

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.201 vom 13. Juni 2017**

SO Obergericht, 2017-06-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.201](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.201)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.201 du 13 juin 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.201 del 13 giugno 2017

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die 1968 geborene A.\_\_\_\_, [...], meldete sich am 4. April 2007 bei der IV-Stelle des Kantons [...] (nachfolgend SVA) zum Bezug von IV-Leistungen an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2).

1.2 Die SVA holte Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, [...], vom 18. April (IV-Nr. 4, mit Beilagen) und 26. Juli 2007 (IV-Nr. 11) sowie von C.\_\_\_\_, Psychologin lic. phil., [...], vom 17. Oktober 2007 (IV-Nr. 14, mit Visum von Dr. med. B.\_\_\_\_) und einen Bericht der damaligen Arbeitgeberin vom 30. Juli 2007 (IV-Nr. 12) ein. Anschliessend liess sie Dr. med. D.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) am 10. Dezember 2007 zur Sache Stellung nehmen (IV-Nr. 20). Eine Berufsberatung wurde in Angriff genommen und am 8. Juli 2008 abgeschlossen (IV-Nr. 31). Gleichentags erging ein Vorbescheid, mit dem der Beschwerdeführerin die Zusprache einer halben Rente ab 1. Januar 2007 in Aussicht gestellt wurde (IV-Nr. 32). Mit Verfügung vom 3. Oktober 2008 wurde in diesem Sinn entschieden (IV-Nr. 41).

### **E. 2**

2.1 Am 4. März 2010 beantragte die nunmehr im Kanton Solothurn wohnhafte Beschwerdeführerin sinngemäss eine Rentenerhöhung. Sie erklärte, sie habe zwei Unfälle erlitten und sei seit Juni 2008 arbeitsunfähig (IV-Nr. 50.1). Am 19. Mai 2010 überwies die SVA die Akten zuständigkeitshalber an die IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin; IV-Nr. 53).

2.2 Bei einem Verkehrsunfall vom 15. August 2008 zog sich die Beschwerdeführerin u.a. eine distale Radiusfraktur rechts zu (vgl. IV-Nr. 62.27, S. 3 und 62.28, S. 3ff.). Sie bezog in der Folge Leistungen des obligatorischen Unfallversicherers, der Schweizerischen Unfallversicherungsanstalt (Suva). Die Suva sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Mai 2010 eine Integritätsentschädigung von 20 % zu (IV-Nr. 62.13), lehnte es aber mit Verfügung vom 5. Juli 2012 (IV-Nr. 67) und Einspracheentscheid vom 26. März 2013 (AK-Nr. 81) ab, eine Invalidenrente auszurichten, was das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 24. Juni 2014 bestätigte (Verfahren VSBES.2013.130; IV-Nr. 142.128).

2.3 Die Beschwerdegegnerin leitete am 14. Februar 2011 eine eingliederungsorientierte Rentenrevision ein. Die Beschwerdeführerin erklärte auf dem entsprechenden Fragebogen, ihr Gesundheitszustand habe sich seit 2008 verschlimmert (IV-Nr. 55). Die Beschwerdegegnerin holte bei Dr. med. B.\_\_\_\_ einen Arztbericht vom 3. März 2011 ein (IV-Nr. 57) und unterbreitete die Akten dem RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH (IV-Nr. 66); dieser empfahl am 3. Oktober 2012, nach Vorliegen der Suva-Verfügung vom 5. Juli 2012 (IV-Nr. 67), eine psychiatrische Begutachtung

(IV-Nr. 70).

2.4 Am 29. Januar 2013 verfasste Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], im Auftrag der Beschwerdegegnerin ein Gutachten (IV-Nr. 76.1). Dazu nahm Dr. med. B.\_\_\_\_ am 21. März 2013 gegenüber der Beschwerdegegnerin Stellung. Er vertrat die Meinung, es sei auch ein rheumatologisches Gutachten notwendig (IV-Nr. 78.1). Dr. med. E.\_\_\_\_ vom RAD, äusserte sich dazu am 24. April 2013 und empfahl, weitere Akten bei Dr. med. B.\_\_\_\_ einzuholen (IV-Nr. 85). Dr. med. B.\_\_\_\_ reichte am 21. Mai 2013 einen weiteren Bericht ein, dem zahlreiche andere Unterlagen beigelegt waren (IV-Nr. 86). Dr. med. E.\_\_\_\_ vom RAD nahm am 26. Juni 2013 eine Beurteilung vor (IV-Nr. 88).

## **E. 2.2**

hiervor), davon ausgegangen worden, die Beschwerdeführerin könne aus Sicht der Unfallfolgen eine dem von Dr. med. L.\_\_\_\_ formulierten Zumutbarkeitsprofil (E. II. 8.2 hiervor) entsprechende Tätigkeit vollzeitlich ausüben (vgl. IV-Nr. 144, S. 9).

Diese Betrachtungsweise kann für das vorliegende, die Invalidenversicherung betreffende Verfahren grundsätzlich übernommen werden. Die Aktenlage bietet keine Grundlage für eine abweichende Beurteilung. Die somatischen Folgen des Unfalls vom 15. August 2008 ■ einschliesslich der ab März 2015 geklagten und von der Suva als Rückfall übernommenen Beschwerden ■ sind demnach nicht geeignet, einen Rentenanspruch zu begründen. Soweit im Einspracheentscheid der Suva die psychischen Beschwerden als nicht (adäquat) unfallkausal bezeichnet werden (IV-Nr. 144 S. 10 f.), ändert dies an der IV-rechtlichen Situation nichts. So ist diesbezüglich nunmehr hinreichend geklärt, dass keine psychische Störung mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit besteht. Eine Differenz zwischen der Beurteilung der Unfallversicherung und jener der Beschwerdegegnerin besteht einzig insoweit, als diese davon ausgeht, auch bei den im Bericht des Instituts I.\_\_\_\_ vom 19. April 2016 erwähnten Untersuchungsergebnissen handle es sich um Unfallfolgen (vgl. Beurteilung der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 2. Mai 2017, E. II. 8.18 hiervor), während die Suva von einem unfallfremden Krankheitsbild ausgeht (vgl. IV-Nr. 144 S. 8 f.). Diese Abweichung ist jedoch nicht entscheidend. Denn gemäss der überzeugenden Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_ kommt der nunmehr elektroneurographisch nachgewiesenen demyelisierenden Schädigung des rechten Nervus Radialis keine Relevanz für das Zumutbarkeitsprofil zu, nachdem in der Untersuchung eine Parese (klinisch nachweisbare Lähmung des Nervus radialis) explizit ausgeschlossen wurde (vgl. E. II. 8.17.10 hiervor). Auch ein erheblicher, potenziell rentenbegründender Einfluss des überdies diagnostizierten Sulcus ulnaris-Syndroms auf die Arbeitsfähigkeit kann mit hinreichender Zuverlässigkeit ausgeschlossen werden, dies auch vor dem Hintergrund der in mehreren Berichten erwähnten Inkonsistenzen (vgl. E. II. 8.7, 8.17.3, 8.17.6) und der fehlenden Muskelatrophie rechts.

