

SO_GERICHTE VSBES.2017.233 vom 3. August 2017

SO Obergericht, 2017-08-03, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.233

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.233 du 3 août 2017

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.233 del 3 agosto 2017

Erwägungen

E. 10

August 2005 (IV-Nr. 320, mit Beilagen) und eine Stellungnahme des Regionalen Ärztlichen Dienstes der IV (RAD; IV-Nr. 321) eingeholt wurden, führte zur Bestätigung der ganzen Rente, wobei der Invaliditätsgrad neu auf 71 % beziffert wurde (Mitteilung vom 23. September 2005, IV-Nr. 323).

2. 2.1 Der obligatorische Unfallversicherer, die F.____, holte bei der Begutachtungsstelle G.____ ein interdisziplinäres Gutachten (internistisch, rheumatologisch, psychiatrisch) vom 13. September 2006 ein (IV-Nrn. 363.13, 14 und 15). Die Beschwerdegegnerin leitete daraufhin am 8. März 2007 erneut ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 333). Die Beschwerdeführerin gab auf dem Revisionsfragebogen an, ihr Gesundheitszustand habe sich seit Herbst 2006 verschlimmert (IV-Nr. 333 S. 1). Nach dem Einholen des «Fragebogens zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt» vom 24. März 2007 (IV-Nr. 340 S. 1 ff., eingereicht am 15. Mai 2007 [IV-Nr. 341]), des Arztberichts von Dr. med. E.____ vom 3. April 2007 (IV-Nr. 338) sowie der Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. H.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 8. August 2007 (IV-Nr. 342), wurde der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 27. August 2007 (IV-Nr. 344) die Aufhebung der laufenden Rente in Aussicht gestellt, weil sich der Gesundheitszustand verbessert habe und der Invaliditätsgrad nur noch 7,61 % betrage.

2.2 Die Beschwerdeführerin liess dagegen am 27. September 2007 Einwände erheben (IV-Nr. 345). Als Beilagen wurden unter anderem ein neurologisches Privatgutachten von Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, vom 20. Juli 2007 (IV-Nr. 345.8) und ein Schreiben von Dr. med. E.____ vom 10. September 2007 (IV-Nr. 345.9) zu den Akten gegeben. Die Beschwerdegegnerin holte anschliessend eine Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 19. Juni 2008 (IV-Nr. 352) ein und erliess am 27. Juni 2008 einen neuen Vorbescheid (IV-Nr. 353), mit welchem der Beschwerdeführerin bei einem Invaliditätsgrad von 23,51 % erneut die Aufhebung der Rente in Aussicht gestellt wurde. Zur Begründung wurde erklärt, die ursprünglichen Rentenverfügungen vom 17. Mai 2002 und 19. August 2002 seien zweifellos unrichtig gewesen. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 2. September 2008 (IV-Nr. 356) wiederum Einwände erheben. In der Folge ergänzte sie den Einwand und reichte weitere Unterlagen ein, darunter ein durch sie eingeholtes Privatgutachten der Begutachtungsstelle K.____ vom 10. November 2008 (IV-Nr. 362 S. 25 ff., mit Teilgutachten S. 3 ff.). Die Beschwerdegegnerin zog ihrerseits Akten des Unfallversicherers F.____ bei (IV-Nr. 363). Mit Verfügung vom 12. Dezember 2008 (IV-Nr. 368) sistierte die Beschwerdegegnerin das Verfahren bis zum Vorliegen des Gerichtsurteils im parallel laufenden unfallversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren.

2.3 Nachdem das unfallversicherungsrechtliche Beschwerdeverfahren mit Urteil des Versicherungsgerichts VSBES.2009.233 vom 19. November 2010 (IV-Nr. 403) abgeschlossen worden war, fand am 9. Mai 2011 ein Revisionsgespräch statt (IV-Nr. 407). In der Folge holte die

Beschwerdegegnerin die Arbeitgeberfragebögen vom 17. und 26. Juni 2011 ein (IV-Nrn. 408, 410). Anschliessend erging am 26. Juli 2011 ein Vorbescheid, in welchem der Beschwerdeführerin wiederum die Aufhebung der Rente angekündigt wurde (IV-Nr. 413). Dagegen erhob sie am 14. September 2011 wiederum Einwände und beantragte, es sei ihr weiterhin eine ganze Rente auszurichten (IV-Nr. 418). Zudem liess sie ein neurologisches / verhaltensneurologisches Privatgutachten der Begutachtungsstelle L.____ vom 1. März 2012 (IV-Nr. 429 S. 3 ff.) einreichen, verbunden mit dem Antrag, die Beschwerdegegnerin habe die entsprechenden Kosten von CHF 4'500.00 zu übernehmen. Die Beschwerdegegnerin liess Dr. med. J.____ vom RAD am 5. April 2012 nochmals Stellung nehmen (IV-Nr. 431). Die Beschwerdeführerin reichte am 7. Mai 2012 weitere Unterlagen ein (IV-Nr. 433). Weiter wurden ein Bericht von Dr. med. M.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, FA Psychosomatische und Psychosoziale Medizin APPM, vom 27. November 2002 (IV-Nr. 434), über eine psychotherapeutische Behandlung vom 1. September 2000 bis 13. November 2002 sowie ein Schreiben derselben Ärztin vom 16. August 2012 (IV-Nr. 435) zu den Akten gegeben.

2.4 Mit Verfügung vom 20. August 2012 (IV-Nr. 436) hob die Beschwerdegegnerin die Verfügungen vom 17. Mai 2002 und 19. August 2002 wiedererwägungsweise auf und stellte die laufende ganze Rente der Beschwerdeführerin auf Ende September 2012 ein. Gleichzeitig lehnte sie es ab, die Kosten der Privatgutachten des Begutachtungsinstituts K.____ vom 10. November 2008 von CHF 17'500.00 und des L.____ vom 1. März 2012 von CHF 4'500.00 zu übernehmen. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 19. September 2012 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (IV-Nr. 441). Mit der Beschwerdeschrift wurde eine Stellungnahme des Neurologen Dr. med. N.____ vom Begutachtungsinstitut L.____ vom 18. September 2012 eingereicht (IV-Nr. 441 S. 54 ff.). Mit Urteil VSBES.2012.247 vom 10. Mai 2013 (IV-Nr. 464) hiess das Versicherungsgericht die Beschwerde gut, soweit es auf diese eintrat. In seinen Erwägungen hielt das Gericht fest, die mit Verfügung vom 20. August 2012 vorgenommene Rentenaufhebung lasse sich weder auf den Rückkommenstitel der Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 2 ATSG) noch auf den Abänderungstitel der Rentenrevision (Art. 17 Abs. 1 ATSG) stützen. Eine Rentenaufhebung gestützt auf die Schlussbestimmungen der IV-Revision 6a sei im vorliegenden Verfahren VSBES.2012.247 nicht zu prüfen. Das teilweise Nichteintreten betraf die Übernahme der Kosten für die beiden Gutachten. Das Urteil vom 10. Mai 2013 erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

3. 3.1 Am 2. August 2013 fand erneut ein Revisionsgespräch statt (IV-Nr. 471). Die Beschwerdegegnerin kündigte an, sie werde eine Rentenanpassung gestützt auf die Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision prüfen. Die Beschwerdeführerin liess mitteilen, sie leide seit Oktober 2012 an einer depressiven Episode, und verlangte eine psychiatrische Abklärung. In der Folge liess sie einen Bericht von Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 7. August 2013 einreichen (IV-Nr. 474 S. 11 ff.). Die Beschwerdegegnerin holte bei Dr. med. M.____ einen Bericht vom 7. November 2013 ein (IV-Nr. 481). Weiter gab sie bei Dr. med. P.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, auf den sie sich mit dem Vertreter der Beschwerdeführerin geeinigt hatte (vgl. IV-Nrn. 478 f.), ein Gutachten in Auftrag, das dieser am 26. Dezember 2013 erstattete (IV-Nr. 494). Die Beschwerdeführerin liess dazu am 26. Januar 2015 Stellung nehmen und beantragen, dem Gutachter seien Ergänzungsfragen zu unterbreiten (IV-Nr. 502). Die Beschwerdegegnerin lehnte gestützt auf eine Beurteilung ihres Rechtsdienstes vom 29. Juli 2015 (IV-Nr. 507) die Zulassung der Ergänzungsfragen ab. Weiter holte sie eine Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med.

