

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.155 vom 8. Mai 2017**

SO Obergericht, 2017-05-08, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.155](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.155)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.155 du 8 mai 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.155 del 8 maggio 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1964, [...], meldete sich erstmals am 15. Januar 2003 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-] Nr. 2).

1.2 Die Beschwerdegegnerin veranlasste medizinische und erwerbliche Abklärungen (IV-Nr. 9 ff.), in deren Verlauf am 15. Juli 2003 der Arbeitgeberbericht zu den Akten gelangte (IV-Nr. 13) sowie die Mitteilung der B.\_\_\_\_ vom 23. Juli 2003, wonach die Patientin nicht mehr in ihrer Behandlung sei (IV-Nr. 16). Im Weiteren orientierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin am 1. September 2003, dass sie eine medizinische Abklärung durch das C.\_\_\_\_, MEDAS, [...], als notwendig erachte (IV-Nr. 17). Am 27. Februar 2004 erstatteten die Ärzte des C.\_\_\_\_ das angeforderte Gutachten (IV-Nr. 22.1).

1.3 Mit Verfügung vom 18. April 2005 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Oktober 2002 eine Viertelsrente (Invaliditätsgrad 44 %) sowie eine Zusatzrente für den Ehegatten und Kinderrenten für die beiden Kinder zu (IV-Nr. 53).

### **E. 2**

2.1 Am 1. Juni 2007 leitete die Beschwerdegegnerin eine erste Revision in die Wege (IV-Nr. 58), in deren Rahmen sie medizinische Berichte anforderte (IV-Nr. 69 ff.). Dr. med. D.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, [...], teilte der Beschwerdegegnerin am 12. November 2007 mit, dass sich die Beschwerdeführerin nicht mehr in ihrer ambulanten psychiatrischen Behandlung befinde (IV-Nr. 69). Dr. med. E.\_\_\_\_, Oberarzt, F.\_\_\_\_, erstattete am 8. Mai 2008 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht und legte diesem weitere Arztberichte bei (IV-Nr. 70, S. 1 ff.). Am 18. Mai 2008 verfasste Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, [...], den gewünschten IV-Arztbericht (IV-Nr. 71).

2.2 Am 14. Oktober 2008 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, sie habe weiterhin Anspruch auf eine halbe Rente aufgrund des bisherigen Invaliditätsgrads von 44 % (IV-Nr. 75).

2.3 Mit Verfügung vom 5. Dezember 2008 entschied die Beschwerdegegnerin, dass die Arbeitsvermittlung abgeschlossen werde (IV-Nr. 77).

### **E. 3**

3.1 Die Sozialregion H.\_\_\_\_ teilte der Beschwerdegegnerin am 13. Oktober 2014 mit, die Beschwerdeführerin habe darum gebeten, die Rente erneut zu überprüfen. Dieser Meldung legte die H.\_\_\_\_ den Bericht der Ärzte des Kantonsspitals Aarau vom 15. August 2014 bei

(IV-Nr. 87 f.). Daraufhin bzw. am 16. Oktober 2014 initiierte die Beschwerdegegnerin eine erneute Rentenrevision (IV-Nr. 89), in deren Rahmen sie ärztliche Verlaufsberichte anforderte. Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeinmedizin, [...], nahm am 1. April 2015 zu den durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen Stellung und legte seinem Bericht weitere Arztberichte bei (IV-Nr. 91, S. 5 ff.).

3.2 Am 24. August 2015 nahm Dr. med. J.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, Regionaler ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, zur medizinischen Situation Stellung. Sie empfahl, es sei ein Medas-Gutachten betreffend die Fachgebiete Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Proktologie und gegebenenfalls auch Gynäkologie und/oder Urologie einzuholen (IV-Nr. 96, S. 2 ff.).

3.3 Die Beschwerdegegnerin teilte der Vertreterin der Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2015 mit, zur Klärung der Leistungsansprüche sei eine polydisziplinäre medizinische Untersuchung nötig, deren Kosten durch die IV übernommen würden (IV-Nr. 97).

3.4 Am 19. April 2016 informierte die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin über die bei der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ GmbH, [...], durchzuführenden medizinischen Abklärungen und die damit betrauten Ärzte in den Disziplinen Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie, Urologie, Neuropsychologie und Gastroenterologie (IV-Nr. 109).

3.5 Die Begutachtungsstelle orientierte die Beschwerdeführerin am 3. bzw. 19. Mai 2016 über das Untersuchungsprogramm und den Ablauf (IV-Nr. 111 f.).

3.6 Am 15. August 2016 verfassten die Ärzte des Begutachtungsinstituts K.\_\_\_\_ das durch die Beschwerdegegnerin angeforderte polydisziplinäre Gutachten (IV-Nr. 114), worüber diese die Vertreterin der Beschwerdeführerin am 6. September 2016 in Kenntnis setzte und ihr Gelegenheit zur Stellungnahme gab (IV-Nr. 115).

3.7 Am 26. Oktober 2016 nahm die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 119, S. 2 ff.).

3.8 Mit Vorbescheid vom 3. Januar 2017 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sie werde die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufzuheben (IV-Nr. 122). Dagegen erhob die Vertreterin der Beschwerdeführerin am 2. Februar 2017 Einwendungen mit dem Antrag, der Versicherten sei weiterhin eine Viertelsrente auszurichten (IV-Nr. 125).

3.9 Am 3. Februar 2017 nahm die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin, Dr. med. D.\_\_\_\_, zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 130, S. 8 ff.).

3.10 Dr. med. I.\_\_\_\_ äusserte sich am 15. Februar 2017 zu den durch die Vertreterin der Beschwerdeführerin gestellten Fragen bezüglich Interpretation der Diagnosen (IV-Nr. 140, S. 14 f.).

3.11 Die Vertreterin der Beschwerdeführerin stellte am 24. Februar 2017 den Antrag, es sei ein psychiatrisches und neuropsychologisches Gutachten einzuholen (IV-Nr. 130, S. 1 ff.); dazu, insbesondere zu den beigelegten Arztberichten (vgl. IV-Nr. 130, S.

## **E. 8**

ff.), äusserte sich die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ am 6. März 2017 und regte an, diese Unterlagen an die Gutachterstelle K.\_\_\_\_ zur ausführlichen Stellungnahme weiterzuleiten

(IV-Nr. 132, S. 2).

3.12 Am 23. März 2017 beantworteten die Ärzte der Gutachterstelle K. \_\_\_ die Anfrage der Beschwerdegegnerin vom 9. März 2017 (IV-Nr. 133 f.), wozu sich die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ am 7. April 2017 kurz äusserte (IV-Nr. 136).

3.13 Am 8. Mai 2017 bestätigte die Beschwerdegegnerin mittels Verfügung den bereits angekündigten Entscheid. Sie hob die laufende halbe Rente mit Wirkung auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats auf (IV-Nr. 137).

4. Gegen diese Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 7. Juni 2017 Beschwerde ans Versicherungsgericht des Kantons Solothurn erheben. Sie stellt und begründet die folgenden Rechtsbegehren (Aktenseite [A.S.] 5 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 8. Mai 2017 sei aufzuheben.
2. Es sei ein psychiatrisches und ein neuropsychiatrisches Gerichtsgutachten einzuholen.
3. Der IV-Grad der Beschwerdeführerin sei nach dem Vorliegen der beantragten Gutachten neu festzusetzen, wobei der Versicherten aber mindestens weiterhin eine Viertelsrente auszurichten sei.
4. Der Beschwerdeführerin sei für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht die integrale unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen, unter Beiordnung der Unterzeichneten als unentgeltliche Rechtsvertreterin.
5. Der Beschwerdeführerin sei zur Begründung der Beschwerde und zum Einreichen des Formulars für die unentgeltliche Rechtspflege eine 20-tägige Fristerstreckung zu gewähren resp. eine Nachfrist von 20 Tagen anzusetzen.

5. Am 28. Juni 2017 reicht die Vertreterin der Beschwerdeführerin innert der ihr gesetzten Frist die Beschwerdebegründung ein und stellt dabei folgende berichtigte Rechtsbegehren (A.S. 11 ff.):

1. Die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 8. Mai 2017 sei aufzuheben.
2. Es sei ein psychiatrisches und ein neuropsychologisches Gerichtsgutachten einzuholen.
3. Der IV-Grad der Beschwerdeführerin sei nach dem Vorliegen der beantragten Gutachten neu festzusetzen, wobei der Versicherten aber mindestens weiterhin eine Viertelsrente auszurichten sei.
4. Der Beschwerdeführerin sei für das Verfahren vor dem Versicherungsgericht die integrale unentgeltliche Rechtspflege zu bewilligen, unter Beiordnung der Unterzeichneten als unentgeltliche Rechtsvertreterin.

6. Am 20. September 2017 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Mit Blick auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung sowie die IV-Akten werde auf Bemerkungen zur Beschwerde verzichtet und an der Verfügung festgehalten (A.S. 44).

7. Mit Verfügung vom 18. Oktober 2017 wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und ihre Vertreterin als unentgeltliche Rechtsbeiständin bestellt (A.S. 45).

8. Am 20. Oktober 2017 reicht die Vertreterin der Beschwerdeführerin ihre Kostennote ein (A.S. 48 ff.).

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

## II.

### 1.

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig. Auf die Beschwerde ist somit einzutreten.

1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis).

Im vorliegenden Fall datiert die angefochtene Verfügung vom 8. Mai 2017, die den rechtsrelevanten Zeitpunkt definiert.

1.3 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falls grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ■ hier 8. Mai 2017 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen weitergehenden Rentenanspruchs im Rahmen der im Oktober 2014 von Amtes wegen eingeleiteten Revision die ab 1. Januar 2014 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

1.4 Die angefochtene Verfügung ist der Vertreterin der Beschwerdeführerin am 8. Mai 2017 eröffnet worden (IV-Nr. 137). Die darin vorgesehene Aufhebung der laufenden Viertelsrente erfolgt also gemäss dem Dispositiv der Verfügung per 30. Juni 2017. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über dieses Datum hinaus Anspruch auf eine Viertelsrente der Invalidenversicherung hat.