9.3 Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 15. April 2014 (IV-Nr. 103) im Ergebnis zu Recht davon ausgegangen ist, der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich gegenüber dem Zeitpunkt der Rentenzusprache (Verfügung vom 3. Oktober 2008 [IV-Nr. 41]) erheblich verbessert, und es sei ihr seit Sommer 2011 möglich, eine leichte, angepasste Tätigkeit mit vollem Pensum und voller Leistung auszuüben. Die Aufhebung der Rente per 31. Mai 2014 ist daher zu bestätigen. In der anschliessenden Zeit bis zum Erlass der Verfügung vom 13. Juni 2017 hat

sich der Gesundheitszustand nicht in einer Weise verändert, die erneut einen Rentenanspruch hätte entstehen lassen. Die Beschwerdegegnerin hat daher einen solchen ebenfalls zu Recht verneint. Die Beschwerde ist abzuweisen.

### **E. 3**

3.1 Mit Vorbescheid vom 12. November 2013 (IV-Nr. 91) kündigte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin an, die laufende halbe Rente aufzuheben. Die Beschwerdeführerin liess am 6. Januar 2014 Einwände erheben (IV-Nr. 95) und reichte überdies ein neues, vom 13. Dezember 2013 datiertes Anmeldeformular ein (IV-Nr. 96).

3.2 Mit Verfügung vom 15. April 2014 entschied die Beschwerdegegnerin im Sinne des Vorbescheids und hob die Rente mit Wirkung per 31. Mai 2014 auf (IV-Nr. 103).

3.3 Am 22. Mai 2014 liess die Beschwerdeführerin gegen die Verfügung vom 15. April 2014 beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben (IV-Nr. 107, S. 3 ff.). Mit der Beschwerdeschrift wurde u.a. eine Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_\_ und lic. phil. C.\_\_\_\_ vom 15. Mai 2014 (IV-Nr. 107, S. 23) eingereicht.

3.4 Mit Urteil vom 22. September 2015 (IV-Nr. 116) hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde in dem Sinne gut, dass es die Verfügung vom 15. April 2014 aufhob und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückwies, damit sie eine psychiatrische Abklärung vornehme und hierauf neu entscheide. In den Erwägungen hielt das Gericht fest, die Feststellungen der Beschwerdegegnerin seien in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand nicht zu beanstanden. Demgegenüber erlaube das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ keine Beurteilung gemäss den durch das zwischenzeitlich ergangene Bundesgerichtsurteil BGE 141 V 281 massgebend gewordenen Grundsätzen. Daher sei eine erneute psychiatrische Begutachtung unumgänglich.

3.5 Auf die von der Beschwerdegegnerin am 28. Oktober 2015 gegen das Urteil des Versicherungsgerichts erhobene Beschwerde (IV-Nr. 118) trat das Bundesgericht mit Urteil 9C\_803/2015 vom 25. November 2015 nicht ein (IV-Nr. 120).

### **E. 3.2**

mit Hinweisen).

4.

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360; 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine

Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148; 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C\_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C\_101/2010 vom 3. Mai 2010 E.

#### **E. 4**

4.1 Am 17. Dezember 2015 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, sie beabsichtige, bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], ein psychiatrisches Gutachten einzuholen (IV-Nr. 122). Dr. med. G.\_\_\_\_ erstattete das Gutachten am 30. Mai 2016 (IV-Nr. 130, S. 2 ff.). Die Beschwerdegegnerin holte eine Beurteilung von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 133) ein. Anschliessend stellte sie der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 19. Januar 2017 (IV-Nr. 134) in Aussicht, die Rente werde per 1. Juni 2014 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin liess am 22. Februar 2017 vorsorglich Einwände erheben (IV-Nr. 135), die am 14. März 2017 bestätigt und ergänzt wurden (IV-Nr. 137). Mit dieser Rechtsschrift wurde ein Bericht des Instituts I.\_\_\_\_, [...], vom 19. April 2016 (IV-Nr. 137 S. 5 ff.) eingereicht.

4.2 Die Beschwerdegegnerin holte eine weitere Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, vom 2. Mai 2017 (IV-Nr. 141) ein und zog die Akten der Suva bei (IV-Nr. 142).

4.3 Mit Verfügung vom 13. Juni 2017 (IV-Nr. 143; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) hob die Beschwerdegegnerin die Rente der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Juni 2014 auf. Einer Beschwerde gegen diese Verfügung entzog sie die aufschiebende Wirkung.

#### **E. 4.1**

und 9C\_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

4.2 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 352 E. 3a). 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; 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.3 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).

5. Eine umfassende Abklärung der medizinischen Situation wurde vor der Verfügung vom 3. Oktober 2008 vorgenommen, mit der die Beschwerdeführerin der Beschwerdeführerin aufgrund eines Invaliditätsgrads von 58 % eine halbe Rente zusprach (IV-Nr. 39). Diese Rentenverfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft. Sie ist als massgebende Vergleichsbasis heranzuziehen, da inzwischen keine umfassende Anspruchsprüfung mehr stattfand. Zu prüfen ist, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in der Zeit von Oktober 2008 bis April 2014 (für die Rentenaufhebung massgebender Zeitpunkt, vgl. Art. 88bisIVV und E. II. 3.5 hiervor) respektive bis zum Erlass der hier angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2017 in anspruchserheblichem Ausmass geändert hat.

6. Die Verfügung vom 3. Oktober 2008 (IV-Nr. 41) beruhte im Wesentlichen auf der folgenden medizinischen Aktenlage:

6.1 Dr. med. B. \_\_\_ diagnostizierte in seinem Bericht vom 18. April 2007 (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einen chronischen Tennisellbogen rechts sowie eine Depression und attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 25. Januar 2006 bis mindestens 31. Mai 2007 sowie eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Juni 2007. Sie könne keine Schwerarbeit wie damals bei der Firma J. \_\_\_ mehr verrichten, jedoch leichte Arbeiten ohne Heben von schweren Lasten und solche über Kopf; letzteres wäre während acht Stunden pro Tag möglich (IV-Nr. 4).

6.2 In seinem Verlaufsbericht vom 26. Juli 2007 erklärte Dr. med. B. \_\_\_, die Beschwerdeführerin sei seit 12. Juni 2007 ■ bei unveränderter Diagnose ■ wieder zu 100 % arbeitsunfähig sei (IV-Nr. 11, S. 5).

6.3 Die Psychologin C. \_\_\_ bezeichnete in ihrem durch Dr. med. B. \_\_\_ mitunterzeichneten Bericht vom 17. Oktober 2007 den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als besserungsfähig. Sie diagnostizierte eine mittelgradige depressive Episode, eine somatoforme Schmerzstörung und einen Status nach langjähriger Misshandlung (IV-Nr. 14).

6.4 Dr. med. D. \_\_\_ vom RAD attestierte der Beschwerdeführerin am 10. Dezember 2007 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten, schweren körperlichen Arbeit. Für eine ihren Leiden angepasste, überwiegend leichte Tätigkeit sei von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit (vier bis fünf Stunden) auszugehen (IV-Nr. 19).

7. In der Folge wurde der Beschwerdeführerin ■ wie bereits erwähnt ■ mit Verfügung vom 3. Oktober 2008 ab 1. Januar 2007 eine halbe IV-Rente zugesprochen (IV-Nr. 41).