Q.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, vom 8. September 2015 (IV-Nr. 509) und einen Bericht des Abklärungsfachmanns R.____ vom 19. Oktober 2015 (IV-Nr. 510) ein. Der Abklärungsfachmann gelangte zum Ergebnis, die Beschwerdeführerin sei für die Invaliditätsbemessung als vollzeitlich erwerbstätig zu betrachten. Mit Vorbescheid vom 19. Februar 2016 (IV-Nr. 515) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, die laufende ganze Rente auf eine Viertelsrente zu reduzieren, dies bei einem Invaliditätsgrad von 44 %. 3.2 Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 15. April 2016 Einwände erheben (IV-Nr. 522), welche sie am 7. Juni 2016 ergänzte (IV-Nr. 525). Weiter liess die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 19. Dezember 2016 ein von ihr in Auftrag gegebenes Privatgutachten von Dr. med. S.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. Dezember 2016 zukommen (IV-Nr. 533 S. 3 ff.). Die Beschwerdegegnerin liess den Administrativgutachter Dr. med. P.____ am 3. April 2017 zum Privatgutachten Stellung nehmen (IV-Nr. 543) und holte eine Einschätzung von Dr. med. Q.____ vom RAD vom 31. Mai 2017 ein (IV-Nr. 545). 3.3 Mit Verfügung vom 3. August 2017 (IV-Nr. 548; Akten-Seiten [A.S.] 1 ff.) setzte die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente mit Wirkung ab 1. Oktober 2017 auf eine Viertelsrente herab, dies bei einem Invaliditätsgrad von 44 %. Weiter hielt sie fest, ab dem 1. Oktober 2017 habe die Beschwerdeführerin Anspruch auf die Weiterausrichtung einer ganzen Rente, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens jedoch bis zum 30. September 2019. Bei Abbruch der Massnahme werde die Weiterausrichtung der Rente eingestellt. 4. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 14. September 2017 (A.S. 7 ff.) beim Versicherungsgericht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 3. August 2017 sei vollumfänglich aufzuheben. 2. a) Es seien der Versicherten weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 % zzgl. eines Verzugszinses von 5 % seit wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei eine gerichtliche Begutachtung den Fall der Versicherten betreffend durchzuführen. 3. Die Beschwerdegegnerin sei gerichtlich aufzufordern, die noch auszuweisenden Gutachterkosten von Frau Prof. Dr. med. S.____ zur Bezahlung zu übernehmen. 4. Es sei eine separate Parteibefragung der Versicherten durch das angerufene Gericht durchzuführen, anlässlich derer die Versicherte insbesondere zu den vorgenommenen Eingliederungsbemühungen, zu den gescheiterten Arbeitsversuchen und zur Frage nach der Selbsteingliederungsfähigkeit gerichtlich und von Amtes wegen eingehend zu befragen ist. 5. Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Presseanwesenheit anzusetzen und durchzuführen. 6. Dem unterzeichneten Rechtsanwalt sei zur Geltendmachung einer Parteientschädigung und zur Einreichung einer Kostennote eine angemessene Frist anzusetzen. 7. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Sozialversicherungsträgers. U.K.u.E.F. Mit der Beschwerdeschrift wird unter anderem eine ergänzende Stellungnahme der Privatgutachterin Dr. med. S.____ vom 31. August 2017 eingereicht (Urkunde 4 der Beschwerdeführerin). 5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 16. November 2017 (A.S. 56) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Bemerkungen zur Beschwerde und schliesst auf deren Abweisung. 6. 6.1 Mit prozessleitender Verfügung vom 29. Oktober 2018 (A.S. 67 f.) wird die zuvor anberaumte öffentliche Verhandlung abgesetzt. Den Parteien wird mitgeteilt, das Gericht beabsichtige, ein polydisziplinäres Gutachten in den Fachdisziplinen Psychiatrie, Neurologie und Rheumatologie einzuholen. 6.2 Am 24. Januar 2019 wird der Gutachtensauftrag an die Begutachtungsstelle T.____ erteilt (A.S. 80 ff.). 6.3 Die Begutachtungsstelle T.____ erstattet ihre Expertise am 14. August

2019 (A.S. 89 ff.). Die Parteien äussern sich dazu am 4. September 2019 (Beschwerdegegnerin, A.S. 224 f.) und am 8. Oktober 2019 (Beschwerdeführerin, A.S. 232 ff.).

6.4 Der Antrag der Beschwerdeführerin, der Beschwerde sei umgehend die aufschiebende Wirkung zu erteilen (A.S. 233), wird mit Verfügung vom 25. November 2019 abgewiesen (A.S. 273 ff.). Gleichzeitig wird der Antrag der Beschwerdeführerin auf Durchführung einer separaten Instruktionsverhandlung mit Parteibefragung der Beschwerdeführerin abgewiesen und die F.____ als BVG-Vorsorgeeinrichtung zum Verfahren beigegeben. Sie erklärt am 29. November 2019 (A.S. 278), sie verzichte auf die Zustellung der Verfahrensakten wie auch auf das Einreichen einer Stellungnahme.

7. 7.1 Am 31. Oktober 2019 erlässt die Beschwerdegegnerin eine separate Verfügung, mit der die laufende Rente per 1. Oktober 2019 auf eine Viertelsrente herabgesetzt wird. Gleichzeitig wird der die Viertelsrente übersteigende Anteil der bereits ausbezahlten Rente für Oktober 2019 zurückgefordert.

7.2 Am 11. November 2019 lässt die Beschwerdeführerin beim Versicherungsgericht Beschwerde gegen die Verfügung vom 31. Oktober 2019 erheben (VSBES.2019.264). Sie beantragt, es sei die angefochtene Verfügung aufzuheben und die Beschwerdegegnerin anzuweisen, der Beschwerdeführerin weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 % zuzüglich Verzugszins auszurichten und auf eine Rückforderung zu verzichten.

7.3 Mit prozessleitender Verfügung vom 25. November 2019 (VSBES.2019.264, A.S. 17 f.) wird der von der Beschwerdeführerin gestellte Antrag, der Beschwerde vom 11. November 2019 sei die aufschiebende Wirkung zu erteilen, in Bezug auf die Rückforderung gutgeheissen und in Bezug auf die laufende Rente abgewiesen. Gleichzeitig wird das entsprechende Beschwerdeverfahren (VSBES.2019.264) mit dem bereits laufenden Verfahren VSBES.2017.233 vereinigt. Das vereinigte Verfahren wird unter dieser letzteren Nummer fortgeführt.

8. 8.1 Mit Verfügung vom 12. Februar 2020 (A.S. 280 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 26. Mai 2020 vorgeladen.

8.2 Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 26. Mai 2020 stellt der Vertreter der Beschwerdeführerin folgende Rechtsbegehren: 1. Die Verfügungen der IV-Stelle Solothurn vom 31. Oktober 2019 und vom 3. August 2017 seien vollumfänglich aufzuheben. 2. Die Beschwerdegegnerin sei gerichtlich anzuweisen, der Versicherten weiterhin die gesetzlichen Leistungen nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 70 % zzgl. eines Verzugszinses von 5 % seit wann rechtens auszurichten. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten des Sozialversicherungsträgers. U.K.u.E.F. 9.

Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit der angefochtenen Verfügung vom 3. August 2017 die laufende ganze Rente der Beschwerdeführerin zu Recht mit Wirkung ab 1. Oktober 2017 auf eine Viertelsrente herabgesetzt hat, dies unter Weiterausrichtung der bisherigen Rente während höchstens zwei Jahren gemäss den Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision. Aufgrund der erfolgten Verfahrensvereinigung (vgl. E. I. 7.3 hiervor) ist überdies zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 31. Oktober 2019 zu Recht festgehalten hat, ab 1. Oktober 2019 sei der Beschwerdeführerin nur noch auf eine Viertelsrente auszurichten und sie müsse einen Betrag von CHF 1'464.00 zurückerstatten.

1.3 Die Erwägungen des Rückweisungsurteils VSBES.2012.247 vom 10. Mai 2013 (IV-Nr. 464) bleiben für das Versicherungsgericht

auch im vorliegenden Verfahren verbindlich. Damals wurde festgestellt, es bestehe keine Grundlage für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der rentenzusprechenden Verfügungen vom 17. Mai und 19. August 2002 (IV-Nrn. 314 f.) und es sei bezogen auf den damals zu beurteilenden Zeitraum bis zur Verfügung vom 20. August 2012 auch keine erhebliche Veränderung eingetreten, welche Anlass zu einer Anpassung der Rente im Rahmen einer Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) bieten würde.

2. Bei seiner Beurteilung hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich den Sachverhalt zu berücksichtigen, wie er sich bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 3. August 2017 für die erste Verfügung; 31. Oktober 2019 für die zweite Verfügung) entwickelt hat (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b).

3. 3.1 Nach Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) 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.

3.2 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, sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs – bzw. bei einer Renten Anpassung zum Änderungszeitpunkt – massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

3.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2).

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

4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE

133 V 108 E. 5.4 S. 114, 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Urteil des Bundesgerichts 9C_355/2016 vom 23. Dezember 2016 E. 2). 4.2 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2016 8C_454/2016 E. 2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313). 4.3 Gemäss lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung (des IVG) vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung (d.h. bis 31. Dezember 2014) überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Artikel 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Artikel 17 Absatz 1 ATSG nicht erfüllt sind. Diese Regelung lässt in bestimmten Konstellationen eine Rentenanpassung auch dann zu, wenn die Voraussetzungen des zitierten Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Wenn die Rente herabgesetzt oder aufgehoben wird, hat die Bezügerin oder der Bezüger gemäss Abs. 2 Satz 1 der genannten Schlussbestimmungen Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG. Werden solche Massnahmen durchgeführt, wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (Abs. 3 der Schlussbestimmungen). Nach lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen findet deren Abs. 1 keine Anwendung auf Personen, die im Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Änderung das 55. Altersjahr zurückgelegt haben oder im Zeitpunkt, in dem die Überprüfung eingeleitet wird, seit mehr als 15 Jahren eine Rente der Invalidenversicherung beziehen. 5. 5.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). 5.2 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 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). 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 Rechtsanspruches 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).

5.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweismwürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 5.4 Auch ein Parteigutachten enthält Äusserungen einer sachverständigen Person, welche zur Feststellung eines medizinischen Sachverhalts beweismässig beitragen können. Daraus folgt indessen nicht, dass ein solches Gutachten den gleichen Rang wie ein vom Versicherungsträger nach dem vorgegebenen Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten besitzt. Es verpflichtet indessen – wie jede substantiiert vorgetragene Einwendung gegen ein solches Gutachten – den Richter, den von der Rechtsprechung aufgestellten Richtlinien für die Beweismwürdigung folgend, zu prüfen, ob es in rechtserheblichen Fragen die Auffassungen und Schlussfolgerungen des vom Versicherungsträger förmlich bestellten Gutachters derart zu erschüttern vermag, dass davon abzuweichen ist (BGE 125 V 351 E. 3c S. 354). 5.5 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; vgl. auch BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282; 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.).