### 2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu 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 (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG).

3.

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen seit Zusprechung der Rente, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Anspruch zu beeinflussen. Insbesondere ist die Rente bei einer wesentlichen Änderung des Gesundheitszustandes revidierbar. Weiter sind, auch bei an sich gleich gebliebenem Gesundheitszustand, veränderte Auswirkungen auf den Erwerbs- oder Aufgabenbereich von Bedeutung; dazu gehört die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung. Hingegen 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). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Ein unveränderter Gesundheitszustand bzw. die bloss auf einer anderen Wertung beruhende medizinische oder rechtliche Einschätzung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen führt nicht zu einer materiellen Revision (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.1; BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

3.2 Ist im vorstehend umschriebenen Sinn ein Revisionsgrund gegeben, ist der Invaliditätsgrad auf der Grundlage eines richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen zu ermitteln (BGE 141 V 9 E. 2.3 S. 10 f.). Wenn eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt ist, bleibt es dagegen nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (Urteil des Bundesgerichts 9C\_478/2012 vom 14. Dezember 2012 E. 2).

3.3 Zeitliche Vergleichsbasis für die Beurteilung einer anspruchserheblichen Änderung des Invaliditätsgrades bildet die letzte rechtskräftige Verfügung, die auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung beruht (BGE 133 V 108; vgl. auch BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.).

3.4 Die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten, der Hilflosenentschädigungen und der Assistenzbeiträge erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

4.

4.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er 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. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweisen).

4.2 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

4.3 In Revisionsfällen ist überdies zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, die von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber auszusprechen hat, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Das Feststellen einer revisionsbegründenden Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustands. 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\_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 3.2 mit Hinweisen). Einer für sich allein betrachtet vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Beurteilung, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung beweistauglich wäre (vgl. E. II. 4.2 hiervor), mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die (von einer früheren abweichende) ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustands stattgefunden hat. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass sich die gesundheitlichen Verhältnisse verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_418/2010 vom 29. August 2011 E. 4.2). Isteine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (BGE 141 V 405 E. 4.4 S. 413 f. mit Hinweis).

5. Die Zulässigkeit der Rentenaufhebung hängt davon ab, ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für die Bestimmung des Invaliditätsgrads erheblichen Tatsachen nach Art. 17 ATSG eingetreten ist. Den massgebenden

Referenzzeitpunkt bildet der Erlass der Verfügung vom 18. April 2005, mit der die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend 1. Oktober 2002 eine Viertelsrente zusprach (IV-Nr. 53). Dieser Sachverhalt ist mit demjenigen im Zeitpunkt der Revisionsverfügung vom 8. Mai 2017 zu vergleichen. Auf den Sachverhalt im Zeitpunkt der Mitteilung vom 14. Oktober 2008 (IV-Nr. 75) ist dagegen nicht näher einzugehen, da die Beschwerdegegnerin damals keine umfassende materielle Prüfung des Rentenanspruchs vornahm.

6. Bei Erlass der Verfügung vom 18. April 2005 (Erstanmeldung vom 15. Januar 2003; IV-Nr. 2) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.1 Dr. med. I.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 30. September 2002 aus, bei der Beschwerdeführerin seien ein HWS-Distorsionstrauma vom 16. Oktober 2001 mit chronischem zerviko-zepalem Schmerzsyndrom, rezidivierenden migräniformen Kopfschmerzen mit Aura, chronischen neuropsychologischen Defiziten, paravertebalem druckdolentem zervikalem Muskelhartspann, allseits schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit sowie posttraumatischer Belastungsstörung zu diagnostizieren. Sie sei seit 20. Oktober 2001 und bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig (IV-Nr. 7.2).

6.2 Im Gutachten vom 27. Februar 2004 stellten die C.\_\_\_\_-Ärzte folgende Diagnosen (IV-Nr. 22.1, S. 16):

Hauptdiagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

Nebendiagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

- Migräne ohne Aura
- Spannungstypkopfschmerzen
- Status noch Commotio cerebri Januar 2001
- Status nach Analgetikaabusus
- LWS-Syndrom
- Status nach Radiusköpfchenfraktur links 04/2001

Im Weiteren führten die Gutachter aus, dass die Versicherte in Jugoslawien aufgewachsen sei, dort die Grundschule und das Gymnasium besucht und ein Studium der Geographie begonnen habe. 1989 sei sie in die Schweiz eingereist und habe hier zunächst als Serviceangestellte, dann während zwei Jahren bis zu dem dritten Unfall im Oktober 2001 als Chauffeuse gearbeitet. Wegen persistierender Nackenschmerzen habe sie den Beruf als Chauffeuse nicht mehr ausüben können. Heute finde sich von organischer Seite her ein leichtes Cervicalsyndrom mit Verspannung der Paravertebralmuskulatur und lediglich geringgradiger Einschränkung der Kopfdrehung nach links. Neurologische Ausfälle fänden sich nicht. Bezüglich der geklagten Kopfschmerzen stehe eine Migräne im Vordergrund. Daneben fänden sich Spannungstypkopfschmerzen. Die Beschwerden in der Lendenwirbelsäule stünden heute nach eigenen Angaben im Hintergrund. Klinisch finde sich eine praktisch frei bewegliche Lendenwirbelsäule. In psychiatrischer Hinsicht bestehe heute eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom und angedeutet eine gewisse ängstliche Symptomfehlverarbeitung, die jedoch nicht wesentlich invalidisierend sei. Die depressive Symptomatik habe aus psychiatrischer Sicht einen leichten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, indem die Belastbarkeit, das Durchhaltevermögen und die

Stressbelastungsfähigkeit vermindert sei. Ebenso bestehe eine leichte Einschränkung der kognitiven Leistungsfähigkeit in der depressiven Symptomatik. Trotzdem seien der Explorandin aus psychiatrischer Sicht Anstrengungen zuzumuten, sich beruflich zu rehabilitieren. Sie brauche allerdings dazu Arbeitstrainingsmassnahmen, eventuell Umschulungsmassnahmen durch die IV. Es hätten sich anlässlich der Hospitalisation in der Rehaklinik Rheinfelden im Februar 2003 minimale bis leicht neuropsychologische Dysfunktionen gefunden, die als Interaktion von Schmerz- und Erschöpfungssymptomen gewertet werden müssten. Gesamtmedizinisch führe die Kombination des cervicocephalen Schmerzsyndroms und der Migräne mit dem psychiatrischen Krankheitsbild, zu dem auch die Zitter- sowie Panikattacken zu zählen seien, zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Chauffeuse. Auch die mit dieser Tätigkeit geforderte Ein- und Ausladetätigkeit sei sicher ungünstig. In der Tätigkeit als Chauffeuse sei die Arbeitsfähigkeit auf 50 % zu schätzen. Im gleichen Rahmen verhalte es sich auch mit der Restarbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Serviceangestellte. Die C.\_\_\_\_-Ärzte empfahlen eine Umschulung auf eine dem Leiden angepasste Tätigkeit, in der die Versicherte keine längere Tätigkeit in Zwangspositionen ausführen müsse, insbesondere nicht Tätigkeiten, die mit einer erhöhten Rotationsbelastung des Kopfs, wie z.B. als Chauffeur, verbunden seien. Auch sollte keine Tätigkeit über Augenhöhe repetitiv ausgeführt werden. Ebenso sei das repetitive Heben von Lasten zu vermeiden. In einer derart angepassten Tätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 60 %. Zu denken sei dabei an eine Ganztätigkeit mit der Möglichkeit, längere Pausen einzulegen Die Einschätzung dieser Arbeitsfähigkeit gelte ab Oktober 2001. Im Schlussgespräch habe die Versicherte antriebsvermindert und müde gewirkt, aber dennoch gut kollaboriert. Sie habe nochmals ihre multiplen Beschwerden geschildert, die sie, die C.\_\_\_\_-Ärzte, weitgehend im Rahmen der Depression mit ängstlichen Anteilen werteten. Die Prognose sei mit grosser Zurückhaltung zu stellen (IV-Nr. 22.1, S. 16 ff.).

6.3 Dem im Auftrag der Suva erstellten Gutachten des Spitals L.\_\_\_\_, Klinik für Rheumatologie und Rehabilitation, vom

### **E. 8.3**

8.3.1 Im Rahmen der neurologischen Untersuchung vom 25. Mai 2016 ist der K.\_\_\_\_-Gutachter Dr. med. U.\_\_\_\_ aufgrund der Anamnese und dem Befund zum Schluss gekommen, dass die langjährige Anamnese mit früheren HWS-Distorsionstraumen, chronischem zervikozephalen Schmerzsyndrom und depressiver Komorbidität in den früheren Unterlagen bereits eingehend aufgeführt sei; stellvertretend könne hier auf die beiden Gutachten 2004 (C.\_\_\_\_, Rheumatologie am T.\_\_\_\_) verwiesen werden. Betreffend die Kopfschmerzen, die schon damals mit das klinische Bild geprägt hätten, sei nach wie vor von einem Misch- oder multifaktoriellen Kopfschmerzsyndrom auszugehen, wobei Spannungskopfschmerz-, Migräne- und wahrscheinlich auch Schmerzmittelabusus-Komponenten vorliegen dürften. Für die aktuelle Untersuchung relevant sei hingegen die 2014 neu aufgetretene Symptomatik. Beschrieben werde einmal eine periphere Facialisparesis links sowie zusätzlich eine brachialbetonte Hemisymptomatik links. Die Einordnung dieser Kombination bleibe in der Tat etwas schwierig. So wäre bei einer Hirnstammischämie wohl eine periphere Facialisparesis denkbar; jedoch wären die langen Bahnen der Gegenseite betroffen. Eine zentrale Facialisparesis sei wenig wahrscheinlich, da damals und auch bei der aktuellen Untersuchung eine Ageusie der vom Nervus lingualis innervierten Zungenanteile links angegeben werde. Das gleichzeitige