8. Über den weiteren Verlauf bis zum Erlass der ursprünglichen Verfügung vom 15. April 2014 ist den Akten insbesondere Folgendes zu entnehmen:

8.1 Die Beschwerdeführerin war zunächst am 10. Juni 2008 von einer Heckauffahrkollision betroffen (vgl. IV-Nr. 62.15, S. 5; IV-Nr. 142.214). In der Folge erlitt sie am 15. August 2008 in der Türkei einen Verkehrsunfall. Gemäss einer in den Akten

enthaltenen Schilderung war sie Beifahrerin in einem Personenwagen, der auf der Autobahn von der Fahrbahn abkam und sich überschlug (IV-Nr. 62.27, S. 3). Die Beschwerdeführerin zog sich unter anderem eine Gesichtsverletzung und eine distale Radiusfraktur rechts zu (vgl. IV-Nr. 62.25, S. 1). Nach anfänglicher konservativer Behandlung zeigte sich, dass die Radiusfraktur in Fehlstellung (Verkürzung und Dorsaldislokation) verheilt war. Deshalb wurde am 22. Januar 2009 im Kantonsspital [...], Orthopädische Klinik, ein operativer Eingriff durchgeführt (Radiuskorrektur-Osteotomie rechts mit Beckenkamm-Interponat; vgl. IV-Nr. 62.22 und 62.20, S. 11). Nach grundsätzlich günstigem postoperativem Verlauf (vgl. IV-Nr. 62.20), aber bei weiterhin erheblich eingeschränkter Handgelenksfunktion, wurde am 24. August 2009 die Metallentfernung sowie Tenolyse und Arthrolyse am Handgelenk rechts vorgenommen (IV-Nr. 62.18, S. 12). In der Folge berichtete Dr. med. K.\_\_\_\_, der die Operationen durchgeführt hatte, über deutlich verminderte Schmerzen bei allerdings eingeschränkter Supinationsfähigkeit (IV-Nr. 62.18, S. 3 und 7).

8.2 Die Suva teilte der Beschwerdeführerin am 10. Februar 2010 mit, sie werde ihre Leistungen für das Ereignis vom 15. August 2008 per 15. Februar 2010 einstellen (IV-Nr. 62.18, S. 2). Dr. med. K.\_\_\_\_ regte daraufhin an, die Beschwerdeführerin, welche über permanente Schmerzen am rechten Arm klage und eine massiv eingeschränkte Supination aufweise, kreisärztlich untersuchen zu lassen (IV-Nr. 62.16, S. 1).

Der Suva-Kreisarzt Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Chirurgie FMH, schrieb in seinem Bericht vom 22. April 2010 (IV-Nr. 62.15) zum Befund am rechten Handgelenk, es bestünden eine erhebliche Belastungsintoleranz und Bewegungseinschränkung, bewegungs- und belastungsabhängige Schmerzen sowie eine leichte Funktionseinschränkung in Bezug auf Kraft und Faustschluss. Bildgebend zeigten sich eine verheilte, korrigierte Radiusosteotomie, Gelenkflächen in ordentlicher Stellung und eine korrigierte Ulnalänge. Es bestünden mässige arthrotische Veränderungen im Gelenkspalt radiokarpal sowie eine mässige Inaktivitätsosteoporose. Er, der Kreisarzt, könne sich nicht vorstellen, dass man mit einer weiteren Operation eine wesentliche Verbesserung der heutigen Situation erreichen könne. Zur Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. L.\_\_\_\_ aus, bis anhin sei keine Arbeitsfähigkeit bestätigt worden in einem Teilpensum von etwa sechs Stunden pro Woche bei einer halben IV-Rente. Der Arbeitsplatz sei gekündigt worden. Grundsätzlich seien leichte Reinigungsarbeiten im vorgegebenen Pensum problemlos möglich. Es sei selbstverständlich, dass Schwerarbeiten nicht ausgeführt werden könnten. Vollzeitlich zumutbar seien wechselbelastende leichte Tätigkeiten mit vereinzelt Zusatzbelastungen von Boden bis Tischhöhe

## **E. 5**

10 kg mit Abspreizbewegungen im Rahmen von 5 kg. Freie unbelastete Bewegungen mit dem rechten Arm seien möglich. Nicht zumutbar seien kraftvolle Zug-, Stoss- und Drehbewegungen, kraftvolles repetitives Zupacken, andauernde Schläge und Vibrationen. Aufgrund der Funktionseinschränkungen und der strukturellen Veränderungen sei eine Integritätsentschädigung von 15 % gerechtfertigt (IV-Nr. 62.14, S. 2). Unter zusätzlicher Berücksichtigung der Narbe an der linken Wange nach Ablederung (beim Unfall vom 15. August 2008) wurde die Integritätsentschädigung auf 20 % festgelegt (IV-Nr. 62.14 S. 1) und in dieser Höhe mit Verfügung vom 28. Mai 2010 zugesprochen (IV-Nr. 62.13).

8.3 Am 14. Februar 2011 initiierte die Beschwerdegegnerin eine eingliederungsorientierte Rentenrevision, anlässlich der die nicht erwerbstätige

Beschwerdeführerin am 22. Februar 2011 angab, dass sich ihr Gesundheitszustand seit 2008 verschlechtert habe. Als Änderung führte sie «Rechtes Handgelenk, linker Ellbogen, Hals-Nacken, Kopfschmerzen» an (IV-Nr. 55).

8.4 In dem durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht diagnostizierte Dr. med. B.\_\_\_\_ am 3. März 2011 ■ mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ■ eine Depression (F32.1), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine Störung nach langjähriger Misshandlung (Y09) sowie einen Status nach Autounfall am 10. August 2008 mit komplizierter Radiusfraktur rechts und schweren Gesichtsverletzungen. Er attestierte der Beschwerdeführerin eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit ab 1. Januar 2010 und bezeichnete ihren Gesundheitszustand als stationär. Die bisherige Arbeit sei ihr nicht mehr, eine andere im Rahmen von vier Stunden pro Tag bei einer maximalen Leistungsfähigkeit von 50 % zuzumuten (IV-Nr. 57).

8.5 Im weiteren Verlauf wandte sich die Beschwerdeführerin an Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberarzt Handchirurgie, [...] Klinik, ; dieser führte in seinem Bericht vom 21. April 2011 aus, seines Erachtens sei ein Grossteil der Beschwerden auf die immer noch bestehende Ulnaüberlänge zurückzuführen, er empfehle deshalb ■ wie vor ihm bereits Dr. med. K.\_\_\_\_ ■ eine Korrekturosteotomie (IV-Nr. 62.2, S. 3 f.). Dr. med. K.\_\_\_\_ erklärte am 21. Mai 2012 nach erneuter Untersuchung, um die Supination zu verbessern und zur Schmerzreduktion empfehle er die Operation nach Sauvé-Kapandji. Die von der Beschwerdeführerin gewünschte Garantie, dass sie danach beschwerdefrei werde, könne er natürlich nicht geben. Es seien keine weiteren Kontrollen geplant (IV-Nr. 86, S. 23 f.). Am 22. Juni 2012 liess die Beschwerdeführerin der Suva mitteilen, sie werde sich keiner weiteren Operation unterziehen (IV-Nr. 142.185).