6. 6.1 Wie erwähnt (vgl. E. I. 2.4 hiervor), erliess die Beschwerdegegnerin am 20. August 2012 eine Verfügung (IV-Nr. 436), mit der sie die laufende Rente der Beschwerdeführerin aufhob. Sie stützte sich dabei auf eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG. Das Versicherungsgericht hiess die dagegen erhobene Beschwerde gut, wobei es sowohl die Wiedererwägung als auch – im Sinne einer allfälligen substituierten Begründung – die Revision nach Art. 17 ATSG prüfte, aber beide Möglichkeiten verwarf (Urteil vom 10. Mai 2013, VSBES.2012.247, IV-Nr. 464). Ausdrücklich nicht geprüft wurde damals die Frage, ob eine Rentenaufhebung oder -herabsetzung unter dem Aspekt der Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision (vgl. E. II. 4.3 hiervor) infrage kommen könnte. Mit der nunmehr angefochtenen Verfügung vom 3. August 2017 reduzierte die Beschwerdegegnerin die ganze Rente der Beschwerdeführerin auf eine Viertelsrente. Sie begründet dies mit einer

Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, in erster Linie aber – wie auch aus der angeordneten Weiterausrichtung der Rente während zwei Jahren deutlich wird – unter Bezugnahme auf die Schlussbestimmungen der 6. IV-Revision. Dies ist grundsätzlich zulässig, da diese Frage im früheren Gerichtsurteil nicht behandelt wurde (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_670/2019 vom 19. Februar 2020 E. 4.3). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob überhaupt eine Konstellation vorliegt, welche die Anwendung dieser Schlussbestimmungen zulässt.

6.2 Die zeitlichen Voraussetzungen für die Anwendung der Schlussbestimmungen (Lebensalter weniger als 55 Jahre und Rentenbezug nicht mehr als 15 Jahre; vgl. E. II. 4.3 hiervor) sind erfüllt: Die 1963 geborene Beschwerdeführerin war bei Inkrafttreten der erwähnten Schlussbestimmungen am 1. Januar 2012 48jährig und hatte im Zeitpunkt der Einleitung des (erneuten) Rentenüberprüfungsverfahrens (spätestens durch die Einladung zum Revisionsgespräch vom 2. August 2013; vgl. E. I. 3.1 hiervor) die Rente noch nicht seit mehr als 15 Jahren bezogen. Der Umstand, dass die Rentenreduktion erst deutlich nach Ablauf der in den Schlussbestimmungen erwähnten Dreijahresfrist eintritt, steht der Anwendung der Bestimmungen nicht entgegen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_417/2017 vom 19. April 2018 E. 4.6.4 und 8C_899/2015 vom 29. September 2016).

6.3 Eine Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung des Rentenanspruchs nach Massgabe von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG ist an drei Voraussetzungen geknüpft. Die Rentenzusprache darf ausschliesslich auf Grund der Diagnose eines pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildes ohne nachweisbare organische Grundlage erfolgt sein. Sofern neben dem syndromalen Zustand eine davon unabhängige organische oder psychische Gesundheitsschädigung besteht, ist die Anwendbarkeit der Schlussbestimmungen ebenfalls gegeben, wenn die weitere («nichtsyndromale») Gesundheitsschädigung die anspruchserhebliche Arbeitsunfähigkeit nicht mitverursacht, das heisst letztlich nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs beigetragen hat. Wenn sie die Auswirkungen des unklaren Beschwerdebildes bloss verstärkt, bleibt eine Rentenrevision unter diesem Rechtstitel möglich (vgl. zum Ganzen die Präzisierung in BGE 140 V 197). Weiter ist erforderlich, dass auch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorliegt. Ergibt sich im Beschwerdebild zwischen dem Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprache und dem Revisionszeitpunkt insofern eine Änderung, als anstelle der ursprünglich unklaren neu erklärbar Beschwerden treten, ist aber nicht von einer Prüfung des Gesundheitsschadens und der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit abzusehen. Eine solche Prüfung hat vielmehr unter Berücksichtigung sowohl der erkläraren wie auch der unklaren Beschwerden stattzufinden, wobei auf die aktuellen, für den Zeitpunkt der Rentenanpassung geltenden Verhältnisse hinsichtlich des Gesundheitszustandes und der Rechtsprechung abzustellen ist. Zu klären ist ferner, ob sich der Gesundheitszustand seit der Rentenzusprache allenfalls verschlechtert hat und ob neben den nicht objektivierbaren Störungen anhand klinischer psychiatrischer Untersuchungen nunmehr klar eine Diagnose gestellt werden kann. Schliesslich ist zu prüfen, ob eine Validitätseinbusse trotz des hinsichtlich der invalidisierenden Folgen nicht objektivierbaren Beschwerdebildes nachweisbar ist (nach früherer Rechtsprechung durch Prüfung der «Foerster-Kriterien», nach heutiger Rechtsprechung mittels strukturiertem Beweisverfahren; BGE 139 V 547 E. 10.1 S. 568 f.; Urteile des Bundesgerichts 9C_121/2014 vom 3. September 2014 E. 2.6, 9C_308/2013 vom 26. August 2013 E. 5.1 und 5.2, 9C_381/2016 vom 13. Januar 2017 E. 3.1.2).

7. Aus dem Gesagten ergibt sich, dass zunächst geprüft werden muss, ob die Rentenzusprache aufgrund eines unklaren

Beschwerdebildes erfolgt ist. Dabei ist nicht notwendig, dass ausschliesslich ein solches Beschwerdebild vorliegt. Laufende Renten sind aber insoweit von der durch die Schlussbestimmungen geschaffenen Anpassungsmöglichkeit ausgenommen, als sie auf erklärbaren Beschwerden beruhen (BGE 140 V 197 E. 6.2.3 S. 200).

7.1 Der Beschwerdegegnerin lagen insbesondere folgende Unterlagen vor, als sie die Verfügungen vom 17. Mai 2002 und 19. August 2002 erliess (vgl. E. II. 4.2 des Urteils des Versicherungsgerichts vom 10. Mai 2013 im Verfahren VSBES.2012.247): Dem Polizeirapport (IV-Nr. 279.6) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin mit dem von ihr gelenkten, vortrittsberechtigten Personenwagen [...] am 9. Oktober 1997 beim Linksabbiegen mit einem von links kommenden Lastwagen kollidierte. Der Lastwagen fuhr links in die Front des Personenwagens. Die Beschwerdeführerin wurde in der Folge ärztlich behandelt. Dr. med. U.____, Spezialarzt FMH für Innere Medizin, speziell Rheumaerkrankungen, diagnostizierte in seinem Bericht vom 9. Oktober 1998 (IV-Nr. 279.7 S. 10 ff.) insbesondere ein chronisch-rezidivierendes, posttraumatisches cervicobrachiales, cervicospondylogenes und cervicocephales Syndrom rechts bei / mit Status nach HWS-Distorsion am 9. Oktober 1997, vorbestehender Fehlform der BWS und LWS sowie posttraumatischem, myofaszialem Syndrom im Bereich der Nacken- und Schultergürtelmuskulatur rechts mehr als links. Die Arbeitsfähigkeit der Versicherten als Sachbearbeiterin und als Hoteldirektionsassistentin bezifferte er (seit 1. September 1998) auf 50 %, ebenso jene für andere körperlich leichte, angepasste Tätigkeiten. Es handle sich um ein unfallbedingtes Leiden. In seinem Bericht vom 13. August 1999 (IV-Nr. 6) attestierte Dr. med. U.____ ab 28. November 1998 wieder eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Er hielt fest, die Behandlung bei ihm sei am 8. Januar 1999 abgeschlossen worden. Als Diagnosen nannte er ein chronisch-rezidivierendes, therapieresistentes, posttraumatisches cervicocephales und cervicospondylogenes Syndrom rechts bei / mit Status nach HWS-Distorsion ohne Abknickmechanismus am 9. Oktober 1997, leichter Fehlhaltung der HWS, vorbestehenden, degenerativen Veränderungen der HWS, muskulärer Schultergürtel-Dysbalance, myofaszialem Überlastungssyndrom der NSG-Muskulatur rechts mehr als links, degenerativer Dysregulation sowie Status nach posttraumatischer Überlastungsreaktion. Auf Veranlassung der Beschwerdegegnerin absolvierte die Beschwerdeführerin vom 8. August bis 13. Oktober 2000 eine Abklärung in der C.____, [...]. Im entsprechenden Bericht vom 27. Oktober 2000 (IV-Nr. 298) hielt die Stiftung fest, die Beschwerdeführerin besitze gute berufliche Fähigkeiten und gute zwischenmenschliche Kompetenzen. Trotz der hohen Arbeitsqualität habe sie aber nur eine Leistung von 30 % erbracht, weil sich die Schulter-, Nacken- und Kopfschmerzen bei einem höheren Arbeitspensum massiv verschlimmert hätten und weil sich anspruchsvolle Bildschirmarbeit oder andere kopflastige Arbeiten ebenfalls negativ auf die Schmerzen ausgewirkt hätten. Das Gutachten des Spitals D.____, Klinik für Rheumatologie und Klinische Immunologie / Allergologie, vom 25. Juni 2001 (IV-Nr. 305) nannte folgende Diagnosen: Chronisches, therapieresistentes posttraumatisches zervico-zephalisches und zervicospondylogenes Syndrom rechts bei / mit: – HWS-Beschleunigungstrauma am 9. Oktober 1997 – segmentale Dysfunktion C2/3 rechts – myofaszielles Überlastungssyndrom der Nacken- / Schultermuskulatur rechts und Verkürzung der paravertebralen zervikalen Muskulatur rechts – muskuläre Schulterdysbalance – Fehlhaltung der HWS bei vorbestehender leichter linkskonvexer Skoliose und Streckhaltung sowie leichtgradige Torsionsskoliose der BWS und LWS, degenerative Diskopathie C3-C6 – Vegetative Dysregulation mit arterieller Hypotonie. In ihrer