Auftreten einer rechtshemisphärischen Ischämie mit der peripheren Facialisparesie wirke auch ungewöhnlich. Zurecht sei eine eingehende Ausschlussdiagnostik durchgeführt worden. Gleichfalls zurecht sei auf die mögliche Symptomausweitung hingewiesen worden. Unabhängig hiervon könne festgestellt werden, dass die damals vermutete Halbseitenstörung links weitestgehend remittiert sei. Der jetzt linksseitig schwächere Händedruck sei auf eine Minderinnervation zurückzuführen. Ein geringfügiger organischer Restkern möge bestehen, sei aber nicht abgrenzbar. Unklar bleibe die Einordnung des im Jahr 2014 bei der Aufnahme genannten Nystagmus, der jetzt gleichfalls nicht nachweisbar sei. Eine angegebene Hypästhesie über der linken Wange passe nicht zu einer peripheren Facialisparesie. Allerdings würden in diesem Zusammenhang gelegentlich Missempfindungen mitberichtet. Das Gangbild sei durch eine Schonhaltung betreffs der Knie gekennzeichnet, ansonsten jedoch unauffällig. Die neuropsychologische Untersuchung im Jahr 2015 bringe nun noch erhebliche kognitive Defizite ins Gespräch, was im Rahmen der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden könne. So habe die Beschwerdeführerin bei der Untersuchung gut erhaltene kognitive Funktionen mit differenzierten Darstellungen gezeigt, und auch das angegebene Lesen russischer Klassiker spreche für die kognitive Leistungsfähigkeit wie auch die weitere Teilnahme am Strassenverkehr. Zur Arbeitsfähigkeit aus neurologischer Sicht hielt der Gutachter fest, dass die angegebene Ageusie über der linken Zunge und die Minderempfindung über der linken Wange keine funktionelle Einschränkung bedingten, wie auch sonst das Gesamtbild eher von orthopädischen Beschwerden geprägt werde. Aus neurologischer Sicht sei eine volle Arbeitsfähigkeit gegeben. Mit den differentialdiagnostischen Überlegungen durch die F.\_\_\_\_ und Q.\_\_\_\_ bestehe Übereinstimmung, wobei diese zur Arbeitsfähigkeit nicht Stellung genommen hätten. Mit der Beurteilung des neuropsychologischen Berichtes aus dem Jahr 2015 bestehe keine Übereinstimmung (IV-Nr. 114, S. 24 ff.).

Der neuropsychologische K.\_\_\_\_-Gutachter lic. phil. X.\_\_\_\_ ist nach Vornahme von Anamnese und eingehenden Untersuchungen vom 9. Juni 2016 zur Beurteilung gekommen, das heutige neuropsychologische Testprofil habe aufgrund des leicht mangelnden Antriebs teilweise reduziert leistungsfähige Explorandin gezeigt. Dabei sei aufgefallen, dass, wenn die Explorandin motiviert werde, schnell zu arbeiten, oder wenn ihr mehr Zeit eingeräumt werde, als in der Testanweisung vorgesehen sei, sie zu durchschnittlichen Leistungen fähig sei. Die Merkfähigkeit sei für Bewegungsabläufe, Wörter im Wiedererkennungsmodus, figuales Material, Gegenstände und Testinstruktionen nicht beeinträchtigt. Für Zahlen und Wörter im unmittelbaren Abruf bestehe eine Leistungsverminderung. Die Aufmerksamkeitsfunktionen seien im Sinne der selektiven und der geteilten Aufmerksamkeit erhalten. Die Explorandin habe auch angegeben, dass sie mit dem Auto zur neuropsychologischen Untersuchung gefahren sei. Es müsse somit davon ausgegangen werden, dass die Aufmerksamkeitsfunktionen erhalten seien. Die Frontalhirnfunktionen seien im Sinne der erhaltenen Aufmerksamkeitsfunktionen, Umstellfähigkeit und verbalen sowie figuralen Fluenz nicht beeinträchtigt. Somit finde sich diagnostisch eine leichte neuropsychologische Störung, die vor allem auch durch Störungen des Antriebs bedingt sein dürfte. Zur Arbeitsfähigkeit aus neuropsychologischer Sicht gab der Gutachter an, dass diese zu 10 % beeinträchtigt und durch die psychiatrische Diagnose erklärbar sei. Im Vergleich zu der neuropsychologischen Untersuchung vom 22. April 2015 (Neurologie am F.\_\_\_\_) finde sich heute ein deutlich besseres neuropsychologisches Leistungsprofil. Damals sei eine massiv antriebsgeminderte und psychomotorisch verlangsamte Explorandin zu beobachten gewesen, ebenso eine deutliche Depression, die ist heute nicht mehr zu

beobachten sei. Es finde sich jedoch weiterhin eine leichte Verlangsamung. Die damals festgestellte massive Einschränkung der kognitiven Frontalhirnfunktion bestehe heute nicht mehr (IV-Nr. 114, S. 28 ff.).

Dieser Sachverhalt erscheine ■ so die Vertreterin der Beschwerdeführerin am 24. Februar 2017 ■ als nicht genügend abgeklärt (A.S. 5), worauf die K.\_\_\_\_-Ärzte dazu am 23. März 2017 ergänzend wie folgt Stellung genommen haben (IV-Nr. 134): Im Bericht der Neurologie am F.\_\_\_\_ vom 21. Oktober 2016 würden die Diagnosen aus dem Jahre 2014 übernommen und wie schon damals von einem Zustand nach möglichem Hirninfarkt und der Differentialdiagnose einer peripheren Facialisparese mit Symptomausweitung gesprochen. Im Übrigen werde unter den Diagnosen vor allem auf die initiale Symptomatik und Behandlung eingegangen. Von neueren ischämieverdächtigen Ereignissen werde nicht berichtet. Im Befund werde auf eine verminderte Gesichtssensibilität und Mundastasymmetrie eingegangen, bei der Prüfung der Motorik die Diskrepanz zwischen schwachem Faustschluss und dem Tragen der Handtasche genannt. Zu Recht werde hier die Frage nach Kooperationseinflüssen aufgeworfen. Im Übrigen habe der Hausarzt Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem Brief vom 6. November 2016 dargelegt, dass die Diagnosen nur geringfügige Unterschiede umfassten und sich vor allem die Interpretationen unterschieden. Die diagnostische Einordnung der verschiedenen Symptome sei im K.\_\_\_\_-Gutachten bereits eingehend erörtert worden; hieran habe sich nichts geändert. Die damaligen Überlegungen seien nach wie vor zutreffend, woran auch der letzte Bericht des F.\_\_\_\_ nichts ändere. So werde wohl von einer leichten Halbseitenstörung gesprochen, andererseits auf Diskrepanzen hingewiesen. Konzentrationsstörungen würden als subjektive Beschwerden referiert (IV-Nr. 134, S. 1). Die Ausführungen von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2017 (IV-Nr. 140, S. 14 f.) vermögen im Übrigen, was nachfolgend noch darzustellen ist, am Beweiswert des K.\_\_\_\_-Gutachtens keine Zweifel zu erwecken.

8.3.2 Im psychiatrischen Teilgutachten der N.\_\_\_\_ K.\_\_\_\_, worin vorab die wichtigsten Vorakten angeführt werden (IV-Nr. 114, S. 3 ff.), hat Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, zuerst eine ausführliche Anamnese vorgenommen und den psychiatrischen Befund erhoben, um dann zur Beurteilung und zu den Diagnosen zu gelangen. Schliesslich hat er die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin festgehalten, zu früheren ärztlichen Einschätzungen aus psychiatrischer Sicht Stellung genommen und sich zur Arbeitsfähigkeit geäußert. Seinen Ausführungen lässt sich im Wesentlichen ■ insbesondere ohne die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin anzuführen ■ Folgendes entnehmen (IV-Nr. 146.2, S. 8 f.): Die Explorandin sei ■ was den Befund anbelange ■ eine äusserlich gepflegte Erscheinung. Es falle auf, dass ihre Bewegungen sehr langsam seien. Sie spreche auch langsam. Manchmal scheine sie nach Worten zu suchen. Oftmals verliere sie sich etwas in ihrer Aussage. So wirke das Denken verlangsamt und umständlich. Auch der Antrieb scheine gehemmt zu sein. Gegen Ende der Untersuchung habe die Explorandin eine gewisse Erschöpfung bekundet. Ansonsten sei sie bei klarem Bewusstsein, zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert gewesen. Der Gedankengang entfalte sich formal geordnet, inhaltlich unauffällig. Hinweise für ein psychotisches Geschehen hätten nicht beobachtet werden können; insbesondere könnten Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ich-Störung verneint werden. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis präsentierten sich, abgesehen von leichten Wortfindungsstörungen, unauffällig. Unklar bleibe, ob dies auch mit der Fremdsprachlichkeit zu tun habe. Konzentration und Aufmerksamkeit seien etwas

reduziert. Die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung seien intakt. Psychomotorisch wirke die Explorandin etwas verlangsamt. Im Affekt zeige sie eine bedrückte Stimmungslage. Sie wirke affektiv leicht schwerfällig, jedoch bestünden keine vitale Traurigkeit, kein zirkadianer Rhythmus und keine akuten Suizidfantasien. Die Explorandin sei in der Lage, einen konstanten affektiven Rapport zu etablieren. Das Gespräch gestalte sich etwas zähflüssig. Es fänden jedoch keine Stimmungseinbrüche oder affektive Blockierungen statt. Die Fähigkeit zur Modulation der Affekte sei leicht eingeschränkt. Die Explorandin könne sich jedoch in den Untersuchungsgang gut einpassen. Mimik und Gestik seien adäquat.