8.6 Mit der bereits erwähnten Verfügung vom 5. Juli 2012 verneinte die Suva einen Anspruch auf eine Invalidenrente der Unfallversicherung (IV-Nr. 67; 142.183). Diese Verfügung wurde in der Folge mit dem Einspracheentscheid vom 26. März 2013 (IV-Nr. 81; 142.164) und dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 24. Juni 2014 (VSBES.2013.130; IV-Nr. 142.128) bestätigt.

8.7 Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für plastisch-rekonstruktive und ästhetische Chirurgie, erstattete am 16. September 2012 im Auftrag des Vertreters der Beschwerdeführerin ein Kurzgutachten. In seiner Beurteilung führte er aus, nach in Fehlstellung verheilte Fraktur der Speiche sei korrekterweise eine Korrekturosteotomie vorgenommen worden. Diese Operation sei geglückt und gut verheilt. Das Metall sei entfernt. Als Residuum verbleibe eine verhältnismässig zu lange Elle, die durch eine leichte Verkürzung im Frakturbereich der Speiche zustande gekommen sei; dies erfordere eine Verkürzung der Elle, wie sie schon von Dr. med. M.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 8.5 hiavor) vorgesehen worden sei. Das zu erwartende Resultat sei in der Regel gut und dürfte sich positiv auf die angegebene Schmerzsymptomatik auswirken. Wenn nicht operiert werde, werde sich die Situation mit grösster Wahrscheinlichkeit nicht verbessern. Die Beschwerdeführerin sei aber angstgesteuert und befürchte, dass sie dann ihre Hand gar nicht mehr einsetzen könne; dies lasse doch den Rückschluss zu, dass sie jetzt die Hand in einem erheblichen Ausmass gebrauchen könne, was die Operationsindikation wiederum relativieren könnte, vor allem wenn eine Tendenz zur Aggravation bestehe. Weitere Abklärungen seien erst dann sinnvoll, wenn die Beschwerdeführerin ohne Wenn und Aber zu einem erneuten Eingriff am Ort ihrer Wahl zusage. Es sei wichtig, solche Patienten straff zu führen. Eine Ergotherapie, die mehr als ein Jahr dauere, sei seines Erachtens nicht gut (IV-Nr. 86, S. 11 ff.).

8.8 Dr. med. E. \_\_\_ vom RAD führte am 3. Oktober 2012 aus, somatisch sei keine dauerhafte Verschlechterung des Gesundheitszustands nachgewiesen. Im psychiatrischen Bereich sei dagegen eine Begutachtung angezeigt, wobei insbesondere die Frage zu stellen sei, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache am 3. Oktober 2008 verändert habe (IV-Nr. 70, S. 2).

8.9 Am 29. Januar 2013 erstellte Dr. med. F. \_\_\_ das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene psychiatrische Gutachten (IV-Nr. 76.1). Der Gutachter diagnostizierte (gemäss ICD-10) eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4), eine depressive Episode, seit Sommer 2011 remittiert (F32.4), sowie einen Status nach psychosozialer Belastungssituation (Z63). Die Arbeitsfähigkeit habe in der bisherigen Tätigkeit von 2006 und in einer den Leiden angepassten Tätigkeit von 2007 bis Sommer 2011 zirka 50 % betragen. Seither bestehe in der Arbeitsfähigkeit keine Einschränkung mehr. Es bestünden keine limitierenden Bedingungen, Allerdings sei die Beschwerdeführerin dekonditioniert, wobei ihr zuzumuten sei, diesen Zustand zu überwinden. Bis Sommer 2011 sei der Gesundheitszustand einigermassen konstant geblieben; anschliessend sei es zu einer markanten Besserung gekommen. Die Versicherte sei fähig, eher einfach strukturierte manuelle Tätigkeiten auszuüben. Komplexe Handlungsabläufe mit Zeitdruck seien hingegen zu vermeiden (IV-Nr. 76.1, S. 7 ff.).

8.10 Dr. med. B. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 21. März 2013 zum psychiatrischen Gutachten fest, es brauche auch ein rheumatologisches Gutachten. Die Beschwerdeführerin leide immer noch an den Unfallfolgen von 2008 und vom 15. Februar 2013. Vorbestehend sei ein chronischer Tennisellbogen links, der sie ebenfalls behindere. Er könne der Beschwerdegegnerin die Berichte über die verschiedenen Behandlungen in neurologischer, handchirurgischer und orthopädischer Hinsicht nachliefern (IV-Nr. 78.1). In seinem durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht vom 21. Mai 2013 verwies Dr. med. B. \_\_\_ bezüglich der Diagnosen auf seinen Bericht vom 3. März 2011 (vgl. IV-Nr. 57) und attestierte der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit vom 1. Januar 2010 bis auf weiteres. Ihren Gesundheitszustand bezeichnete er nach wie vor als stationär. Sie habe immer Schmerzen im Rücken, im linken Arm und im Kopf. Den rechten Arm könne sie kaum gebrauchen. Am 15. Februar 2013 habe sie erneut einen Auffahrunfall erlitten. Ihr Allgemeinzustand und die Beschwerden würden ihr eine Arbeit verunmöglichen (IV-Nr. 86). Mit seinem Bericht reichte Dr. med. B. \_\_\_ die vorstehend erwähnten Stellungnahmen (E. II. 8.7, 8.5) sowie Berichte über neurologische Abklärungen, die Behandlung der Narbe im Gesicht und eine Behandlung nach einem Sturz mit fraglichem Bewusstseinsverlust am 13. August 2012 ein.

8.11 Am 26. Juni 2013 beurteilte Dr. med. E. \_\_\_ vom RAD erneut die medizinische Situation der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 88). Er kam zum Schluss, ihr sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfsarbeiterin seit dem Unfall vom 15. August 2008 nicht mehr zuzumuten. Aus somatischer Sicht habe die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit gemäss Zumutbarkeitsprofil ab Unfalldatum (15. August 2008) 0 %, ab 21. Juni 2009 50 % und ab 21. April 2010 (kreisärztliche Untersuchung) 100 % betragen. Aus psychiatrischer Sicht habe die Arbeitsfähigkeit seit der Rentenzusprache (3. Oktober 2008) bis Sommer 2011 50 % betragen; diesbezüglich sei seither die Arbeitsfähigkeit nicht mehr beeinträchtigt. Zusammenfassend habe aus interdisziplinärer Sicht ab 2006 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %, ab August 2008 von 0 %, ab Juni 2009 von 50 % und ab August 2011 von 0 % (gemeint: 100 %) vorgelegen, unter Berücksichtigung des seit dem Unfall

vom 15. August 2008 geltenden Zumutbarkeitsprofils. Der somatische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich ab August 2008 verschlechtert, der psychische ab August 2011 verbessert. Gesamthaft habe sich ihr Gesundheitszustand seit August 2011 verbessert (IV-Nr. 88, S. 3 f.).