Beurteilung führten die Gutachter aus, das Beschleunigungstrauma der HWS vom 9. Oktober 1997 habe zu verschiedenen Problemen geführt. Einerseits müsse aufgrund der klinischen Befunde von einem zervikozephalen und zerviko-spondylogenen Syndrom gesprochen werden. Der fassbare erhöhte Muskeltonus der zervikalen Muskulatur und die schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit der HWS seien objektiv fassbare Veränderungen. Von radiologischer Seite bestünden lediglich leichteste degenerative HWS-Veränderungen. Anderweitige strukturelle Läsionen liessen sich ausschliessen. Die zusätzlichen Schmerzpunkte deuteten auf eine mögliche Facettengelenksproblematik der oberen HWS hin. Im Rahmen des Traumas sei es zu einer vermehrten Erschöpf- und Ermüdbarkeit sowie Leistungsminderung gekommen, welche auch in der neuropsychologischen Untersuchung im April 1999 in den Testungen habe bestätigt werden können. Als vegetative Begleitreaktion bestehe eine arterielle Hypotonie mit Schwindelsymptomen. In der erlernten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte sei die Patientin zu 30 % arbeitsfähig. Eine Leistungsfähigkeit von 30 % könne zurzeit jedoch nur erbracht werden, wenn die Patientin ihre Arbeitszeit und ihren Arbeitsrhythmus sowie die Arbeitsabläufe selber gestalten könne. Sitzende, monotone Tätigkeiten am Schreibtisch oder Computer über drei Stunden führten zu vermehrten zerviko-cephalen Schmerzen, Schwindel und Konzentrationsstörungen. Die Arbeitsunfähigkeit im bisherigen Beruf betrage 70 – 80 %. Im Haushalt sei die Patientin für sämtliche mittelschweren oder schweren körperlichen Arbeiten auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Als Hausfrau bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könne erstens durch ein neuropsychologisches Leistungstraining sowie zweitens durch eine Fazettengelenksblockade auf Höhe C2/3 rechts (bei positiver Neuroblockade anschliessende Thermokoagulation) erreicht werden. Es bestehe eine eindeutige Kausalität zwischen dem Unfallereignis und den gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Gestützt auf diese Unterlagen legte die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad in Anwendung der gemischten Methode (Art. 27 bis Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]; heute: Art. 28a Abs. 3 IVG) auf 75 % fest. Für den mit 10 % gewichteten Haushaltsbereich bezifferte sie die Einschränkung auf 38 % (entsprechend dem Abklärungsbericht vom 3. Mai 1999), für den mit 90 % gewichteten Erwerbsebereich auf 79.19 %. Insgesamt resultierte der genannte Invaliditätsgrad von 75 % ($10\% \times 38\% = 3.8\%$ plus $90\% \times 79.19\% = 71.27\%$; vgl. IV-Nr. 315 S. 5).

7.2 Wie sich aus den vorstehend wiedergegebenen ärztlichen Stellungnahmen ergibt, basierte die Rentenzusprechung auf der Diagnose eines chronischen, therapieresistenten posttraumatischen zervico-zephalen und zervicospondylogenen Syndroms rechts bei Status nach HWS-Beschleunigungstrauma. Letztlich wurde, wie das Versicherungsgericht schon in seinem Urteil vom 10. Mai 2013 E. 4.4, ausführte, von einer spezifischen HWS-Verletzung (ohne organisch nachweisbare Funktionsausfälle) mit einem entsprechenden Beschwerdebild ausgegangen. Dabei handelt es sich nach der Rechtsprechung (BGE 136 V 279) um ein Beschwerdebild, das den sogenannten «Päusbonog» (pathogenetisch-ätiologisch unklare syndromale Beschwerdebilder ohne nachweisbare organische Grundlage) zuzuordnen ist, auf welche die Schlussbestimmungen Anwendung finden.

7.3 Nach dem Gesagten wurde die Rente der Beschwerdeführerin für ein Beschwerdebild zugesprochen, das Gegenstand der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision bildet. Dementsprechend kommt deren Anwendung grundsätzlich infrage. Dies bedeutet wiederum, dass eine aktuelle Anspruchsprüfung – bezogen auf den Zeitpunkt der Rentenherabsetzung durch die Verfügung vom 3. August 2017 – stattzufinden hat, ohne

dass zu prüfen wäre, ob sich der Sachverhalt im Sinne von Art. 17 ATSG erheblich verändert hat. 7.4 Im Parteivortrag liess die Beschwerdeführerin ausführen, aus dem Gerichtgutachten gehe hervor, dass die Rentenzusprechung im Jahr 2002 nicht nur wegen eines unklaren Beschwerdebildes, sondern wegen einer schweren depressiven Episode erfolgt sei. Diese Argumentation bezieht sich auf S. 21 oben des interdisziplinären Gutachtens (Konsens; A.S. 109). Dort wird festgehalten, «aus den Akten gezogen» habe sich 2002 «ein durch Schmerzen, Therapiefrustration und eine schwere depressive Episode gezeichneter Gesundheitszustand» gezeigt. Diese Aussage stützt sich auf einen Verlaufsbericht von Dr. med. M. ___ an den Hausarzt Dr. med. E. ___ vom 27. November 2002, in dem eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion sowie ein chronisches zerviko-spondylogenes und zerviko-zephalales Syndrom nach HWS-Distorsion bei Unfall 1997 diagnostiziert wurden (vgl. die Zusammenfassung im psychiatrischen Teilgutachten, S. 4, A.S. 180). Dieser Bericht lag jedoch nicht vor, als die rentenzusprechenden Verfügungen vom 17. Mai 2002 und 19. August 2002 erlassen wurden. Die damals vorhandenen Unterlagen enthielten keine psychiatrischen Diagnosen, so dass nicht gesagt werden kann, eine solche habe der Rentenzusprechung zugrunde gelegen. Vor diesem Hintergrund kann offen bleiben, welche Bedeutung der entsprechenden Diagnosestellung durch Dr. med. M. ___, welche nicht Psychiaterin ist, sondern als Fachärztin für Innere Medizin mit Weiterbildung in psychosozialer und psychosomatischer Medizin arbeitet, beizumessen wäre. Wenn man jedoch – was nach dem Gesagten abzulehnen ist – davon ausginge, die Rentenzusprechung habe auch auf einer schweren depressiven Symptomatik beruht, würde sich dies keineswegs zugunsten der Beschwerdeführerin auswirken, denn diesfalls wäre gestützt auf das Gerichtsgutachten von einer erheblichen Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes auszugehen. Die Folge davon wäre eine Reduktion der Rente, welche (wie es im Vorbescheid vom 19. Februar 2016 vorgesehen war) nicht erst nach Ablauf von zwei Jahren, sondern bereits auf den Beginn des zweiten Monats nach Zustellung der Revisionsverfügung wirksam geworden wäre. 8. Die medizinische Aktenlage bei Erlass der Verfügung vom 3. August 2017 präsentierte sich zusammengefasst wie folgt: 8.1 Die durch den Unfallversicherer in Auftrag gegebene Begutachtung beim Begutachtungsinstitut G. ___ vom 13. September 2006 (IV-Nr. 363.13) stützte sich auf Untersuchungen durch Dr. med. V. ___, Facharzt für Innere Medizin FMH, Dr. med. W. ___, Facharzt für Rheumatologie, und Dr. med. X. ___, Fachärztin für Psychiatrie. Sie stellten die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 16): – Chronifiziertes Cervikalsyndrom bei – Status nach HWS-Distorsion am 9. Oktober 1997 – Neurasthenische Entwicklung geringen Ausmasses (ICD-10 F48.0) Zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde betrage die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer kaufmännischen Tätigkeit (Sekretärin) 80 %. Dieselbe Arbeitsfähigkeit gelte auch für Tätigkeiten als Hausfrau. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit bestehe wegen der immer noch vorhandenen glaubhaft angegebenen Nackenschmerzen, allerdings ohne klinisches Korrelat, und der daraus resultierenden Verminderung der Belastbarkeit. Die Verminderung der Arbeitsfähigkeit rheumatologischer und auch psychischer Sicht sei nicht additiv zu verstehen. Ausser der weiteren hausärztlichen Betreuung sähen die Gutachter keine Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit (S. 18 f.). 8.2 Der Neurologe Dr. med. I. ___ führte in seinem Privatgutachten vom 20. Juli 2007 (IV-Nr. 345.8) aus, es sei ein «Status nach einem Verkehrsunfall vom Oktober 1997 mit persistierendem rechtsbetontem Cervicobrachialsyndrom und ein Status nach mehreren Behandlungen mit

Therapieresistenz» gegeben. Es lägen typische Beschwerden nach einem HWS-Distorsionstrauma oder einer äquivalenten Verletzung vor, dies in Form von Nackenschmerzen, Kopfschmerzen, rascher Ermüdbarkeit sowie Konzentrationsstörungen. Eine milde traumatische Hirnverletzung (MTBI) sei nicht überwiegend wahrscheinlich (S. 16). Es würden analgetische, detonisierende, medikamentöse, physiotherapeutische Massnahmen sowie eine Craniosacraltherapie empfohlen (S. 17). Die Arbeitsfähigkeit als Sekretärin betrage 30 %. Für andere Tätigkeiten ohne Lastenheben, monotone Kopfhaltungen, hauptsächlich Bildschirmarbeit, hohe Anforderungen an Konzentration und Ausdauer, z.B. am Kundenempfang bei einer Bank, belaufe sich die Arbeitsfähigkeit auf 50 %. Es liege eine dauerhafte Beeinträchtigung der körperlichen Integrität vor. Dies aufgrund der chronifizierten Schmerzen bei HWS-Affektion, belastungsverstärkt mit einer Funktionseinschränkung von 10 %. Eine dauerhafte Beeinträchtigung der psychischen Integrität liege nicht vor (S. 18).