Bei der psychiatrischen Beurteilung ist der Gutachter zuerst auf den Gesundheitsschaden eingegangen. Zur Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde hat er festgehalten, dass aus psychiatrischer Sicht vor allem ein depressiver Zustand zu beschreiben sei, bei einer offenbar schon seit etlichen Jahren bestehenden rezidivierenden Störung. Die Ausprägung der Depression sei als leichtgradig zu bezeichnen, einhergehend mit einem somatischen Syndrom. Bei den Feststellungen über die konkreten Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung hat er Folgendes festgehalten: «Bedrückte, traurige, verlangsamte schwerfällige Stimmung, Antriebsstörung mit umständlichem Denken, fragliche kognitive Störung, Schlafstörung.» Was die Abgrenzung der Funktionseinschränkungen, die auf diese Gesundheitsschädigung zurückzuführen seien, von den (direkten) Folgen nicht versicherter Faktoren (invaliditätsfremde Faktoren wie z.B. Arbeitslosigkeit, schwierige wirtschaftliche Lage mangelnde Sprachkompetenzen, Alter, niedriges Bildungsniveau oder soziokulturelle Faktoren) anbelangt, hat der Gutachter festgestellt, dass zurzeit eine Arbeitslosigkeit bestehe. Eine Aggravation liege nicht vor. Zum aktuellen Persönlichkeitsbild und der biographischen Persönlichkeitsentwicklung lässt sich den Ausführungen von Dr. med. V. \_\_\_ entnehmen, dass die Explorandin aufgrund der Anamnese schon seit dem jungen Erwachsenenalter unter depressiven Verstimmungen gelitten habe. Es seien wiederholte psychiatrische Behandlungen durchgeführt worden. Eine Hospitalisation in einer psychiatrischen Einrichtung habe bislang nicht stattgefunden. Die intelligente Explorandin habe in ihrer Heimat ein Hochschulstudium begonnen. Später sei sie in der Schweiz in der Gastronomie und als Chauffeuse tätig gewesen. Die Ehe, aus der die Explorandin zwei erwachsene Kinder habe, sei getrennt worden. Aktuell zeige sich die Explorandin deutlich verstimmt mit einer affektiven Schwere im Sinne eines verminderten Antriebs. Zu den Beeinträchtigungen und vorhandenen persönlichen Ressourcen hat der Gutachter festgestellt, dass erstere in Form von Migräneanfällen, depressiven Verstimmungen und Schluckbeschwerden bestünden. Persönliche Ressourcen seien eher in der Intelligenz zu vermuten. Zum sozialen Kontext hat der Gutachter festgehalten, dass eine leitliniengerechte Anamneseerhebung erfolgt sei und auf die Anamnese verwiesen werden könne (vgl. IV-Nr. 114, S. 12 f.). Zur detaillierten Beschreibung durch Beschwerdeführerin bezüglich Alltag und Umfeld lässt sich dem Bericht von Dr. med. V. \_\_\_ Folgendes entnehmen: Sie stehe zwischen 07.30 und 8 Uhr auf, führe die Körperpflege durch und trinke einen Kaffee. Dann gebe sie sich auf einen Spaziergang in den nahegelegenen Wald. Später frühstücke sie und mache sich im Haushalt zu schaffen. Nachmittags unternahme sie nochmals einen Spaziergang. Sie trainiere auch ihre Kniegelenke und bereite dann ein Nachtessen für sich und den Sohn zu. Gegen Abend sichte sie zusammen mit dem Sohn die Post. Sie sei dabei auf ihn angewiesen, da sie zunehmend vergesslich sei. Abends schaue sie TV oder lese. Sie lese gern Bücher, Krimis oder Klassiker, verfolge das Geschehen in der Politik auch in den Tageszeitungen. An den Wochenenden erhalte sie meistens Besuch von ihrer Tochter. Als

Hobby habe die Explorandin das Malen angegeben. Sie treibe keinen Sport mehr, fahre nicht Velo, benütze jedoch regelmässig das Auto, etwa um ihre Tochter zu besuchen, für den Arzttermin oder den Einkauf. Die Explorandin gebe an, dass der Einkauf in grossen Läden mit vielen Leuten unangenehme Gefühle auslöse. Sie sei nicht Mitglied in einem Verein. Soziale Kontakte würden zu ihren Kindern, zu einigen Kolleginnen und zum Ex-Mann angegeben. Hingegen habe sie keine Verwandten in der Schweiz. Eine letzte Auslandsreise habe 2015 nach Bosnien zusammen mit den Kindern stattgefunden; damals sei die Hochzeit ihrer Tochter gefeiert worden. Die Familie sei mit dem PW gereist. Heute sei die Explorandin vom Ehemann einer Kollegin nach Basel gefahren worden. Im Weiteren hat der Gutachter festgehalten, dass keine aktuellen Akten über Haushaltsabklärungen oder Arbeitstrainings vorlägen. Die soziale Belastung gehe von der finanziellen Lage der Explorandin aus. Sie verfüge derzeit über CHF 400.00 pro Monat und sei zudem auf die Unterstützung durch ihren Sohn angewiesen. Zu den vorhandenen und mobilisierbaren Ressourcen (wie Unterstützung durch das vorhandene soziale Netzwerk, Kommunikationsfähigkeit, Motivation, Therapieadhärenz, etc.), hat der Gutachter festgestellt, dass die Explorandin nicht isoliert wirke, sondern von einigen Kolleginnen berichte, mit denen sie sich verabrede. Was die Behandlungen und Eingliederungen anbelange, habe die Explorandin schon verschiedene ambulante psychiatrische Behandlungen gehabt. Seit drei Monaten sei sie nun wieder bei ihrer früheren Psychiaterin, Dr. med. D.\_\_\_\_, und habe dort alle zwei Wochen Termine. Die Explorandin habe offenbar immer wieder den Psychiater gewechselt. Die medikamentöse Behandlung finde mit Valdoxan statt. Die Behandlung mit Valdoxan habe eine leichte Verbesserung des Schlafs bewirkt, jedoch wirke die Explorandin hinsichtlich der depressiven Verstimmung ungenügend eingestellt. Sie sollte auf ein Präparat mit stärkerer antidepressiver Wirkung umgestellt werden. Die Eingliederungsbemühungen seien durch den Hirnschlag unterbrochen worden. Aus psychiatrischer Sicht wären Eingliederungsmassnahmen im Rahmen der attestierten Arbeitsfähigkeit zumutbar. Zum Thema «Konsistenz» hat der Gutachter Dr. med. V.\_\_\_\_ festgehalten, dass die Explorandin während der Untersuchung ein konsistentes Verhalten gezeigt habe, d.h., die beklagten Symptome entsprächen den auch objektiv nachweisbaren Befunden. Während die Explorandin keiner beruflichen Tätigkeit nachgehe, halte sie doch eine Tagesstruktur aufrecht. Sie bewältige ihren Haushalt, lese Bücher und verfolge das Weltgeschehen in der Tageszeitung. Die Explorandin pflege auch ihre sozialen Kontakte weiter. Sie benütze einen PW, um Besorgungen zu machen. Insofern bestehe eine gewisse Diskrepanz zwischen Beruf und Alltag. Die Explorandin beklage sich über seit 30 Jahren bestehende depressive Verstimmungen. Ganz offensichtlich sei sie jedoch während dieser Zeit auch in der Lage gewesen, in der Gastronomie und als Chauffeuse zu arbeiten, so dass diese depressiven Episoden weder anhaltend noch schwer hätten gewesen sein können. Die Explorandin scheine den psychiatrischen Behandlungsort mehrfach gewechselt zu haben. Genaue Gründe seien nicht bekannt. Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor.

Zusammenfassend hat der psychiatrische Gutachter festgehalten, dass die Explorandin schon seit 30 Jahren bestehende depressive Zustände beklage. Diese Anamnese wirke recht pauschal. Es seien frühere ambulante psychiatrische Behandlungen bekannt, jedoch habe die Explorandin auch stets in der Gastronomie und als Chauffeuse gearbeitet. Heute könne wiederum ein depressives Zustandsbild beschrieben werden mit im Ausmass leichtgradiger depressiver Verstimmung mit leichter Antriebsstörung. Die aktuelle pharmakologische

Behandlung sei angesichts der Symptome suboptimal (IV-Nr. 114, S. 14 ff.). Was die Stellungnahme des Gutachters zu früheren ärztlichen Einschätzungen sowie die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht anbelangt, kann auf die betreffenden Ausführungen in Erwägung II 7.11 hiervor verwiesen werden (s.a. IV-Nr. 114, S. 17).