8.12 In ihrem an den Vertreter der Beschwerdeführerin gerichteten und durch Dr. med. B.\_\_\_\_ mitunterzeichneten Brief vom 15. Mai 2014 gab C.\_\_\_\_ an, die Beschwerdeführerin komme wegen einer mittelschweren Depression regelmässig zu ihr in die delegierte Psychotherapie; diesbezüglich werde sie mit Ciprlex (recte: Cipralext) 20mg/Tag behandelt. Die Patientin leide seit mehr als 12 Jahren unter chronischen Schmerzen am rechten Ellbogen. Seit dem Unfall vom 15. Februar 2013 leide sie zudem unter schweren Handgelenksschmerzen rechts mit Bewegungseinschränkung, unter Nackenschmerzen mit gelegentlicher Bewegungseinschränkung sowie unter Schmerzen an der linken Gesichtshälfte (IV-Nr. 107, S. 23).

8.13 Das Versicherungsgericht gelangte in seinem Urteil vom 22. September 2015 (IV-Nr. 116) zum Ergebnis, die Beschwerdegegnerin sei aus Sicht der somatischen gesundheitlichen Einschränkungen zu Recht davon ausgegangen, die Beschwerdeführerin sei in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_, welches die invalidisierende Wirkung der diagnostizierten somatoformen Schmerzstörung noch auf der Basis des sogenannten Förster-Kriterien (BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f.) geprüft hatte, erlaube jedoch keine Beurteilung nach Massgabe der mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 eingeführten Rechtsprechung. Deswegen hob das Gericht die Verfügung vom 15. April 2014 auf und wies die Angelegenheit zur ergänzenden Abklärung durch ein neues psychiatrisches Gutachten an die Beschwerdegegnerin zurück.

8.14 Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ in Auftrag (IV-Nr. 122 ff.), welches dieser am 30. Mai 2016 erstattete (IV-Nr. 130). Der Gutachter gelangte zum Ergebnis, es bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

8.15 Die Suva stellte der Beschwerdegegnerin eine Kopie ihrer Verfügung vom 6. April 2016 (IV-Nr. 129) zu. Darin wird festgehalten, gemäss ärztlichen Beurteilungen sei von einer weiteren Behandlung keine wesentliche Verbesserung mehr zu erwarten. Die Taggeld- und Heilkostenleistungen würden daher per 1. Mai 2016 wieder eingestellt. Die Unfallfolgen hätten sich durch den Rückfall nicht verschlimmert. Die Zumutbarkeit sei daher seit der Rentenprüfung (vgl. II. 8.2 und 8.16 hiavor) unverändert.

8.16 Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 (IV-Nr. 133) sinngemäss fest, das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ sei beweiswertig und bestätige die Einschätzung, die der Verfügung vom 15. April 2014 zugrunde lag. Von somatischer Seite her bestehe gemäss der Verfügung der Suva vom 6. April 2016 ein unverändertes Zumutbarkeitsprofil.

8.17 Nachdem die Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren einen der Suva erstatteten Bericht des Instituts I.\_\_\_\_ vom 19. April 2016 eingereicht hatte (IV-Nr. 137), zog die Beschwerdegegnerin die neuen Suva-Akten bei (IV-Nr. 142); diesen lässt sich insbesondere Folgendes entnehmen:

8.17.1 Die zuvor von den Ärzten diskutierte, aber von der Beschwerdeführerin abgelehnte Ulnaverkürzungsosteotomie (vgl. E. II. 8.5, 8.7 hiavor) wurde am 12. März 2015

schliesslich doch durchgeführt (IV-Nr. 142.120). Operateur war Dr. med. O.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Orthopädische Klinik, Kantonsspital [...]. In der Folge klagte die Beschwerdeführerin allerdings weiterhin über Schmerzen und eine Bewegungseinschränkung (vgl. IV-Nr. 142.119, 118, 116, 113). Dr. med. O.\_\_\_\_ vermutete ein CRPS Typ I (vgl. IV-Nr. 142.116, 99, 80). Die Suva übernahm gestützt auf eine Stellungnahme der Kreisärztin Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 11. August 2015 (IV-Nr. 142.111) die Kosten der Operation vom 12. März 2015.

8.17.2Die wegen des Verdachts auf ein Karpaltunnelsyndrom veranlasste neurologische Untersuchung ergab kein typisches elektrophysiologisches Korrelat. Die Neurographien des Nervus medianus und Nervus ulnaris rechts fielen normal aus (Bericht von Dr. med. Q.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologie, Kantonsspital [...], vom 21. Oktober 2015, IV-Nr. 142.74).

8.17.3Am 25. November 2015 fand eine Untersuchung durch den Suva-Kreisarzt Dr. med. R.\_\_\_\_ statt (IV-Nr. 142.60); dieser nannte als Diagnose einen Verdacht auf eine funktionelle (psychiatrische) Störung am Handgelenk rechts mit Symptomausweitung bei Status nach den seit 2008 durchgeführten Operationen sowie einer vorbestehenden Epicondylitis humeri radialis links. In der Beurteilung wies Dr. med. R.\_\_\_\_ auf diskrepante Befunde und ein widersprüchliches Verhalten hin. Die Beschwerdeführerin habe während der Untersuchung ein ausgeprägtes Schon- und Vermeidungsverhalten mit demonstrativem Massieren des Handgelenks und des Unterarms ulnarseitig mit begleitendem Stöhnen gezeigt. Ausserhalb der Untersuchung habe sie die rechte Hand dagegen weitgehend normal eingesetzt (Schnäuzen, Mantel vom Kleiderständer nehmen und anziehen, Entnehmen und Öffnen der Geldbörse). Die Oberarmmuskulatur sei rechts kräftiger als links, was auf einen normalen Gebrauch des rechten Arms rückschliessen lasse, so dass die Angabe, der rechte Arm werde seit dem Unfall kaum und seit der letzten Operation nicht mehr eingesetzt, nicht zutreffen könne. Der heute demonstrierte Faustschluss (mit Sperrdistanz des 4. und 5. Fingers von 7 - 8 cm), der gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin seit dem Unfall bestehe, lasse sich nicht mit den früheren Fotodokumentationen und Berichten vereinbaren. Die Diagnose eines CRPS sei aufgrund der dokumentierten Befunde nicht nachvollziehbar. Auch die Befunde der aktuellen Untersuchung liessen nicht auf ein wahrscheinliches CRPS schliessen. Die Karpaltunnelsymptomatik, für die ein morphologisches Substrat neurologisch ausgeschlossen worden sei (vgl. E. II. 10.4 hiervor), werde durch die elastische Bandage, für die keine Indikation bestehe, erklärt. Aufgrund der initialen Verletzung mit anschliessenden Operationen lasse sich die heute präsentierte Bewegungseinschränkung nicht erklären. Zur Klärung der Schmerzsymptomatik werde mit der Beschwerdeführerin eine Zweitbeurteilung im Institut I.\_\_\_\_ vereinbart, dies mit der Frage: «Welche Schmerzdiagnose liegt vor?».