8.3 Im interdisziplinären Privatgutachten des Begutachtungsinstituts K.____ vom 10. November 2008 (IV-Nr. 362) hielten die Gutachter PD Dr. med. Y.____, Facharzt für Neurologie FMH, Prof. Dr. med. nat. Z.____, Neuropsychologie, und PD Dr. med. AA.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden unfallbedingten Diagnosen (Neurologie, Neuropsychologie und Psychologie) fest (IV-Nr. 362 S. 42; Hauptgutachten S. 18): Status post Seitwärtskollision am 9. Oktober 1997 mit konsekutiv: Akutphase: – akutes cervicocephales Syndrom – mehrere Kontusionen – Distorsion des oberen Sprunggelenkes Chronische Phase / aktuell: – chronisches cervicocephales Syndrom – chronisches cervicobrachiales Syndrom – leichte kognitive Funktionsstörungen – Neurasthenie (ICD-10 F48.0) Bei der aktuellen Begutachtung fänden sich drei die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Diagnosen: Aus somatisch-neurologischer Sicht ein chronisches cervico-cephales und cervico-brachiales Syndrom, aus neuropsychologischer Sicht leichte kognitive Defizite und aus psychiatrischer Sicht eine Neurasthenie. Aufgrund der somatisch-neurologischen Diagnose sei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % (bis maximal 30 %) ableitbar. Aufgrund der leichten kognitiven Funktionsdefizite sei eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % adäquat. Hier gelte es festzuhalten, dass die kognitiven Defizite Folge der chronischen Schmerzen seien, wie sie aus somatisch-neurologischer Sicht berücksichtigt worden seien. Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin zu mehr als 80 % arbeitsunfähig. Die mehr als 80 % ergäben sich, weil die Beschwerdeführerin in der 20%igen Tätigkeit, in der sie arbeite, dies in quasi geschätzten Bedingungen tue, wie aus dem psychiatrischen Teilgutachten hervorgehe. Somit müsse die Arbeitsfähigkeit aus interdisziplinärer Sicht mit 80 % eingestuft werden, was der gutachterlichen Bemessung des Gutachtens des D.____ entspreche (IV-Nr. 362 S. 49; Hauptgutachten S. 25 unten). Zum Verlauf wird erklärt, in den ersten Jahren seien die somatischen Beschwerden im Vordergrund gestanden; nun habe durch die Chronifizierung der Beschwerden wohl eine Umgewichtung stattgefunden, in dem Sinne, dass nun die psychischen Beschwerden im Vordergrund stünden (IV-Nr. 362 S. 53; Hauptgutachten S. 29).

8.4 Dem neurologischen Privatgutachten von Dr. med. N.____, Begutachtungsinstitut L.____ vom 1. März 2012 (IV-Nr. 429 S. 3 ff.) lassen sich die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen: Chronische ondulierende, belastungsabhängige Nacken-, Schulter- und Hinterhauptschmerzen (chronisches cervicocephales und cervicobrachiales Syndrom, ICD-10 M53.0 und M53.1) mit pseudoradikulären Ausstrahlungen in den rechten Arm, mit rechtbetonten myofaszialen Begleiterscheinungen, Konzentrationsstörungen und schmerzabhängiger Dysphorie, unter chronischer Opiatanalgesie. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende

Diagnosen: Intermittierende rechtsseitige Hemikranie ohne begleitende autonome Störungen
Andere Diagnosen: – Hyperlipidämie, therapiebedürftig – Nikotinabusus
In der Zusammenfassung führt der Gutachter aus, 14 Jahre nach dem Unfall bestehe ein stabiler gesundheitlicher Zustand, der geprägt sei durch rechtsseitige Kopfschmerzen, rechtsbetonte belastungsabhängige myofasziale Schmerzen in Schultergürtel und Nacken, die durch eine stabile Morphineinnahme unter Kontrolle gehalten würden, was der Beschwerdeführerin die Ausübung einer beschränkten Arbeitsfähigkeit und Erledigung der Hausarbeiten ermögliche. Medizinisch-theoretisch, also unter Ausschluss der nicht-beruflichen Tätigkeiten – vor allem der Hausarbeiten – sei der Beschwerdeführerin eine körperlich leichte, wechselbelastende Arbeit innerhalb ihres Fähigkeits- und Fertigkeitsspektrums zu 50 % zumutbar. Eine höhere Belastung sei angesichts des Schmerzpegels, trotz Opiatanalgesie, und der bei chronischen Schmerzen verstärkten Ermüdbarkeit nicht zumutbar. Unter Berücksichtigung ihrer ausserberuflichen Arbeiten (vorwiegend des Haushalts, der Therapien und Übungen) sei der Beschwerdeführerin eine 40%ige-Tätigkeit zumutbar. Die Prognose sei nach 14 Jahren nicht günstig. Berufliche und therapeutische Massnahmen könnten die Erhaltung des Zustandes stützen, eine wesentliche Abnahme der Schmerzen und dadurch ermöglichte Zunahme der Arbeitsfähigkeit sei auf absehbare Zeit nicht zu erwarten. Die laufenden Therapien – Osteopathie, Kraniosakraltherapie, Dehnung, Fitness, Durchführung eines Heimprogramms – seien richtig, sollten aber noch vermehrt auf punktuelle formale Therapien zugunsten eigenverantwortlich durchgeführter Heimübungen ausgerichtet werden (IV-Nr. 429 S. 20; Gutachten S. 18).

8.5 Dr. med. J.____, Allgemeine Medizin FMH, vom RAD hielt in seiner Stellungnahme vom 5. April 2012 (IV-Nr. 431) fest, es habe sich an der medizinischen Situation seit dem Gutachten des Begutachtungsinstituts G.____ vom 13. September 2006 nichts verändert. Psychisch sei die Beschwerdeführerin nicht beeinträchtigt. Somatisch klage sie weiterhin über Schmerzen, die durch keine strukturellen Veränderungen erklärbar seien. Im Neurostatus des Gutachtens des Instituts L.____ würden unauffällige Hirnnerven, normale Reflexe, normale Motorik und normale Sensibilität beschrieben. Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit sei ein «chronifiziertes Zervikalsyndrom bei Status nach HWS-Distorsion am 9. Oktober 1997». Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit im neuen Gutachten vom 1. März 2012 (vgl. E. II. 8.4 hiervor) basiere auf einer anderen Interpretation längst bekannte Befunde und auf der subjektiven Beschwerdeschilderung der Beschwerdeführerin. Eine erneute Abklärung sei nicht notwendig.

8.6 Dr. med. N.____ legte in einer Replik vom 18. September 2012 (IV-Nr. 441 S. 54 ff.) zusammengefasst dar, es bestehe ein chronisches Schmerzsyndrom mit einem somatischen Kern und fehlenden augenscheinlich relevanten psychogenen oder sozialen Ursachen. Die chronischen Schmerzen stellten eine Krankheit dar von alltagsrelevantem Ausmass und einschneidenden Leistungseinbussen, trotz Opiatanalgesie. Seine Interpretation der Arbeitsfähigkeit stelle keineswegs eine Verschiebung des Blickwinkels auf die Gesundheitsstörung der Beschwerdeführerin dar, sondern eine Erweiterung basierend auf neuen Informationen und der Beschäftigung mit der Frage, welcher Mechanismus geeignet wäre, eine schmerzbedingte Leidensgeschichte von mehr als zehn Jahren Dauer zu begründen.

8.7 Aufgrund der fachärztlich orthopädischen Sprechstunde vom 8. August 2013 hielt Dr. med. AB.____, FMH orthopädische Chirurgie, Sportmedizin DGSP, im Bericht vom 9. August 2013 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 476 S. 3 f.): 1. Sternosymphysales Syndrom mit – Schulterdezentrierung – Verkürzung M. pectoralis beidseits R > L – thorakaler Hyperkyphose mit Hypomobilität – Kopfprotraktion mit cervicothorakaler Stufenbildung (35 °) 2. Zervicospondylogenes Syndrom mit –

Zervicocephalgien Befund: Inklinationshaltung der Wirbelsäule, Kopfprotraktion und Schulterprotraktion mit massiver Verkürzung der mm. pectorales beidseits (malor et minor). Bei Reklinations-Aussenrotationsbewegungen der Schulter massive Schmerzverstärkung pectoral mit Ausstrahlung in den Brustkorb (intercostale Muskelgruppen), thorakale Myogelosen der Scapula-zentrierenden Muskulatur, Hyperkyphosierung der BWS (43° in der segmentalen Wirbelsäulenmessung – Norm bis 35°) mit massiver Hypomobilität (ROM Inklination / Reklination 22° – Norm $40 - 70^\circ$, ROM der Rotationen $25 - 30^\circ$ R/L – Norm bis 60°). Verkürzung der Gerad- und Schrägsysteme der Bauchmuskulatur, funktionelle Insuffizienz des M. iliopsoas und der pelvitrochanteren Hüft-AR mit Kneeing in der Beinachse, Rückfüsse beidseits im Sinne des Valgus instabil. Procedere: Beginn einer Haltungsoptimierung mittels Spiraldynamik. Parallel Osteopathie in grösseren Abständen weiterführen. Gegebenenfalls Erneuern der radiologischen Diagnostik (MRI cervical), falls keine Besserung der Beschwerden eintrete. Parallel sei über die Durchführung einer Neuraltherapie zur vorübergehenden Entspannung der massiv schmerzhaften Muskelgruppen zu diskutieren.