8.3.3 Die Ausführungen von Dr. med. V. \_\_\_ basieren auf den vollständigen Vorakten (vgl. IV-Nr. 114, S. 3 ff.) und der persönlichen Untersuchung, die am 24. Mai 2016 stattgefunden hat. Im Rahmen der gleichentags erfolgten orthopädischen Anamnese ist im Gutachten festgestellt worden, dass die Unterredung in deutscher Sprache erfolgt und ohne Verständigungsprobleme möglich gewesen sei (IV-Nr. 114, S. 18). Dr. med. D. \_\_\_ hat denn auch am 3. Februar 2017 bestätigt, dass die Beschwerdeführerin sehr gut Deutsch spreche; daran ändert ■ entgegen der Auffassung von Dr. med. D. \_\_\_ (IV-Nr. 130, S. 13) ■ die durch den psychiatrischen Gutachter kundgegebene Unklarheit, die leichten Wortfindungsstörungen der Beschwerdeführerin könnten mit der Fremdsprachlichkeit zu tun haben (IV-Nr. 114, S. 14), nichts. Auf dieser soliden Basis ist Dr. med. V. \_\_\_ zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die er widerspruchsfrei und in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet hat. Der Gutachter hat zu den Angaben der Beschwerdeführerin Stellung genommen und sich damit auseinandergesetzt. Das psychiatrische Teilgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (vgl. E. II 4.2 hiervor) gerecht. Dazu kommt, dass der psychiatrische Gutachter am 23. März 2017 zum neu erstellten Bericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 3. Februar 2017 ausführlich Stellung genommen hat; darin gehe die Ärztin von einer mittel- bis schwergradigen depressiven Episode auf dem Boden früherer traumatischer Belastungen mit konsekutiver 100%iger Arbeitsunfähigkeit aus. Im Bericht werde der jüngste Verlauf zusammengefasst mit der Feststellung, dass nach dem Hirninfarkt eine körperliche Erholung stattgefunden habe, die kognitiven Defizite jedoch fortbeständen; letztere seien auch anlässlich der psychiatrischen Untersuchung aufgetreten und hätten sich in einer Denkverlangsamung/Umständlichkeit bei Wortfindungsstörungen und etwas reduzierter Konzentration und Aufmerksamkeit geäußert. Diese kognitiven Defizite seien durch die neuropsychologische Testung erfasst worden. Der Explorandin sei eine leichte kognitive Beeinträchtigung mit 10%iger Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 114, S. 17) attestiert worden. Was das depressive Zustandsbild im engeren Sinne und die Diskrepanzen zum Schreiben Dr. med. D. \_\_\_ betreffe, möchte er, Dr. med. V. \_\_\_, jedoch an seinen Befunden und der dargestellten Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode mit somatischen Symptomen festhalten. Die Befunde seien im Rahmen der zur Verfügung stehenden Zeit sorgfältig erarbeitet worden. Trotz der eindeutig vorhandenen Depression habe die Explorandin weder völlig verzweifelt noch von der Stimmung oder von den inhaltlichen Denkvorgängen her suizidal gewirkt. Sie habe erklärt, dass sie einen Hirninfarkt einigermaßen gut überstanden habe, was einer vorwärts gerichteten, optimistischen Einstellung entspreche. Die zwei Suizidversuche, die jedoch in der Jugend stattgefunden hätten, seien erfasst worden. Aktuell sei keine akute Suizidalität erkennbar gewesen. Hier ergäben sich deutliche Diskrepanzen zu der Befunderhebung durch Dr. med. D. \_\_\_, die auf mehrere Explorationen verweise, so dass hier womöglich doch eine unterschiedliche Tagesbefindlichkeit eine Rolle spiele. Hingegen habe die Kollegin die Rest-Ressourcen ausgeblendet, dort wo eben Aktivitäten weiterhin vorhanden seien, wie Spaziergänge, Haushaltsarbeit, Administration (zusammen mit dem Sohn), das Lesen von Krimis und klassischer Literatur und das aufrechterhaltene Interesse für das Weltgeschehen. Des Weiteren benutze die Explorandin weiterhin einen PW, wodurch sie

dokumentiere, dass sie sich im Verkehr zurechtfinde. Hier sei anzufügen, dass ein schwer depressiver Mensch in der Regel auf das Lenken eines Motorfahrzeugs verzichte, weil er sich dies nicht mehr zutraue. Nach dem Hirninfarkt sei die Explorandin im Jahr 2015 auch in ihre Heimat gereist, wo sie an der Hochzeit ihrer Tochter teilgenommen habe. Es seien überdies auch soziale Kontakte zu Kolleginnen in der Schweiz angegeben worden. Diese Ressourcen seien den psychopathologischen Befunden gegenüberzustellen, was eine andere Bewertung der Arbeitsfähigkeit als bei der behandelnden Psychiaterin ergebe. Positiv sei die Umstellung auf ein stärkeres Antidepressivum zu werten, wie es im Gutachten vorgeschlagen worden sei. Dieser Therapie sollte man womöglich noch etwas mehr Zeit geben und unter Umständen die Dosierung nochmals anpassen. Somit komme er, der psychiatrische Gutachter, zum Schluss, dass an der Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig leichter Episode und somatischen Symptomen festzuhalten sei. Zusammenfassend ergäben sich durch die nach dem Gutachten eingegangenen Berichte keine neuen Befunde und Argumente, so dass an der Einschätzung in ihrem Gutachten unverändert festzuhalten sei (IV-Nr. 134, S. 2). Dieser Zusammenfassung hat sich die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ am 7. April 2017 angeschlossen (IV-Nr. 136, S. 2).

8.3.4 In der Beschwerde wird angeführt, die G.\_\_\_\_-Gutachter (wohl insbesondere der psychiatrische Gutachter) hätten sich auch in ihrer Stellungnahme vom 23. März 2017 nicht eingehend mit der abweichenden Beurteilung von Dr. med. D.\_\_\_\_ auseinandergesetzt; dazu komme die grosse Diskrepanz in der Beurteilung des Ausmasses der kognitiven Defizite und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 18 f.). In der Tat weichen die Beurteilungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ wie auch Dr. med. I.\_\_\_\_ markant von jenen der K.\_\_\_\_-Gutachter ab. Der Hausarzt attestiert der Beschwerdeführerin seit Jahren eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit (vgl. E. II 6 f. hiervor), die behandelnde Psychiaterin geht in ihrer Stellungnahme vom 3. Februar 2017 ebenfalls von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit aus (IV-Nr. 130, S. 8 ff.). Allerdings hat sich der psychiatrische K.\_\_\_\_-Gutachter mit den abweichenden Beurteilungen im Rahmen der Aktenwürdigung und insbesondere der ergänzenden Stellungnahme vom 23. März 2017 befasst; es kann auf die Ausführungen in Erwägung II 8.3.1 ff. hiervor verwiesen werden. Zu erinnern ist in diesem Zusammenhang daran, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei *lege artis* vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Daher und unter Beachtung der Divergenz von medizinischem Behandlungs- und Abklärungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil des Bundesgerichts I 701/05 vom 5. Januar 2007 E. 2 in fine, mit Hinweisen) kann eine medizinische Administrativ- oder

Gerichtsexpertise nicht stets in Frage gestellt und zum Anlass weiterer Abklärungen genommen werden, wenn die behandelnden Ärzte zu unterschiedlichen Einschätzungen gelangen oder an vorgängig geäußerten abweichenden Auffassungen festhalten. Anders verhält es sich nur, wenn diese objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorbringen, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_558/2010 vom

### **E. 13**

Juli 2004 lässt sich im Wesentlichen Folgendes entnehmen: Zu diagnostizieren seien ein chronisches cervicocephales Syndrom mit/bei Status nach HWS-Distorsionstrauma (April 2001, Oktober 2001), degenerative Veränderungen HWK 5/6 mit ventraler osteophytärer Randausziehung HWK 5, Hypermobilität und anamnestisch neuropsychologische Defizite mit Konzentrations- und Gedächtnisstörungen bei Status nach mehreren Schädeltraumata 1991/2000. Die Arbeitsfähigkeit als Chauffeuse sei bei fehlenden radikulären Schmerzsymptomen nicht wesentlich eingeschränkt. Möglicherweise könnten chronische muskuläre Schmerzen bei längeren Fahrten zu Störungen der Konzentrationsfähigkeit und damit zu einer leichten Behinderung in der Tätigkeit als Chauffeuse führen. Der Versicherten seien alle Tätigkeiten zu 100 % zuzumuten, mit Ausnahme jener, in denen die HWS dauernd in einer Zwangshaltung eingestellt werde (IV-Nr. 37.4, S. 6 ff.).

6.4 In Berücksichtigung der Beurteilung der C.\_\_\_\_-Ärzte ging die Beschwerdegegnerin im Rentenentscheid vom

### **E. 18**

April 2005 von einer Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit von 60 % aus. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens trug die Beschwerdegegnerin dem Umstand der behinderungsbedingten, erschwerten Eingliederung durch einen Abzug von 10 % Rechnung und gelangte so zu einem Invaliditätsgrad von 44 % (IV-Nr. 53, S. 5 f.).

7. Zum Verlauf bis zum Erlass der hier angefochtenen Revisionsverfügung vom 8. Mai 2017 enthalten die Akten insbesondere die folgenden Angaben:

#### 7.1

7.1.1 Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt am F.\_\_\_\_, erstattete der Beschwerdegegnerin am 8. Mai 2008 folgenden Bericht über die bei ihm seit Oktober 2005 in Behandlung stehende Beschwerdeführerin: Zu diagnostizieren seien ein chronifiziertes zervikozephalales Schmerzsyndrom ( ) sowie eine mittelgradige depressive Episode (Diagnose März 2007). Den Gesundheitszustand bezeichnete er als stationär. Die bisherige Tätigkeit (als Chauffeuse) sei ihr ■ wie bisher ■ halbtags zuzumuten. Dabei sei die Leistungsfähigkeit vermindert, was jedoch am Arbeitsplatz durch den Ehemann kompensiert werde. Die Frage, ob der versicherten Person andere Tätigkeiten zuzumuten seien, bejahte Dr. med. E.\_\_\_\_. Aufgrund der wechselnden Intensität der Schmerzbeschwerden seien vor allem berufliche Tätigkeiten geeignet, die eine freie Arbeitszeiteinteilung zuließen. Ungeeignet seien Tätigkeiten, die ein hohes Mass an Konzentrationsfähigkeit voraussetzten. Es sollte sich um eine leichte, wechselbelastende, nicht stereotype Beschäftigung handeln. Unter diesen Bedingungen sei eine 50%ige-Beschäftigung zumutbar, ohne dass die Leistungsfähigkeit vermindert wäre. Diesem Bericht liegen mehrere Verlaufsberichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ an den Hausarzt der Beschwerdeführerin bei (IV-Nr. 70, S. 1 ff.).

