschränkt. Hier hätte ein weiteres Gerichtsgutachten wegen der extrem langen Dauer des bisherigen Beschwerdeverfahrens zur Folge, dass das Gericht, falls es den Prüfungszeitraum ausdehnt, über einen Zeitraum von deutlich mehr als vier Jahren als erste Instanz zu befinden hätte, wogegen der als «reguläre» Rechtsmittelinstanz zu beurteilende Zeitraum von der Neuanmeldung (13. November 2015) bis zur angefochtenen Verfügung (7. März 2017) nur knapp 16 Monate umfasst. Ein solcher weitgehender Eingriff in die funktionelle Zuständigkeit der Beschwerdegegnerin erscheint nicht als tunlich. Vielmehr ist es angezeigt, dass die Beschwerdegegnerin das Verwaltungsverfahren mit der Prüfung des durch die Neuanmeldung vom 13. November 2015 geltend gemachten Anspruchs fortsetzt und ein neues Administrativgutachten einholt, welches auch der zwischenzeitlichen Entwicklung Rechnung trägt. Die Sache ist zu diesem

Zweck an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen.

E. 12

12.1 Die obsiegende Beschwerde führende Person hat Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen (Art. 61 lit. g ATSG). Die Aufhebung der angefochtenen Verfügung und Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung gilt in diesem Zusammenhang als volles Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Die Beschwerdeführerin hat demnach Anspruch auf eine volle Parteientschädigung.

Rechtsanwalt Jermann macht in seiner Kostennote vom 12. Juli 2017 (A.S. 27) einen Aufwand von 8.16 Stunden und Auslagen von CHF 86.30 geltend. Die Auslagen sind um CHF 37.50 zu reduzieren, da die 75 Kopien zu CHF 0.50 und nicht zu CHF 1.00 entschädigt werden (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 des kantonalen Gebührentarifs [GT, BGS 615.11]). Mit dem beantragten Stundenansatz von CHF 250.00, den verbleibenden Auslagen von CHF 48.80 und der Mehrwertsteuer von (bis Ende 2017) 8 % resultiert für diesen Zeitraum eine Parteientschädigung von CHF 2'255.90. Die Kostennote vom 29. Januar 2021 (A.S. 194) weist für die Zeit ab 18. August 2018 einen zusätzlichen Aufwand von 13.75 Stunden und Auslagen von CHF 188.50 aus. Die Auslagen sind um CHF 82.50 zu reduzieren, da die 165 Kopien mit CHF 0.50 und nicht mit CHF 1.00 vergütet werden, und belaufen sich somit noch auf CHF 106.00. Mit der Mehrwertsteuer von 7,7 % resultiert eine Parteientschädigung von CHF 3'816.35 für diesen Zeitraum, insgesamt eine solche von CHF 6'072.25.

12.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

12.3 Das Gerichtsgutachten wurde erforderlich, weil die angefochtene Verfügung auf keinen beweiskräftigen medizinischen Grundlagen basierte. Dementsprechend wären die Kosten des Gutachtens grundsätzlich der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen (vgl. BGE 143 V 269, 139 V 396). Es kann jedoch nicht unberücksichtigt bleiben, dass die gesamte Begutachtung von erheblichen organisatorischen Mängeln geprägt war, welche zu einer massiven Verzögerung führten, ohne dass nunmehr eine beweiskräftige medizinische Aktenlage vorläge. Diese Widrigkeiten sind letztlich eine Folge der Auswahl der Begutachtungsstelle durch das Gericht. Sie lassen es als sachgerecht erscheinen, die Kosten des Gerichtsgutachtens auf die Staatskasse zu nehmen, falls die Begutachtungsstelle eine Rechnung stellen sollte.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 7. März 2017 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Erwägungen verfare

und anschliessend neu über den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente entscheide.

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 6'072.25 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Kosten des Beschwerdeverfahrens von CHF 600.00 werden der Beschwerdegegnerin auferlegt. Der Beschwerdeführerin wird der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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