8.8 Im «Verlaufsbericht Psychotherapeutische Behandlung» vom 7. November 2013 (IV-Nr. 481) hielt Dr. med. M. ___ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Rezidivierende depressive Störung, seit 2000 – Chronisch rezidivierendes, posttraumatisches zerviko-vertebrales, zerviko-spondylogenes und zerviko-cephales Syndrom rechts Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als kaufmännische Angestellte seit 2000 zu 71 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Im November 2002 habe eine erste, im Jahr 2000 begonnene Psychotherapiephase bei gutem psychischen Befinden und erträglicher antidepressiver Therapie abgeschlossen werden können (vgl. dazu IV-Nrn. 434 f.). Nun sei die Behandlung am 7. Oktober 2013 wieder aufgenommen worden. Wegen Kopf-, Nacken-, Schulter- und Armschmerzen seien nur körperlich unbelastende Tätigkeiten mit regelmässiger Veränderung der Körperposition möglich. Solche seien der Beschwerdeführerin stundenweise nach Massgabe der Beschwerden zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Arbeiten am Computer von längerer Dauer und Tätigkeiten, die Krafteinsatz der oberen Extremitäten verlangten, seien nicht zumutbar. Das Ausmass und die Art der geeigneten Tätigkeit müssten genauer abgeklärt werden.

8.9 Der von der Beschwerdegegnerin mit dem Einverständnis der Beschwerdeführerin eingesetzte psychiatrische Gutachter Dr. med. P. ___ gelangte in seinem Gutachten vom 26. Dezember 2014 (IV-Nr. 494.1) zu folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (psychisch, S. 28): – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung mit Selbstlimitierung (ICD-10 F45.4) – Sonstige phobische Störungen mit Vermeidungsverhalten (ICD-10 F40.8) – Ängstlich vermeidende, abhängige und selbstunsichere Persönlichkeitszüge (ICD-10 F73.1). – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) – DD Ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung Aus der Sicht seines Fachgebietes liege gesichert eine chronifizierte Schmerzfehlverarbeitung mit Selbstlimitierung vor. Er gehe allerdings davon aus, dass die Beschwerdeführerin eine Angstentwicklung eingegangen sei im Sinne einer sonstigen phobischen Störung mit Vermeidungsverhalten und dass weniger die Depressivität im Vordergrund der Problematik stehe. Aktuell sei die Beschwerdeführerin gesichert nicht depressiv, auch nicht leicht depressiv. Es müsse von einem remittierten depressiven Zustand ausgegangen werden. Wenn der Verlauf und die eigene Untersuchung zusammen gewertet würden, komme er, der Gutachter, klar zum Schluss, dass sich bei der

Beschwerdeführerin eine Angstentwicklung eingestellt habe, bei bereits vorbestehender, selbstunsicherer und ängstlicher Persönlichkeit mit gewissen abhängigen Zügen. Zumindest habe sie klinisch starke Hinweise auf ängstlich vermeidende Verhaltensweisen und Einstellungen gezeigt, höre man doch bei chronifizierten Schmerzpatienten, selbst bei Menschen, die ein HWS-Schleudertrauma durchgemacht hätten, praktisch nie die Aussage «der Kopf könnte abfallen, wenn ich nicht aufpasse.» (S. 34). Auch zeige die Beschwerdeführerin eine gewisse hypochondrische Tendenz mit Krankheitsbefürchtungen, was sich auch mit der Krebserkrankung in der Familie, ihrer eigenen Verarbeitung der Melanomerkrankung am Rücken erklären lasse. Die Beschwerdeführerin sei im Laufe der Jahre deutlich ängstlicher geworden, habe diverse Ängste entwickelt, habe zunehmend zu vermeiden begonnen und sei auch heute im Vermeidungsverhalten ziemlich gefangen. Es müssten gesichert ängstlich-vermeidende, abhängige und selbstunsichere Persönlichkeitszüge angenommen werden. Die Beschwerdeführerin sei rasch beeindruckbar. Wegen der nicht erfolgten Schmerzfreiheit trotz diversen Therapien seit dem Unfall 1997 sei sie gedanklich und im Erleben darauf fixiert, dass dieser Unfall für ihren gesamten Beschwerdekatalog, d.h. die Schmerzen und die raschere Ermüdbarkeit, die Blockierungen, die erschwerte Fähigkeit, neue Ziele zu setzen und sich aufzuraffen, verantwortlich gemacht werden müsse. Gesamthaft könne davon ausgegangen werden, dass der Unfall 1997 zu vielen unspezifischen Symptomen und chronifizierten Schmerzen geführt habe, mit denen die Beschwerdeführerin aufgrund der selbstunsicheren und ängstlichen Persönlichkeitsanteile nicht mehr adäquat zurechtgekommen sei und retrospektiv aus etwas unklaren Gründen 1998 bis 2001 den beruflichen Einstieg nicht geschafft habe. Möglicherweise seien bereits damals die Ängste stärker gewesen, wobei die Beschwerdeführerin gesichert nicht jemand sei, die mit den Ängsten hausieren und versuchen würde, damit zu Rentenleistungen zu gelangen. Trotzdem sei davon auszugehen, dass die auffälligen ängstlichen und selbstunsicheren Persönlichkeitszüge wesentlich dazu beigetragen hätten, ebenso die Angstneigung der Beschwerdeführerin mit phobischem Vermeidungsverhalten, dass sich ein chronifizierter psychischer Komplex eingestellt habe, der mal depressiv, mal neurasthenisch, mal ängstlich diagnostiziert werde (S. 35). Der Gesundheitszustand habe sich tendenzmässig seit 2014 verbessert. Seit 1997 bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit. Relevant sei, dass 2002 erstmals psychische Beschwerden genannt worden seien, im Sinne einer Depressivität, die sich im Laufe der Zeit gebessert, aber auch wieder verschlechtert habe. Es werde von einem Rückfall 2013 gesprochen mit sozialem Rückzug und zunehmenden Ängsten. Es sei davon auszugehen, dass 2012 bis 2013 vorübergehend wieder eine Krise eingetreten sei, die einige Monate gedauert habe. Ab 2014 sei es wieder zu einer leichten psychischen Besserung gekommen. Zum Zeitpunkt der Untersuchung könne nur eine geringe psychiatrische Einschränkung und Krankheit festgehalten werden, weswegen davon auszugehen sei, dass ab Gutachtensdatum eine 60%ige Arbeitsfähigkeit wieder zumutbar wäre. Vorgängig müsse eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit bestätigt werden (S. 37). Die kognitive Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin reiche aus, dass sie leichte Büroarbeiten ohne dauernde Bildschirmarbeit verrichten könne. Als Ableserin müsse sie auch mit Zahlen hantieren können, müsse diese notieren und richtig ablesen können, was ihr gelinge. Auch als Prüfungsaufsicht müsse sie eine kognitive Leistungsfähigkeit erbringen, was ihr gelinge. Es ist ihr zumutbar, ein 60%iges Arbeitspensum in diesen Anforderungsprofilen anzunehmen. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen mit grosser

Wahrscheinlichkeit verbessert werden. So wäre eine Angsttherapie mit gezielter Verhaltenstherapie und Inventaraufnahme des Angstrepertoirs der Beschwerdeführerin dringend angezeigt. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin auf Antidepressiva entweder mit Nebenwirkungen reagiere oder solche nicht benötige, spreche dagegen, dass es sich um ein reines depressives Geschehen handle. Die Ängste seien im Vordergrund. Berufliche Massnahmen seien wohl nicht mehr notwendig. Sie wären medizinisch jedoch zumutbar, falls die Beschwerdeführerin eine Umschulung wünsche. Vom Alter her sei sie allerdings bereit 51 Jahre alt, was natürlich eine berufliche Rehabilitation deutlich erschwere (S. 38).

8.10 In ihrem psychiatrischen Privatgutachten vom 14. Dezember 2016 (IV-Nr. 533) stellte Dr. med. S.____, Fachärztin Psychiatrie und Psychotherapie FMH, die folgenden psychiatrischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 48): – Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1) nach einem Verkehrsunfall am 9. Oktober 1997 – Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0) – Leichte kognitive Störung (ICD-10 F06.7) – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) mit Somatisierungstendenzen – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0) – Agoraphobie (ICD-10 F40.0) Der Umfang der aktuellen Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht betrage 20 %. Dies gelte auch für eine angepasste Tätigkeit (S. 64; Gutachten S. 62). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei bedingt durch die Ausbildung verschiedener psychischer Störungsbilder auf dem Boden einer anhaltenden posttraumatischen Persönlichkeitsänderung (S. 48; Gutachten S. 46). Es bestehe eine ausgeprägte Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Störungen. Mit grösster Wahrscheinlichkeit sei davon auszugehen, dass sich die Posttraumatische Belastungsstörung in Form einer anhaltenden Persönlichkeitsänderung chronifiziert und die weitere psychische Gesundheit der Beschwerdeführerin in erheblichem Ausmass negativ bestimmt habe. Auf dem Boden der Persönlichkeitsänderung hätten sich insbesondere in Zusammenhang mit sozialen und beruflichen Belastungen psychopathologische Symptome der Depressivität und der Angst sowie Somatisierungssymptome entwickelt, die den obengenannten Krankheitsbildern (Posttraumatische Belastungsstörung [ICD-10 F43.1] nach einem Verkehrsunfall am 9. Oktober 1997, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung [ICD-10 F62.0], leichte kognitive Störung [ICD-10 F06.7], anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.4] mit Somatisierungstendenzen, rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode [ICD-10 F33.0], Agoraphobie [ICD-10 F40.0]) entspreche (S. 60 f.; Gutachten S. 48 f.). Aus psychiatrischer Sicht werde eine kontinuierlich und regelmässige psychotherapeutische Behandlung das gegenwärtige gesundheitliche Befinden wenn nicht verbessern, so doch zur Stabilisierung auf dem jetzigen Niveau beitragen können. Auch könne angenommen werden, dass eine solche Psychotherapie ein Stück weit verhindern werde, dass das Risiko einer gesundheitlichen Verschlechterung in Zukunft erheblich ansteige (S. 61; Gutachten S. 59). Aus gutachterlicher Sicht sei von weiteren Wiedereingliederungsmassnahmen abzusehen. Aufgrund der oben geschilderten Einschränkungen bestehe keine entsprechende Zumutbarkeit, die erwähnten Symptome mit Willensanstrengung zu überwinden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass bei entsprechender Willensanstrengung der Beschwerdeführerin die Symptomatik im Sinne einer Überforderung zunehmen werde. Insofern sei davon auszugehen und auch durch die bisherigen Erfahrungen bereits bestätigt, dass Wiedereingliederungsversuche zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes führen würden (S. 62).