8.17.4Die Psychologin C.\_\_\_\_ erklärte in einem Schreiben vom 12. Dezember 2015, die Beschwerdeführerin sei bei ihr seit 1. Dezember 2005 in Behandlung. Sie sei zu Beginn der Therapie stark depressiv gewesen und habe deswegen auch eine IV-Teilrente zugesprochen erhalten. Im Lauf der Zeit habe sich ihr Zustand verbessert und die Rente habe aufgehoben werden können. Nach dem Unfall im Jahr 2008 habe sich die Depression erneut manifestiert. Sie habe sich nach den Operationen am Handgelenk verschlimmert, da die Bewegungsfreiheit resp. die Möglichkeiten von Hand/Arm danach vermehrt eingeschränkt gewesen seien und die Schmerzen zugenommen hätten. Die Depression bestehe bis zum heutigen Zeitpunkt. Die Beschwerdeführerin habe oft Schmerzen in der Nackengegend, im Arm und am Kopf (IV-Nr. 142.54).

8.17.5 Dr. med. O. \_\_\_ hielt am 16. Dezember 2015 fest (IV-Nr. 142.50), das CRPS habe sich im Verlauf deutlich gebessert, und die typischen Zeichen seien nicht mehr sichtbar. Es persistiere jedoch das Flexionsdefizit an den Fingern 4 und 5; diesbezüglich sei ein MRI geplant.

8.17.6 Die durch den Kreisarzt Dr. med. R. \_\_\_ angeregte (vgl. E. II. 8.19 hiervor) Zweitbeurteilung im Institut I. \_\_\_ fand in der Folge statt. Im Bericht vom 10. Februar 2016 wird als zusammenfassende Beurteilung festgehalten, die Untersuchung und Beurteilung sei interdisziplinär durch die Fachdisziplinen Orthopädie, Neurologie und Psychiatrie erfolgt. Der beklagte Hauptschmerz werde über dem Prozess styloideus ulnae rechts lokalisiert. Die radiologischen Abklärungen hätten hier keine Auffälligkeiten ergeben. Durch die Schmerzlokalisation alleine sei die demonstrierte Einschränkung der Handgelenk- und Fingerbeweglichkeit nicht erklärt. Die Bewegungen in der Untersuchung und im beobachteten Spontanverhalten seien unterschiedlich und legten, auch aufgrund der fehlenden Muskelatrophie, den Verdacht nahe, dass die beschriebene und von der Patientin subjektiv erlebte Beeinträchtigung nicht mit der tatsächlichen Bewegungsmöglichkeit übereinstimme.

Aus neurologischer Sicht sei die Ursache der Schmerzen am rechten Oberarm und an der ulnaren Seite der rechten Hand nicht eindeutig zuzuordnen. Es liege eine konsolidierte Radialisfraktur des rechten Unterarms vor, welche wahrscheinlich Komplikationen hervorgebracht habe und zweimal operiert worden sei. Bei fehlender Compliance der Patientin seien weder Motorik noch Sensibilität sicher zu beurteilen. Visuell sei allerdings keine Muskelatrophie der betroffenen Extremität festzustellen. Hinzu kämen auch die Untersuchungsergebnisse der Kollegen vom Spital [...] (Oktober 2015), die bei Messung des Nervus ulnaris und Nervus medianus keine pathologischen Befunde hätten erheben können (vgl. E. II. 8.18 hiervor). Auch die Schmerzen im Schulter-Nackengebiet, im Bereich der linken Schläfe und im linken lateralen Ellenbogen seien neurologisch nicht zuzuordnen. Die Diagnosen und Kriterien für ein CRPS nach Harden et al., Pain Medicine, 2007, seien nicht erfüllt.

Auf psychiatrischem Fachgebiet imponiere im Vordergrund eine chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Von der Patientin würden anamnestisch durchaus depressive Symptome genannt. Sie korrelierten aber nicht unbedingt mit dem direkten Eindruck in der Exploration, so dass aktuell zumindest eine depressive Episode nicht anzunehmen sei. Die Patientin verfüge über keinerlei funktionale Schmerzbewältigungsstrategien. Insgesamt zeigten sich auch erhebliche Defizite in der Tagesstrukturierung. Insofern ergäben sich grundsätzlich auch Indikationen für schmerzpsychotherapeutische Behandlungsmassnahmen.

8.17.7 Der Kreisarzt Dr. med. R. \_\_\_ nahm in Kenntnis des Berichts des Instituts I. \_\_\_ vom 10. Februar 2016 am 25. Februar 2016 eine weitere Beurteilung vor (IV-Nr. 142.41). Er hielt fest, der Bericht bestätige, dass die demonstrierten Einschränkungen nicht mit den objektivierbaren Befunden korrelierten. Die Beschwerden der Beschwerdeführerin seien daher vor allem auf psychiatrischem Gebiet zu suchen. Unfallbedingt sei von weiteren medizinischen Massnahmen keine Verbesserung des Gesundheitszustands mehr zu erwarten. Aufgrund der objektivierbaren Befunde sollte für eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit grundsätzlich eine ganztägige Arbeitsfähigkeit gegeben sein. Spezielle Einschränkungen beständen aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht. Es gebe auch keine Hinweise darauf, dass sich die Unfallfolgen seit 10. April 2012 verschlimmert

hätten.

8.17.8 Dr. med. O. \_\_\_ berichtete am 14. März 2016 über die am 3. März 2016 durchgeführte Untersuchung (IV-Nr. 142.39). Er führte aus, seines Erachtens habe sich die Beweglichkeit des rechten Handgelenks, insbesondere in Bezug auf die Supination, leicht verbessert. Ebenfalls sei die Berührungsdysästhesie weitgehend verschwunden. Die Patientin sei jedoch immer noch sehr leidend. Er habe mit ihr vereinbart, dass sie sich bei Bedarf melden werde. Ein Termin sei nicht abgemacht worden.

8.17.9 Die Suva stellte ihre Taggeld- und Heilbehandlungsleistungen mit Verfügung vom 6. April 2016 (IV-Nr. 142.36) wieder ein und hielt fest, die Unfallfolgen an der rechten Hand hätten sich nicht verschlimmert; dies wurde mit Einspracheentscheid vom 14. Juni 2017 bestätigt (IV-Nr. 144).

8.17.10 Am 19. April 2016 berichtete das Institut I. \_\_\_ über die inzwischen durchgeführten Untersuchungen (IV-Nr. 142.24; IV-Nr. 137, S. 5 ff.). Der Bericht nennt als Diagnosen einen chronischen Schmerz am rechten Handgelenk ulnar, am ehesten unspezifisch bei Status nach Radius-Fraktur 2008 (anamnestisch CRPS rechter Hand, aktuell Kriterien für ein CRPS nicht erfüllt), einen chronischen Schulter-Nackenschmerz myofasziell, eine inkomplette Parese des rechten Nervus ulnaris bei Sulcus-ulnaris-Syndrom, Schmerzen in der linken Schläfenregion bei Berührung sowie Zeichen einer demyelisierenden Schädigung des rechten Nervus radialis. Die aktuelle Elektroneurographie hatte laut dem Bericht Hinweise auf das Vorliegen eines Sulcus-ulnaris-Syndroms beidseits sowie eine demyelisierende Schädigung der motorischen Fasern Nervus radialis rechts und eine demyelisierende Schädigung der sensiblen Fasern Nervus radialis superficialis rechts. Eine Parese Nervus radialis sei nicht nachweisbar. Der Nervus medianus zeige sich unauffällig.