7.1.2 Am 18. Mai 2008 erstattete der Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ der Beschwerdegegnerin den gewünschten Bericht. Seinen Ausführungen lässt sich entnehmen, dass bei der eine Viertelsrente beziehenden und seit November 2007 bei ihm in Behandlung stehenden Versicherten chronisch rezidivierende depressive Störungen mit deutlichen Somatisierungstendenzen (...) bei multiplen chronischen Schmerzbeschwerden und anhaltend schwieriger psychosozialer Lebenssituation sowie ein chronifiziertes cervicocephales Schmerzsyndrom bei Status nach HWS Distorsionstrauma (2001) zu diagnostizieren seien. Seit einigen Jahren bestehe eine anhaltende krankheitsbedingte, um zirka 50 % verminderte Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit für alle Tätigkeiten. Ihr Gesundheitszustand sei stationär. Die Prognose bezüglich erneuter Verbesserung ihrer Arbeits-/Erwerbsfähigkeit sei seines Erachtens noch ungewiss (IV-Nr. 71).

7.1.3 Am 14. Oktober 2008 bestätigte dann die Beschwerdegegnerin ■ wie bereits erwähnt ■ den unveränderten Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente (IV-Nr. 75).

7.2 Dr. med. N.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, [...], berichtete am 5. Mai 2012 dem Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. I.\_\_\_\_, über die am 2. Mai 2012 erfolgte Untersuchung und Beratung. Zu diagnostizieren seien ■ so Dr. med. N.\_\_\_\_ ■ ein chronifiziertes zervikospondylogenes Syndrom ( ), thorakovertebrale Schmerzen unklarer Ätiologie bei Flachrücken sowie eine Tendenz zu generalisierten weichteilrheumatischen Beschwerden. Angaben über die Arbeitsfähigkeit machte sie nicht (IV-Nr. 91, S. 28 f.).

7.3 Am 26. April 2013 verfasste Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt Abteilung Viszeralchirurgie, F.\_\_\_\_ AG, an den Hausarzt einen Bericht über die ambulante Konsultation der Beschwerdeführerin; darin diagnostizierte er eine Mischinkontinenz für Harn und Stuhl ( ). Seit der letzten Konsultation am 21. März 2013 hätten lediglich sechs Kontinenzunfälle stattgefunden (IV-Nr. 91, S. 25).

7.4 Im Bericht vom 19. August 2014 diagnostizierte Dr. med. P.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Neurologie, Medizinische Klinik, F.\_\_\_\_, eine periphere Gesichtslähmung links (G 51.9) ( ) sowie den Verdacht auf stattgehabten ischämischen CVI im posterioren Stromgebiet am 9. August 2014 (I 63.0) ( ) (IV-Nr. 91, S. 23 f.).

7.5 Die Ärzte der Neurologischen Klinik am F.\_\_\_\_ berichteten am 22. August 2014 dem Hausarzt der Beschwerdeführerin über deren Hospitalisation vom 9. bis 16. August 2014. Als Hauptdiagnosen stellten die Ärzte den Verdacht auf einen Hirninfarkt im posterioren Stromgebiet am 9. August 2014, differentialdiagnostisch eine periphere Fazialisparese mit Symptomausweitung ( ), sowie eine Mischinkontinenz ( ) (IV-Nr. 91, S. 18 ff.).

7.6 Auf Einweisung der Neurologischen Klinik des F.\_\_\_\_ befand sich die Beschwerdeführerin vom 16. bis

## **E. 23**

August in der Medizinischen Klinik am Q.\_\_\_\_. Die Ärzte diagnostizierten in ihrem Bericht vom 12. September 2014 eine periphere Fazialisparese ( ), den Verdacht auf ischämischen CVI im hinteren Stromgebiet ( ) sowie eine Mischinkontinenz ( ) und attestierten ihr eine vom 16. bis 31. August 2014 dauernde Arbeitsunfähigkeit zu 100 % (IV-Nr. 91, S. 10 ff.).

7.7 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, [...], diagnostizierte in seinem Bericht vom 24. März 2015 an den Hausarzt der Beschwerdeführerin eine «Mediale Gonarthrose Knie links» sowie «Übrige Nebendiagnosen siehe Zuweisungsschreiben» und führte ein Röntgen durch. Als erste operative Massnahme empfahl er eine

«Kniegelenks-Arthroskopie mit Gelenkstoilette» (IV-Nr. 91, S. 8 f.).

7.8 Am 1. April 2015 erstattete Dr. med. I. \_\_\_ den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht. Er diagnostizierte den Verdacht auf einen Hirninfarkt im posterioren Stromgebiet am 9. August 2014, differentialdiagnostisch eine periphere Fazialisparese mit Symptomausweitung ( ), eine mediale Gonarthrose Knie links ( ), ein chronifiziertes zervikospondylogenes Syndrom ( ), Migräne mit Aura ( ), eine depressive Episode ( ), den Verdacht auf neuropsychologische Defizite ( ) sowie Palpitationen LVEF 68 % ( ), unklare Bauchbeschwerden ( ) sowie eine Mischinkontinenz ( ) und attestierte ihr eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 9. August 2014 (IV-Nr. 91, S. 5 ff.).

7.9 Die Ärzte der Neurologischen Klinik am F. \_\_\_ berichteten am 22. April 2015 dem Hausarzt der Beschwerdeführerin über deren ambulante neuropsychologische Untersuchung vom 12. März 2015 bei vermehrten mnestischen Störungen und Vergesslichkeit, DD (Differenzialdiagnose) Depression bei Status nach Hirninfarkt im posterioren Stromgebiet am 9. August 2014 mit peripherer Fazialisparese und Symptomausweitung. Aus rein kognitiver Sicht sei die Patientin aktuell weder fahr- noch arbeitsfähig (IV-Nr. 92).

7.10 Die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ sprach in ihrer Stellungnahme vom 24. August 2015 von einer klaren Verschlechterung der gesundheitlichen Situation und empfahl, ein Medas-Gutachten betreffend die Fachgebiete Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie, Proktologie, gegebenenfalls Gynäkologie und/oder Urologie einzuholen. Sollten die Gutachter hier zur Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung gelangen, wäre aufgrund der seit Juni 2015 geänderten Praxis des Bundesgerichts (Urteil 9C\_492/2015) dazu rechtsgenügend Stellung zu nehmen (IV-Nr. 96, S. 2 ff.).

7.11 Am 15. August 2016 erstatteten die Ärzte des K. \_\_\_, [...], das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene polydisziplinäre Gutachten, nachdem sie die Beschwerdeführerin am 24./25. Mai sowie 7., 9. und 14. Juni 2016 untersucht hatten (IV-Nr. 114, S. 2 ff.). Sie stellten folgende Diagnosen (IV-Nr. 114, S. 36 ff.):

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

1. symptomatische Gonarthrose rechts mehr als links (ICD-10 M17.0)
  - radiologisch mässige mediale und beginnend auch femoropatelläre Arthrose beidseits (Rx 25.5.2016)
2. symptomatische Bouchard-Arthrose Dig. II/III der Hände (ICD-10 M19.04)
  - radiologisch keine höhergradige Veränderung (Rx 25.5.2016)
3. rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.01)
  - leichte kognitive Beeinträchtigungen
4. Mischinkontinenz mit Stuhl und Urin (ICD-10 R32) (anamnestisch und chirurgischer Bericht)
  - St. n. Implantation eines Sakralnervenmodulators bei Stuhlinkontinenz März 2012
  - Belastungsinkontinenz Grad II
  - Stuhlinkontinenz Grad III bei Status nach drei Spontangeburt (1988, 1992, 1994)

## Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

- aktenanamnestisch Status nach Distorsionstrauma der HWS 4/2001 und 10/2001
  - radiologisch Chondrose und Spondylose HWK5/6 (rx 29.3.2012)
  - freie Beweglichkeit der Halswirbelsäule und Schultergelenke ohne fassbare Läsion
2. Status nach peripherer Facialisparesse 8/14 (ICD-10 G51.0)
    - Ausschluss einer spezifischen Infektion
  3. Verdacht auf abgelaufene rechtshemisphärische Ischämie 8/14 (ICD-10 G45)
    - Status nach Thrombolyse und remittiertem sensomotorischem Hemisyndrom
  4. multifaktorielles langjähriges Kopfschmerzsyndrom (ICD-10 G44.8)
    - Migräne und Spannungskopfschmerzkomponenten
  5. Status nach HWS-Distorsionstraumata 2001/2004 (ICD-10 S13.4)
  6. Adipositas mit BMI 31 kg/m<sup>2</sup>(ICD-10 E66.0)
    - Dyslipidämie (ICD-10 R78.0)
  7. Mikrohämaturie (ICD-10 R31)

Im Weiteren haben die K.\_\_\_\_-Ärzte zu «Allgemeines» festgehalten, dass die 1964 in Bosnien geborene Explorandin dort die obligatorische Schule und das Gymnasium absolviert habe. Ein später in Angriff genommenes Geographiestudium habe die Explorandin nicht abgeschlossen. Seit 1989 lebe die Explorandin in der Schweiz, wo sie hauptsächlich im Service, später als Fahrerin tätig gewesen sei. Kurzzeitig habe sie ein eigenes Restaurant als Pächterin geführt. Zuletzt habe die Explorandin einen Kurs des Roten Kreuzes in der Pflege absolviert, wobei sie seit August 2014 nicht mehr arbeitstätig sei. Seit dem Jahr 2002 beziehe sie eine IV-Viertelsrente. Anlässlich der Exploration habe die Explorandin belastungsabhängig verspürte, rechtsbetonte, beidseitige Kniebeschwerden, fast täglich vorhandene Kopfschmerzen, zwischendurch begleitet von Übelkeit, Lärm- und Lichtempfindlichkeit, Schlafstörungen mit der Notwendigkeit, nachts Wasser zu lösen, eine Tagesmüdigkeit, eine stets vorhandene Traurigkeit, eine Gewichtszunahme und Atemnot beim Treppensteigen beklagt. Zudem habe die Explorandin über eine intermittierend auftretende Stuhl- und Urininkontinenz berichtet. Aufgrund ihrer Beschwerden vermöge sich die Explorandin lediglich eine vorwiegend im Sitzen auszuübende Tätigkeit während drei bis vier Stunden pro Tag vorzustellen.

Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in anderen Tätigkeiten führten die K.\_\_\_\_-Ärzte aus, dass die Explorandin über keine abgeschlossene Berufsausbildung verfüge und in der Schweiz in verschiedenen Tätigkeiten berufstätig gewesen sei, so dass sie ■ die Gutachter ■ sich im Folgenden auf die Beschreibung des zumutbaren Tätigkeitsprofils beschränkten. Aus orthopädischer Sicht liessen sich die von der Explorandin beklagten Kniebeschwerden radiologisch objektivieren. Es liege eine symptomatische Gonarthrose rechts mehr als links sowie eine symptomatische Bouchard-Arthrose Dig. II/III der Hände vor. Aus orthopädischer Sicht bestehe somit eine deutlich verminderte Belastbarkeit beider Kniegelenke sowie der Hände, so dass der Explorandin sämtliche überwiegend im Stehen und Gehen zu verrichtenden, körperlich mittelschweren und schweren Tätigkeiten nicht mehr zuzumuten seien. Die chronischen

Nacken-/Schulterbeschwerden der adominanten linken Seite führten nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Körperlich sehr leichte, vorwiegend sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung seien der Explorandin aus orthopädischer Sicht uneingeschränkt zuzumuten. Aus urologischer und gastroenterologischer Sicht bestehe zudem eine Mischinkontinenz für Stuhl und Urin; diese führe für eine aus orthopädischer Sicht zumutbare leichte, wechselbelastende Tätigkeit nicht zu einer Einschränkung. Allerdings sollte der Arbeitsplatz der Explorandin es ihr erlauben, regelmässig eine Toilette aufsuchen zu können. Aus psychiatrischer Sicht könne aktuell eine leichte Episode einer rezidivierenden depressiven Störung mit somatischem Syndrom gestellt werden; diese führe zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % für sämtliche Tätigkeiten, wobei in dieser Einschränkung bereits die aus neuropsychologischer Sicht objektivierbare leichte kognitive Störung berücksichtigt sei. Aus internistischer, neurologischer und gynäkologischer Sicht könnten keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. In der interdisziplinären Konsensbesprechung seien die beteiligten Gutachter zum Schluss gekommen, dass der Explorandin sämtliche körperlich schweren und mittelschweren Tätigkeiten, die vorwiegend im Gehen und Stehen verrichtet werden müssten, nicht mehr zuzumuten seien. Hingegen bestehe in einer körperlich leichten, wechselbelastenden, vorwiegend im Sitzen auszuübenden Tätigkeit, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, ohne Notwendigkeit des Überwindens von Treppen, Leitern oder Gehen auf unebenem Grund, eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Das Pensum könnte mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement vollschichtig umgesetzt werden.

Zum Beginn und Verlauf lässt sich dem Gutachten im Weiteren entnehmen, dass aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde der K.\_\_\_\_-Gutachter, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten davon auszugehen sei, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit mit Sicherheit ab Zeitpunkt des Gutachtens gelten würden. Eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei insbesondere aus psychiatrischer Sicht nicht konklusiv möglich. Im Vergleich zum Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahre 2005 sei es insofern zu einer Besserung des Gesundheitszustands gekommen, indem das chronische zervikozepale Schmerzsyndrom nicht mehr so ausgeprägt sei wie damals und nicht mehr zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führe. Die übrigen Beschwerden am Bewegungsapparat führten zwar zu einer Unzumutbarkeit für körperlich schwere und mittelschwere, vorwiegend im Gehen und Sitzen auszuübende Tätigkeiten, nicht aber zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Verweistätigkeit.

Was die Stellungnahme zur Selbsteinschätzung der versicherten Person/Inkonsistenzen anbelangt, hielten die Gutachter fest, die Explorandin habe anlässlich der Begutachtung angegeben, sich allenfalls eine körperlich leichte Verweistätigkeit in einem Pensum von drei bis vier Stunden vorstellen zu können. Bei psychiatrischer Komorbidität mit nur leichter Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe in einer angepassten Tätigkeit aber eine Arbeitsfähigkeit von 80 %.

Zum Thema «Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen» haben die K.\_\_\_\_-Gutachter auf die jeweiligen Abschnitte in den betreffenden Teilgutachten verwiesen (IV-Nr. 114, S. 39). Der Stellungnahme zu früheren ärztlichen Einschätzungen aus psychiatrischer Sicht kann entnommen werden, dass am 27. Februar 2004 eine Begutachtung im C.\_\_\_\_ in [...] stattgefunden habe. Damals sei neben einem chronischen

zervikozephalen Schmerzsyndrom eine leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung mit somatischem Syndrom festgestellt worden. Später sei der Explorandin eine Viertelsrente bei einem IV-Grad von 44 % zuerkannt worden. Am 9. August 2014 habe sich ein Hirninfarkt ereignet. Vom 18. Mai 2008 liege ein Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, [...], vor; dieser beschreibe eine chronisch rezidivierende depressive Störung mit deutlichen Somatisierungstendenzen bei multiplen chronischen Schmerzbeschwerden und anhaltend schwieriger psychosozialer Lebenssituation. Damals sei eine 50%ige Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit für alle Tätigkeiten postuliert worden. Aufgrund der heutigen Untersuchung könne die zur Chronifizierung neigende rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig in leichtgradigem Ausmass, bestätigt werden (IV-Nr. 114, S. 17).

Aus der Stellungnahme zu früheren Einschätzungen des Bewegungsapparats geht hervor, dass Dr. med. S.\_\_\_\_ in seinem Bericht über die kreisärztliche SUVA-Untersuchung vom 22. Januar 2002 (vgl. IV-Nr. 37, S. 5 ff.) ein leichtes HWS-Syndrom rechts diagnostiziert habe, wobei ab sofort eine Arbeitsfähigkeit gegeben gewesen sei. Im letzten vorliegenden Schreiben vom 27. März 2002 (vgl. IV-Nr. 37.3, S. 1 f.) habe er einen schlechten Allgemeinzustand festgehalten, in welchem die Explorandin nicht arbeiten könne, wobei eindrücklicherweise die psychiatrische Situation im Vordergrund gestanden sei. Ob noch ein organisch erklärbares HWS-Syndrom vorgelegen habe, sei «wie so häufig nur schwer» zu beurteilen. Dieser Einschätzung könne aufgrund der heutigen Untersuchung insoweit gefolgt werden, als bezüglich der Halswirbelsäule keine relevanten Einschränkungen objektivierbar seien. Im Bericht des Zentrums für Medizinische Begutachtung vom

## **E. 27**

Dezember 2010 E. 2.2.2, 8C\_694/2008 vom 5. März 2009 E. 5.1 und Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 51/06 vom 19. September 2006 E. 3.1.2). Derartige Aspekte finden sich in den Ausführungen von Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht. In ihrem Bericht vom 3. Februar 2017 gibt sie über weite Strecken die subjektiven Darstellungen der Beschwerdeführerin wieder. Vor diesem Hintergrund, einem kurzen Befund und einer Fremdanamnese (Tochter der Beschwerdeführerin) ist sie zur bereits erwähnten Diagnose gelangt (vgl. IV-Nr. 130, S. 8 ff.). Weiter ist zu berücksichtigen, dass eine kontinuierliche psychiatrische Behandlung über einen längeren Zeitraum nicht stattgefunden hat. Gemäss den Angaben von Dr. med. D.\_\_\_\_ war die Beschwerdeführerin bei ihr von 2002 bis 2004, erneut im Jahr 2007 und dann erst wieder ab April 2016 (Ankündigung der Begutachtung, vgl. E. I. 3.4 hiervor) in Therapie. Dazwischen fanden kurze Behandlungen im Jahr 2008 und nach dem Hirninfarkt Ende 2014 statt. Von einer trotz konsequenter Behandlung fortbestehenden gravierenden psychischen Symptomatik kann auch vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. Was die Berichte des Hausarztes Dr. med. I.\_\_\_\_ anbelangt, ist festzuhalten, dass einerseits weder die Psychiatrie noch die Neurologie zu seinen Fachgebieten gehören, ist er doch Facharzt für Allgemeinmedizin (vgl. IV-Nr. 91, S. 8) und er im Übrigen die Ausführungen der K.\_\_\_\_-Gutachter grundsätzlich nicht in Frage gestellt hat (vgl. IV-Nr. 140, S. 14). Andererseits gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso ■ wie im vorliegenden Fall bezüglich Dr. med. D.\_\_\_\_ ■ für die behandelnden Spezialärzte

(Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 655/05 vom 20. März 2006 E. 5.4 mit Hinweisen).

8.3.5 Folglich vermögen die Berichte von Dres. med. D.\_\_\_\_ und I.\_\_\_\_ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens, das im Übrigen auf den im Bundesgerichtsurteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 aufgestellten Standartindikatoren basiert, nicht in Frage zu stellen. Weitere medizinische Abklärungen sind ■ entgegen dem Begehren der Beschwerdeführerin ■ nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt.

9. Nach dem Gesagten ist dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_H vom 15. August 2016 grundsätzlich volle Beweiskraft beizumessen. Es bleibt zu prüfen, ob damit eine erhebliche Veränderung des medizinischen Sachverhalts, wie sie für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG vorausgesetzt wird (E. II. 3.1 hiervor), ausgewiesen ist oder ob die unterschiedliche Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (60 % in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2004 [E. II. 6.2 hiervor]; 80 % in einer angepassten Tätigkeit gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_H, vom 15. August 2016 [E. II. 7.11 hiervor]) lediglich auf einer unterschiedlichen Beurteilung des im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhalts basiert.