8.11 Der Administrativgutachter Dr. med. P.____ äusserte sich am 3. April 2017 (IV-Nr. 543) zum

soeben zitierten Privatgutachten von Dr. med. S.____ vom 14. Dezember 2016. Dieses sei gesamthaft weder umfassend noch schlüssig, oder in seinen Schlussfolgerungen nachvollziehbar. Ausserdem werde von einer falschen diagnostischen Annahme ausgegangen (S. 13 unten). Das ganze Gutachten gehe von falschen Voraussetzungen aus, indem die Gutachterin eine PTSD und eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung annehme (S. 5). Auch sonst gebe es an diesem Gutachten sehr viel zu bemängeln. Die Gutachterin mache zwar einen Aktenauszug, dann eine Beurteilung, dann kämen viele Seiten nur kopierte Passagen. Dabei gehe sie in der Diskussion und Beurteilung überhaupt nicht auf die zitierte Aktenlage ein, diskutiere auch nicht, ob überhaupt je nach dem Unfall in den Echtzeitdaten psychische Hinweise vorgelegen hätten, die auf eine traumatische Diagnose hinweisen würden. Dies müsse nämlich klar verneint werden (S. 5 unten).

8.12 Die Privatgutachterin Dr. med. S.____ ging in ihrem Schreiben vom 31. August 2017 (Urkunde Nr. 4), welches zwar nach der Verfügung vom 3. August 2017 verfasst wurde, aber noch den relevanten Zeitraum betrifft, auf die soeben zitierte Stellungnahme von Dr. med. P.____ vom 3. April 2017 ein. In ihren abschliessenden Bemerkungen hielt sie fest (S. 7 f.), Dr. med. P.____ versäume ein übergreifendes Verständnis der verschiedenen Krankheitssymptome und Einschränkungen der Beschwerdeführerin. In seinem Gutachten stelle er zusätzlich zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) die Diagnose einer Angststörung im Sinne einer Phobie mit Vermeidungsverhalten (ICD-10 F40.8) wie auch von ängstlich vermeidenden, abhängigen und selbstunsichere Persönlichkeitszügen (ICD-10 F73.1) und einer rezidivierenden depressiven Störung (ICD-10 F33.4). All diese Diagnosen wiesen auf erhebliche psychische Probleme hin. Dr. med. P.____ verzichte aber auf eine schlüssige, gutachterliche Beurteilung, innerhalb welcher er die Entstehung der von ihm gestellten Diagnosen nachvollziehbar begründe. Er schreibe lediglich: «dass der Unfall 1997 zu vielen unspezifischen Symptomen (Anmerkung der Gutachterin: eine depressive Störung oder eine Phobie seien keine unspezifischen Symptome) und chronifizierten Schmerzen geführt habe, mit denen die Beschwerdeführerin aufgrund der selbstunsicheren und ängstlichen Persönlichkeitsanteile nicht mehr adäquat zurecht gekommen sei und retrospektiv aus etwas unklaren Gründen 1998 bis 2001 den beruflichen Einstieg nicht geschafft habe.» Im Gutachten von Dr. med. P.____ fehle eine psychiatrische Erklärung für diese «unklare» Entwicklung vollständig, sodass der gesamte Krankheitsverlauf undurchsichtig und unklar erscheine.

9. 9.1 Im Rückweisungsurteil vom 10. Mai 2013 wies das Versicherungsgericht auf die Möglichkeit hin, eine Rentenanpassung in Anwendung der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision zu prüfen. Die Beschwerdegegnerin schlug in der Folge diesen Weg ein. Im Rahmen des Revisionsgesprächs vom 2. August 2013 (vgl. IV-Nr. 471) machte die Beschwerdeführerin geltend, ihr psychischer Gesundheitszustand habe sich verschlechtert, sie leide an einer depressiven Episode, und verlangte eine psychiatrische Abklärung. Dies ändert aber nichts daran, dass die Rente ursprünglich wegen eines zervico-zephalen und zervicospondylogenen Syndroms rechts bei Status nach HWS-Beschleunigungstrauma respektive wegen des «typischen» Beschwerdebildes nach einer spezifischen HWS-Verletzung zugesprochen wurde (vgl. E. II. 7.1 und 7.2 hiavor). Auch im kurz nach dem Revisionsgespräch eingereichten Bericht des Hausarztes Dr. med. E.____, der die Beschwerdeführerin schon im Unfallzeitpunkt 1997 behandelt hatte, lautete die Diagnose weiterhin in diesem Sinne (vgl. IV-Nr. 474 S. 14), ebenso im Bericht des durch diesen beigezogenen Dr. med. AB.____ vom 9. August 2013 (IV-Nr. 476 S. 3). Auch Dr. med. M.____, welche die (offenbar psychosomatisch orientierte) Behandlung der

Beschwerdeführerin im Oktober 2013 wieder aufgenommen hatte, stellte in ihrem Bericht vom 7. November 2013 (auch) die Diagnose eines zerviko-vertebralen, zerviko-spondylogenen und zerviko-cephalen Syndroms (IV-Nr. 481). Im weiteren Verlauf holte die Beschwerdegegnerin das psychiatrische Gutachten von Dr. med. P.____ vom 26. Dezember 2014 ein. Die Beschwerdeführerin veranlasste ihrerseits eine psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. S.____ (Gutachten vom 14. Dezember 2016). Gutachtliche Abklärungen in anderen Disziplinen fanden nicht statt. Wie schon in der prozessleitenden Verfügung vom 29. Oktober 2018 (A.S. 67 f.) dargelegt wurde, setzt eine Prüfung gemäss den Schlussbestimmungen nach der Rechtsprechung in der Regel eine neue polydisziplinäre Begutachtung voraus (BGE 139 V 547 E. 10.2 S. 569). Es ist nicht ersichtlich, warum eine solche im vorliegenden Fall entbehrlich gewesen sein sollte. Da keine polydisziplinäre Begutachtung stattgefunden hatte, musste das Versicherungsgericht eine solche veranlassen.

9.2 Im Beschwerdeverfahren wurde das Gutachten der Begutachtungsstelle T.____ vom 14. August 2019 (A.S. 89 ff.) eingeholt.

9.2.1 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. AC.____, Facharzt Innere Medizin, Rheumatologie, führt in seinem Teilgutachten aus (A.S. 142 ff.), zusammenfassend bestehe ein posttraumatisches chronifiziertes, vorwiegend facetogen-myofaszial induziertes cervicospondylogenes, selten cervicocephales Syndrom deutlich rechtsbetont mit ausgeprägten myofaszialen rechtsbetonten Befunden des Trapezius und der rechtsseitigen Suboccipitalmuskulatur. Bei gleichzeitig fehlenden erklärenden strukturellen Pathologien bildgebend seien damit die Befunde im Wesentlichen auf Funktionsstörungen zurückzuführen. Für die Beschwerden auslösend sei ein unerwartet einwirkender schräg-frontaler Zusammenstoss mit einem LKW, der mit 50 – 60 km/h gefahren sei. Dies reiche aus, um eine relevante Rotations-, Translations- und Retroflexionsbewegung der HWS hervorzurufen. Die verbleibenden Beschwerden könnten nur interdisziplinär, unter Integration der rheumatologischen, arbeitsmedizinischen, psychiatrischen und neurologischen Begutachtung, gewertet werden (A.S. 156).

9.2.2 Der neurologische Teilgutachter Dr. med. AD.____, Facharzt Neurologie, hält in seinem Teilgutachten vom 12. August 2019 (A.S. 162 ff.) fest, die Beschwerdeführerin habe sich beim Unfall vom 9. Oktober 1997 ein Beschleunigungstrauma der Halswirbelsäule zugezogen. In den darauf folgenden, durch verschiedene Ärzte aus unterschiedlichen Fachdisziplinen durchgeführten körperlichen Untersuchungen seien keine relevanten Schäden am Bewegungsapparat festgestellt worden. Ergänzend habe sich in der Zusatzdiagnostik (Röntgen HWS, CT HWS, MRT HWS und MRT kraniozervikaler Übergang) kein über die Altersnorm hinausgehender oder die Beschwerden erklärender pathologischer Befund ergeben. In der durch den Gutachter durchgeführten neurologischen Untersuchung habe sich kein Anhaltspunkt für eine Erkrankung von Gehirn, Rückenmark, Wurzeln, Plexus, Nerven oder Muskulatur ergeben. Das Ausbleiben einer Besserung des Schmerzsyndroms im Verlauf trotz fehlenden Nachweises einer relevanten strukturellen Schädigung werde durch eine Schmerzverarbeitungsstörung erklärt. Es bestehe keine gesundheitliche Einschränkung von berufsrelevanten Funktionen aus seinem Fachgebiet. Dies gelte auch unter Berücksichtigung des 2017 diagnostizierten und 2018 behandelten Karpaltunnelsyndroms (A.S. 175 f.).