8.18 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_ erklärte am 2. Mai 2017 (IV-Nr. 141), den eingereichten Unterlagen lasse sich neu die Diagnose einer demyelisierenden Schädigung des rechten Nervus Radialis (elektroneurographisch nachgewiesen) entnehmen; diese habe jedoch keine klinische Relevanz (keine Parese, keine Auswirkung auf das Zumutbarkeitsprofil). Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. An der RAD-Stellungnahme vom 6. Dezember 2016 (E. II. 8.16 hiervor) könne festgehalten werden, wobei letztlich, da es sich um Unfallfolgen handle, einem etwaigen Suva-Entscheid zu folgen wäre.

9. Zu prüfen ist zunächst, ob die Beschwerdegegnerin die Rente der Beschwerdeführerin zu Recht auf Anfang Juni 2014 hin aufgehoben hat; dies beurteilt sich durch einen Vergleich des Sachverhalts bei Erlass der Verfügung vom 3. Oktober 2008 (IV-Nr. 41) mit jenem bei Erlass der ursprünglichen Herabsetzungsverfügung vom 15. April 2014, die weiterhin den Aufhebungszeitpunkt (1. Juni 2014) bestimmt. Sollte sich die Rentenaufhebung als gerechtfertigt erweisen, wäre anschliessend der weitere Verlauf bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2017 zu beurteilen.

9.1 Das Versicherungsgericht erachtete in seinem Rückweisungsurteil vom 22. September 2015 die psychiatrische Seite als nicht hinreichend geklärt, weil sich die mit dem zwischenzeitlich ergangenen Bundesgerichtsurteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 formulierten Gesichtspunkte gestützt auf das Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ vom 29. Januar 2013, das die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung enthielt, nicht hinreichend beurteilen liessen. Die Beschwerdegegnerin holte daraufhin das Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ vom 30. Mai 2016 (IV-Nr. 130; E. II. 8.14 hiervor) ein.

Das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ wurde in Kenntnis der vollständigen Vorakten und gestützt auf die Ergebnisse einer eigenen Untersuchung erstattet. Zur Anamnese wird festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in einem kleinen Dorf in der Türkei aufgewachsen. Die Eltern hätten Ziegenhaltung und ein wenig Landwirtschaft betrieben. Es habe keine Schule gegeben, weshalb sie sich mit einem Kollegen das Lesen und Schreiben selbst beigebracht habe. Sie sei als jüngstes von neun Kindern aufgewachsen. Der Vater sei verstorben, als sie sieben Jahre alt gewesen sei. Es sei eine sehr gute Kindheit und Jugend gewesen mit Mutter und Geschwistern, sie habe bis zu ihrem 18. Lebensjahr gelebt «wie eine Prinzessin». 1986 habe sie 18-jährig geheiratet und sei mit ihrem Mann in die Schweiz, zunächst in den Kanton [...], gekommen. Sie habe in einer Fabrik gearbeitet. Ihr sei jedoch gekündigt worden, als sie schwanger gewesen sei. Im Juli 1988 sei ihre Tochter geboren. Anschliessend habe sie in einer Kabelfabrik gearbeitet. 1993 sei dann der Sohn geboren worden, der aktuell noch bei ihr wohne. Mitte der 90er-Jahre seien sie in den Kanton [...] gezogen, wo sie verschiedene Arbeitsstellen innegehabt habe. Die letzte Stelle in einer Bonbon-Fabrik habe sie wegen ihrem damaligen Ehemann aufgeben müssen. Wegen häuslicher Gewalt habe sie mehrmals die Polizei kommen lassen. 2003 sei dann die Trennung vom Ehemann erfolgt, später die Scheidung. Seit fünf Jahren [also seit 2011] habe sie nun eine neue Partnerschaft. Seit 2014 sei sie wieder verheiratet. Die Ehe sei besser. Der Ehemann arbeite in einer Döner-Fabrik in [...]. Er sei ein netter und lieber Mann. Sie sei in der Beziehung soweit zufrieden. Spannungen gebe es eigentlich nur deshalb, weil er aufgrund ihrer gesundheitlichen Probleme vermehrt im Haushalt mithelfen müsse. Die Beschwerdeführerin gebe weiter an, sie sei aufgrund der Problematik in der ersten Ehe, als der alkoholranke Ehemann sie geschlagen habe, vor 14 Jahren zur Psychologin C.\_\_\_\_ gegangen. Früher sei sie alle zwei Wochen dort gewesen, nun gehe sie immer noch. Früher, vor mehr als acht Jahren, habe sie neben den Gesprächen auch Cipralex und Remeron eingenommen, inzwischen nicht mehr. Seit dem Unfall von 2008 sei sie mehrfach operiert worden. Die Schmerzen seien aber immer noch da. Sie könne so nicht mehr lange leben. Diese Schmerzen halte sie nicht mehr lange aus. Es sei wirklich kein Leben mehr.

In seiner Beschreibung des psychischen Befunds führt Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, bei der Darstellung der Lebenssituation unter besonderer Berücksichtigung der Aktivitäten des täglichen Lebens (vgl. die Schilderungen der Beschwerdeführerin, IV-Nr. 130, S. 13 f.) der vergangenen Wochen hätten sich keine Symptome für ein durchgehendes affektives Syndrom ergeben. Es sei keine durchgehende depressive Symptomatik festzustellen gewesen. Eindrücklich und ausdrucksstark sei der Wunsch geäussert worden, endlich von den Schmerzen im Ellenbogen und Arm befreit zu werden. Diesem Wunsch sei Ausdruckscharakter beizumessen, ohne dass die Schmerzen aus psychiatrischer Sicht zu objektivieren gewesen wären. Der affektive Rapport in der Untersuchungssituation sei gut herstellbar, die Stimmung der Beschwerdeführerin auslenkbar und schwingungsfähig, das Selbstwertgefühl normal gewesen. Der Antrieb in der Untersuchungssituation sei normal gewesen, ebenso Mimik, Gestik und Psychomotorik. Dem im Rahmen der psychologischen Anamneseerhebung ■ anders als in der psychiatrischen Exploration ■ angegebenen aktuellen Lebensüberdruß mass Dr. med. G.\_\_\_\_ «bewussten Ausdruckscharakter» bei. Der Gutachter gelangte zum Ergebnis, es bestehe keine krankheitswertige primär psychische Störung. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nannte er eine vordiagnostizierte depressive Episode (ICD-10 F32). Diese Diagnose sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht diskussionsbedürftig, aktuell aber jedenfalls remittiert.

Die von Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung bezeichnete Dr. med. G.\_\_\_\_ als aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht nachvollziehbar. Er wies darauf hin, dass schon im Jahr 2004 eine Epicondylopathia humeri links und eine Radiotherapie des linken Ellenbogens beschrieben worden seien. Hier habe also damals eine somatische Verursachung der Schmerzen vorgelegen, die nach dem Unfall 2008 (mit komplizierter Radiusfraktur rechts und Gesichtsverletzung links) erheblich verstärkt worden seien. Schliesslich sei darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin nunmehr seit fünf Jahren eine positive Partnerschaft beschreibe, auch keine sonstigen andauernden psychosozialen Konflikte. Womöglich noch aus der Zeit der ersten Ehe stammende Konflikte wären in der Therapie bei der Psychologin C.\_\_\_\_ bearbeitet worden.