9.1 Wie dargelegt (E. II. 6.2 hiervor), leitete die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ die von ihr im Jahr 2004 attestierte Reduktion der Arbeitsfähigkeit auf 60 % in einer angestammten Tätigkeit aus den Hauptdiagnosen eines Status nach HWS-Distorsion mit persistierendem chronisch cervicocephalem Schmerzsyndrom und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom, ab. Als Nebendiagnosen wurden unter anderem eine Migräne ohne Aura und Spannungskopfschmerzen sowie ein LWS-Syndrom genannt. Diese Beurteilung der Arbeitsfähigkeit wurde nicht durch alle Ärzte geteilt, die sich damals mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin befassten. So führte das von der Suva eingeholte rheumatologische Gutachten des Spitals L.\_\_\_\_ vom 13. Juli 2004 (IV-Nr. 37.4; E. II. 6.3 hiervor) zum Ergebnis, zu diagnostizieren sei ein chronisches cervicocephales Syndrom (bei Status nach HWS-Distorsionstrauma im April 2001 und Oktober 2001 sowie degenerativen Veränderungen HWK 5/6). Die Beschwerdeführerin könne jedoch alle Leistungen, bei denen keine andauernde Zwangsstellung der HWS vorhanden sei, zu 100 % ausüben (IV-Nr. 37.4, S. 11). Auch der Suva-Kreisarzt Dr. med. S.\_\_\_\_ hielt ■ u.a. gestützt auf eine Abklärung durch den Neurologen Dr. med. Y.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2002 (IV-Nr. 37.4, S. 19 f.) ■ fest, es bestehe vorbehaltlich einer nicht durch ihn zu beurteilenden psychiatrischen Symptomatik keine Arbeitsunfähigkeit mehr (IV-Nr. 37.9, S. 29; vgl. auch IV-Nr. 37.3).

9.2 Die Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_H, äussert sich in ihrem Gutachten vom 15. August 2016 an mehreren Stellen zur Frage, ob eine Veränderung eingetreten sei. So wird erklärt, eine retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit sei insbesondere aus psychiatrischer Sicht nicht konklusiv möglich (IV-Nr. 114, S. 38 f.). Eine erhebliche Veränderung im Bereich des psychischen Leidens wird demnach nicht als ausgewiesen betrachtet. Ein Vergleich der diesbezüglichen Einschätzungen und Darlegungen bestätigt diesen Eindruck. Auch die Diagnose (rezidivierende Episode, gegenwärtig leichte Episode mit somatischem Syndrom) wird in beiden Gutachten übereinstimmend formuliert (IV-Nr. 22.1, S. 15; IV-Nr. 114, S. 17).

Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung dar, die erhebliche Verbesserung ergebe sich daraus, dass die im Jahr 2004 durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ festgestellte Verspannung der Nackenmuskulatur mit geringgradiger Einschränkung der Kopfdrehung nach links nun nicht mehr festgestellt worden sei. Die Lektüre des aktuellen Gutachtens der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_H, lässt aber auch in diesem Punkt die Annahme als naheliegender erscheinen, es handle sich um eine abweichende Beurteilung: Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. Z.\_\_\_\_ hält fest, die Kopfdrehung sei auch bei seiner Untersuchung zunächst eingeschränkt, unter Ablenkung aber vollkommen frei und ohne Schmerzen möglich gewesen (IV-Nr. 14, S. 23, vgl. auch S. 19). Er führt die abweichende Beurteilung demnach auf die unkritische Haltung der Vorgutachter zurück; dies erscheint als plausibel, bildet aber keine Grundlage für die Annahme einer erheblichen Veränderung. Dementsprechend führt Dr. med. Z.\_\_\_\_ aus, der damaligen Einschätzung einer hochgradig eingeschränkten Arbeitsfähigkeit könne angesichts der dokumentierten marginalen Befunde keinesfalls gefolgt werden (IV-Nr. 114, S. 23). Es kommt hinzu, dass die adaptierte Tätigkeit im Gutachten von 2004 ausdrücklich als solche ohne erhöhte Rotationsbelastung des Kopfes beschrieben wurde (IV-Nr. 22.1, S. 18), so dass sich eine allenfalls verbesserte Kopfbeweglichkeit (von der allerdings nach dem Gesagten nicht auszugehen ist) nicht erheblich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken dürfte.

Die Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_, sieht eine Verbesserung darin, dass «das chronische Schmerzsyndrom nicht mehr so ausgeprägt ist wie damals und nicht mehr zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führt» (IV-Nr. 114, S. 38 f.). Die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ diagnostizierte im Jahr 2004 unter diesem Aspekt einen Status nach HWS-Distorsion April und Oktober 2001 mit persistierendem chronisch cervicocephalem Schmerzsyndrom (IV-Nr. 22.1, S. 16). Im Text wurde erklärt, man finde von organischer Seite her ein leichtes Cervicalsyndrom mit Verspannung der Panvertebralmuskulatur und lediglich geringgradiger Einschränkung der Kopfdrehung nach links. Neurologische Ausfälle fänden sich nicht. Bezüglich der geklagten Kopfschmerzen stehe im Vordergrund eine Migräne. Daneben fänden sich Spannungskopfschmerzen (IV-Nr. 22.1, S. 17). Die Beschwerdeführerin erwähnte als Hauptschwierigkeit «Kopfschmerzen und Nackenschmerzen, welche kommen und gehen und immer auf der Schmerzskala von 10 mit 2 bis 3 vorhanden seien. In Schmerzspitzen würden diese Schmerzen auf 7 bis 8 ansteigen, bei 9 sei sie dann nahe an der Ohnmacht.» (IV-Nr. 22.1, S. 12). Gegenüber dem Neurologen wurden zwei Arten von Kopfschmerzen (druckartige Kopfschmerzen, Migräne) sowie permanente Nackenschmerzen von unterschiedlicher Intensität erwähnt (IV-Nr. 22.1, S. 11). Damals auch vorliegende andere Stellungnahmen massen dem cervicocephalen Syndrom keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei (vgl. E. II. 9.1 hiervor). Der Neurologe der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_, diagnostiziert im August 2016 ein multifaktorielles langjähriges Kopfschmerzsyndrom (Migräne und Spannungskopfschmerzkomponenten), dem er keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimisst (IV-Nr. 114, S. 26). Weiter hält er fest, betreffend die Kopfschmerzen, die schon damals mit das klinische Bild geprägt hätten, sei «nach wie vor» von einem Misch- oder multifaktoriellen Kopfschmerzsyndrom auszugehen, wobei Spannungskopfschmerz, Migräne und wahrscheinlich auch Komponenten eines Schmerzmittelabusus vorliegen dürften (IV-Nr. 114, S. 27). Zum Verlauf hält er fest, auch retrospektiv ergebe sich keine höhere Einschränkung (IV-Nr. 114, S. 27); daraus lässt sich keine erhebliche Veränderung ableiten.

Der Allgemeininternist attestiert weder aktuell noch in der Vergangenheit eine Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 114, S. 11).

9.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, auf deren Gutachten die Zusprache einer Viertelsrente mittels Verfügung vom 18. April 2005 basierte, eine Arbeitsunfähigkeit attestierte, die angesichts der Befunde, welche die Gutachter selbst als gering bezeichnen, vergleichsweise hoch ausgefallen ist. Diese hohe Arbeitsunfähigkeit basierte aber nicht auf einem erkennbaren groben Fehler oder auf einem Versehen, sondern bewegte sich im Rahmen der gutachterlichen Ermessenshandhabung, welche die Organe der Rechtsanwendung zu respektieren haben, solange die Gutachter wie hier lege artis vorgegangen sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_200/2018 vom 7. August 2018 E. 6.3 mit Hinweisen). Es kann nicht von einer Beurteilung gesprochen werden, die nach damaliger Sach- und Rechtslage in keiner Weise vertretbar gewesen wäre. Deshalb liegt auch keine zweifellose Unrichtigkeit vor, die zur Folge hätte, dass die angefochtene Verfügung mittels einer substituierten Begründung (Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG) zu bestätigen wäre (vgl. BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die nunmehrige Einschätzung durch die Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_, beruht auf einer umfassenden und überzeugenden Abklärung, liefert aber keine klaren Hinweise auf eine erhebliche Veränderung: Weder der psychiatrische noch der neurologische Teilgutachter benennen eine konkrete Veränderung. Der Orthopäde Dr. med. Z.\_\_\_\_ beurteilt das Zervikalsyndrom vor allem deshalb abweichend von der Vorbegutachtung, weil er andere Massstäbe und Methoden (z.B. Prüfung der Kopfbeweglichkeit unter Ablenkung) anwendet. Auch darin liegt keine erhebliche Veränderung. Ferner sind neue Beschwerden hinzugekommen (namentlich Gonarthrosen, Arthrosen an den Händen und eine urologische Problematik mit Mischinkontinenz); diese sind zwar laut dem Gutachten, das auch insoweit zu überzeugen vermag, nicht geeignet, eine relevante Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Sie bilden aber einen zusätzlichen Faktor, der gegen die Annahme einer erheblichen Verbesserung spricht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_91/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.2). Auch vor diesem Hintergrund kann nicht gesagt werden, das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin habe sich gegenüber der Situation im Zeitpunkt der Rentenzusprechung erheblich verbessert.

9.4 Wie sich aus den vorstehenden Erwägungen ergibt, ist eine erhebliche Veränderung des Gesundheitszustands oder der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht ausgewiesen. Damit fehlt es an einem Revisionsgrund, und es bleibt beim bisherigen Rechtszustand (E. II. 4.3 hiervor am Ende). Die Beschwerdeführerin hat somit auch über 30. Juni 2017 hinaus Anspruch auf eine Viertelsrente. Die Beschwerde ist in diesem Sinn teilweise gutzuheissen, und die angefochtene Verfügung ist aufzuheben.

10. Die obsiegende Beschwerdeführerin hat Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG); diese ist entsprechend der Kostennote vom 20. Oktober 2018 (A.S. 49 f.) auf CHF 2'229.10 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festzusetzen.

11. 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. Ausgemäss sind die Verfahrenskosten von CHF 600.00 der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen.

Demnach widerkannt:

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit 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 Zwischenentscheidungen (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

Häfliger

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