Diese Darlegungen von Dr. med. G.\_\_\_\_ sind schlüssig und nachvollziehbar. Sein Gutachten wird den Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; E. II. 4.2 hiervor) in allen Punkten gerecht. Ihm ist daher volle Beweiskraft beizumessen. Abweichende spezialärztliche Berichte, die Anlass zu Zweifeln an den Ergebnissen des Gutachtens bieten würden, liegen nicht vor. Namentlich ist die Aussage der behandelnden Psychologin C.\_\_\_\_ in ihrem Schreiben vom 12. Dezember 2015 (IV-Nr. 142.54; E. II. 8.17.4 hiervor) und in einer E-Mail-Nachricht an den Vertreter der Beschwerdeführerin vom 23. April 2016 (IV-Nr. 142.25, S. 29), die Depression sei nach dem Unfall erneut zum Ausbruch gekommen, nicht geeignet, die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ausführungen des Gutachters infrage zu stellen. Dessen These, die Depression sei remittiert, wird auch durch den Bericht des Instituts I.\_\_\_\_ vom 10. Februar 2016 gestützt, der ausdrücklich festhält, die von der Beschwerdeführerin anamnestisch genannten depressiven Symptome korrelierten nicht mit dem direkten Eindruck in der Exploration, so dass aktuell zumindest eine depressive Episode nicht anzunehmen sei (IV-Nr. 142.45 S. 2).

Auf das Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ kann somit, was die psychiatrischen Aspekte anbelangt, für die abschliessende Beurteilung abgestellt werden. Damit bestätigt sich die bereits von Dr. med. F.\_\_\_\_ vertretene These, die depressive Symptomatik, die bei der Rentenzusprechung beschrieben wurde (vgl. E. II. 7 hiervor), sei vollständig remittiert. Da Dr. med. G.\_\_\_\_ auch keine andere Diagnose stellen konnte, erübrigt sich eine Prüfung der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Die Beschwerdeführerin ist aus psychiatrischer Sicht sowohl für den Zeitpunkt der ursprünglichen Revisionsverfügung vom 15. April 2014, die weiterhin den Anpassungszeitpunkt bestimmt (E. II. 3.5 hiervor), als auch für die anschliessende Zeit bis zur hier angefochtenen Verfügung vom 13. Juni 2017 als voll arbeitsfähig anzusehen.

9.2 Zum somatischen Aspekt ■ bezogen auf den Zeitraum bis zur Rentenaufhebung respektive bis zur damals angefochtenen Verfügung vom 15. April 2014 ■ hatte sich das Versicherungsgericht bereits im Urteil vom 22. September 2015 (IV-Nr. 116) geäussert. Es stellte im Wesentlichen auf die Beurteilungen des Suva-Kreisarztes Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 22. April 2010 (E. II. 8.2 hiervor) und des RAD-Arztes Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 3. Oktober 2012 (E. II. 8.8 hiervor) ab. Als Ergebnis hielt es fest, die Beschwerdeführerin sei in somatischer Hinsicht in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. In der Folge wurde am 12. März 2015 die schon zuvor in Erwägung gezogene Operation durchgeführt und durch die Suva als unfallkausal anerkannt (E. II. 8.17.1 hiervor). Die Operation führte jedoch zunächst zu keiner nachhaltigen Verbesserung der Beschwerden. Zu deren Erklärung wurden mehrere Thesen in Betracht gezogen. Für ein Karpaltunnelsyndrom fand sich kein

elektrophysiologisches Korrelat (E. II. 8.17.2 hiervor), und der durch den Operateur Dr. med. O. \_\_\_ geäußerte Verdacht auf ein CRPS, das der Kreisarzt Dr. med. R. \_\_\_ von Anfang an verneint hatte, ist aufgrund der Stellungnahme des Instituts I. \_\_\_ vom 10. Februar 2016 (E. II. 8.17.6 hiervor) als widerlegt anzusehen. Die Suva hat es denn auch mit der Verfügung vom 6. April 2016 und dem inzwischen ergangenen, diese Verfügung bestätigenden Einspracheentscheid vom 14. Juni 2017 (IV-Nr. 144) abgelehnt, über 1. Mai 2016 hinaus Leistungen zu erbringen. Namentlich ist im Einspracheentscheid auch ein Rentenanspruch, der in der obligatorischen Unfallversicherung einen Invaliditätsgrad von 10 % voraussetzt (Art. 18 Abs. 1 UVG), verneint worden mit der Begründung, das Zumutbarkeitsprofil sei in etwa dasselbe wie vor dem Rückfall im März 2015. Es ist also wie im damaligen Verfahren, das mit dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 24. Juni 2014 abgeschlossen wurde (E. I.

## **E. 10**

10.1 Bei diesem Ausgang des Verfahrens besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG).

10.2 Der Beschwerdeführerin ist indes mit Verfügung vom 13. Oktober 2017 (A.S. 53) die unentgeltliche Rechtspflege gewährt und Rechtsanwalt Stefan Galligani als unentgeltlicher Rechtsbeistand bestellt worden. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO).

10.3 Der damalige Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 30. Juli 2018 eine Kostennote eingereicht, worin er einen Zeitaufwand von insgesamt 9,55 Stunden zu CHF 180.00 und Auslagen von CHF 89.00 bzw. insgesamt CHF 2'023.90 (inkl. MwSt) geltend macht (A.S. 59 f.). Der angeführte Zeitaufwand enthält allerdings auch Kanzleiarbeit, die im Stundenansatz eines Anwalts inbegriffen und daher nicht separat zu entschädigen ist. Bei nicht eindeutig bezeichneten Positionen (wie «Schreiben an K.») geht das Gericht praxismässig von Orientierungskopien oder sonstigem Kanzleiaufwand aus. Vorliegend entfallen auf Positionen, die als Kanzleiaufwand oder als Aufwand für im Verfahren nicht beteiligte Personen (Dr. F.) zu qualifizieren sind, 0,3 Stunden. Folglich ist ein Zeitaufwand von 9,25 Stunden zum Ansatz als unentgeltlicher Rechtsbeistand nach § 158 Abs. 3 Gebührentarif (GT) bzw. zu CHF 180.00 pro Stunde zu entschädigen; dazu kommen die geltend gemachten Auslagen von insgesamt CHF 89.00. Somit ist die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Stefan Galligani, [...], auf CHF 1'894.30 (inkl. Auslagen und MwSt) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (zum Stundenansatz von CHF 230.00) im Betrag von CHF 462.50 während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Im Übrigen ist davon auszugehen, dass dem neuen Rechtsbeistand, Rechtsanwalt Jonas Steiner, [...], keine Kosten entstanden sind, hat er doch einzig am 23. Januar 2018 den Mandatswechsel angezeigt mit der Bitte, die Korrespondenz inskünftig an ihn zu senden (A.S. 55). Folglich besteht in seinem Fall kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1■000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.
3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Stefan Galligani, [...], wird auf CHF 1'894.30 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistands (zum Stundenansatz von CHF 230.00) im Betrag von CHF 462.50 während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).
4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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	Häfliger

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