9.2.3 Dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. AE.____, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, vom 9. August 2019 (A.S. 177) ist in der Beurteilung zu entnehmen, die Beschwerdeführerin beschreibe harmonische und sichere Verhältnisse in der Ursprungsfamilie. Sie schildere eine langjährige, stabile Beziehung zu ihrem Ehemann und anhaltend gute Kontakte zu den Geschwistern. Dahingehend ergäben sich keine

Hinweise für eine tiefgreifende Störung in der Persönlichkeitsentwicklung oder eine Persönlichkeitsstörung. Auf der Ebene der Persönlichkeit könne vom klinischen Eindruck und mit Blick auf den Krankheitsverlauf allenfalls an das Vorliegen einer Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom gedacht werden (ICD-10 F62.80). Allerdings fänden sich im ICD-10 keine klar definierten Kriterien für dieses Krankheitsbild. Zugleich funktionierten wichtige Teilbereiche im Leben der Beschwerdeführerin sehr gut. Sie lebe nach wie vor eine stabile Partnerschaft, beschreibe eigentlich eine kontinuierliche Arbeitstätigkeit seit 2014, beschreibe auch stabile familiäre und kollegiale Kontakte mit gemeinsamen Interessen und auch Ferienplanung. Auf der affektiven Ebene fänden sich im Längsverlauf mehrere subjektiv erlebte und behandelte depressive Episoden (2002, 2013, ab 2018). In Summe bestehe im Längsverlauf eine rezidivierende depressive Störung. Aktuell und im Querschnitt betrachtet imponiere eine leichte depressive Episode (mit den Symptomen depressive Stimmung, gesteigerte Ermüdbarkeit, wiederkehrende Gedanken an den Tod, Klagen über vermindertes Konzentrationsvermögen, Schlafstörungen). Die körperlichen Beschwerden im Bereich HWS / Nacken nach dem Unfall 1997 und in den Folgejahren könnten aus psychiatrischer Sicht einer somatoformen Schmerzstörung zugeordnet werden. Die seit etwa zwei Jahren bestehenden Beschwerden vor allen an den Gelenken könnten aus psychiatrischer Sicht einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zugeordnet werden. Diese diagnostische Zuordnung überlappe sich und erweitere die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung. Allerdings bedürfe diese Einschätzung noch der interdisziplinären Diskussion, da einzelne Schilderungen der Beschwerdeführerin (morgendliche Steifigkeit in den Fingern, langsames auf Betriebstemperatur kommen) auch an eine rheumatologische Symptomatik im engeren Sinn denken liessen. Die subjektiv vordergründige Problematik der reduzierten Belastbarkeit, respektive die Erschöpfung und notwendig lange Erholung nach der Arbeitstätigkeit und die reduzierte Stresstoleranz könnten retrospektive einer Neurasthenie (ICD-10 F48.0) zugeordnet werden. In Bezug auf den Längsverlauf sei anzunehmen, dass sich diese Einschränkungen verbessert hätten. Aktuell bewältige die Beschwerdeführerin ein Arbeitspensum von ca. 25 % und traue sich eigentlich auch eine Steigerung um weitere 20 % zu. Die aktuell noch weiterhin erlebte reduzierte Stresstoleranz mit der subjektiv erhöhten Fehleranfälligkeit sowie die erhöhte Erschöpfbarkeit und lange Erholungszeit könnten diagnostisch nicht ganz eindeutig zugeordnet werden. In klinischen Kontext imponierten während der Exploration keine höhergradigen kognitiven Einschränkungen. Die Beschwerdeführerin habe Konzentration und Aufmerksamkeit über die Dauer der Exploration gut halten können. Einerseits bestünden aber noch Symptome einer depressiven Störung mit anhaltenden Einschlafstörungen und daraus resultierend eine leicht eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Gleichzeitig bestünden sicherlich auch hohe Leistungsansprüche und gleichzeitig die Angst, den als sehr wichtig erlebten Job nicht weiter machen zu können, die durch die gegebene Konstellation mit der Tätigkeit auf Stundenlohnbasis und jährlich neuen Arbeitsverträgen bedingt sei. Andererseits bestehe sicherlich eine anhaltende Selbstlimitierung mit einer hohen Überzeugung, nur eingeschränkt leistungsfähig zu sein. Diese Symptomatik bestehe sicherlich chronifiziert über viele Jahre. Dazu seien aber seit ca. zwei Jahren die Beschwerden in den Gelenken gekommen, die diagnostisch nicht eindeutig hätten zugeordnet und aus Sicht der Beschwerdeführerin nicht wesentlich verbessert werden können. Diese Konstellation habe sicher auch das generelle Stressniveau erhöht und auch Angst und Sorgen vor weiterer Verschlechterung getriggert. Die psychische

Verschlechterung seit 2018 erkläre sich für die Beschwerdeführerin subjektiv ja auch recht klar reaktiv auf die seit vielen Jahren dazu gekommenen Schmerzen im Bereich der Gelenke. Differentialdiagnostisch könne bezüglich dieser subjektiv erlebten Einschränkungen an das Fortbestehen der Neurasthenie gedacht werden. Jedoch liessen sich die Einschränkungen auch durch ein Mischbild aus der affektiven Störung sowie dem chronischen Schmerzsyndrom mit somatischen und psychischen Faktoren erklären, so dass diese diagnostischen Zuordnungen verwendet würden. Zusätzlich bestehe seit vielen Jahren eine Agoraphobie, welche die Beschwerdeführerin recht typisch beschreibe, die aber den Alltag und die Arbeitsfähigkeit nicht einschränken. Zur gegenwärtigen Arbeitsfähigkeit führt der Gutachter aus, seit mindestens Sommer 2018 tangierten die Symptome der leichten depressiven Störung (mit den wesentlichen Symptomen depressive Stimmung, gesteigerte Ermüdbarkeit, Klagen über vermindertes Konzentrationsvermögen und Schlafstörungen) sowie die seit etwa zwei Jahren durch neue Symptome intensiver gewordene chronische Schmerzstörung die Arbeitsfähigkeit. Wesentlich dabei seien reduzierte Belastbarkeit, Resistenz und Robustheit, sowie der erhöhte Erholungsbedarf. In einer angepassten Tätigkeit respektive in Tätigkeiten ähnlich zu jener, welche die Beschwerdeführerin aktuell zu ca. 25 % ausübe, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Bezogen auf die Situation im Jahr 2017 erklärt Dr. med. AE.____, vor dem Auftreten der gelenksbetonten Beschwerden ab 2017 und der affektiven Verschlechterung spätestens ab Sommer 2018 sei die Arbeitsfähigkeit im Vergleich zum Begutachtungszeitpunkt etwas höher gewesen, bei ca. 60 %. Zum weiteren Vorgehen empfiehlt er, die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung beizubehalten, dabei aber die medikamentöse Behandlung auszuüben oder zu erweitern. Damit könne theoretisch eine Verbesserung der affektiven Situation erreicht werden. Zu den beiden früheren psychiatrischen Gutachten äussert sich Dr. med. AE.____ wie folgt: Die Einschätzungen des Administrativgutachters Dr. med. P.____ bezeichnet er grösstenteils als gut nachvollziehbar. Dies gilt sowohl für die gestellten Diagnosen und die Beschreibung des Verlaufs als auch in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit von 60 %. Einzig die Differentialdiagnose einer vermeidenden Persönlichkeitsstörung lässt sich nach der Beurteilung des Gerichtsgutachtens angesichts der unauffälligen Anamnese und Biographie vor dem Unfall von 1997 nicht nachvollziehen. Demgegenüber bezeichnet er die Einschätzungen der Privatgutachterin Dr. med. S.____ in wesentlichen Teilen als nicht gut nachvollziehbar. Insbesondere bestehe eine posttraumatische Belastungsstörung durch den Unfall ex anamnesem und im Hinblick auf die ICD-10-Kriterien nicht. Dasselbe gelte für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit (maximal 20 %) könne nicht nachvollzogen werden. Bei der die Beschwerdeführerin seit September 2018 behandelnden Psychiaterin Dr. med. AF.____ (vgl. A.S. 123 und 133; Gerichtsgutachten Grunduntersuchung S. 11 und 21), welche der Beschwerdeführerin am 20. Dezember 2018 ein Arzteugnis über eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausstellte (Urkunde 11 der Beschwerdeführerin; ebensolche Zeugnisse wurden auch am 11. März 2019 [bis 15. März 2019] und am 4. April 2019 [vom 1. bis 30. April 2019] ausgestellt, vgl. IV-Nrn. 616 – 618), versuchten die Gutachter ergänzende Angaben einzuholen; die Anfrage blieb aber trotz Erinnerung unbeantwortet (vgl. A.S. 124; Teilgutachten Grunduntersuchung S. 12). Diesen Attesten, die keine Begründung enthalten, ist kein Beweiswert beizumessen. 9.2.4 In der Gesamtbeurteilung, welche durch alle vier Teilgutachter (inkl. den fallführenden Gutachter Dr. med. AG.____, Facharzt Allgemeine Innere Medizin und Arbeitsmedizin) unterzeichnet wurde, nennen die Gutachter als

strukturelle Diagnosen einen Zustand nach Verkehrsunfall mit Schräg-Frontalzusammenstoß am 9. Oktober 1997 (ICD-10 F44.5), einen Zustand nach chirurgischer Totalentfernung eines Melanoms 2005, einen Zustand nach Hysterektomie und Ovariectomie, einen Zustand nach Operationen eines Karpaltunnelsyndroms an beiden Händen 2018 sowie beide Knie mit beginnender Arthrose und Chondrokalzinose. Als klinische und syndromale Diagnosen werden eine anhaltende Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, eine rezidivierende depressive Störung, aktuell leichtgradige Episode, sowie ein rechtsbetontes zervikovertebrales, selten zerviko-zephalales und zerviko-scapuläres Schmerzsyndrom aufgeführt. Weiter halten die Gutachter fest, die Beschwerdeführerin beklage Schmerzen im Nacken- und Schulterbereich sowie seit in ein paar Jahren bestehende Schmerzen in beiden Händen und in beiden Knien, sowie auch einen schmerzbedingten Kraftverlust in beiden Händen und Knien. Allgemein beklage sie eine generelle Müdigkeit, eine labile, bisweilen stark herabgestimmte Befindlichkeit, ein rechtsbetontes Ohrensausen, Gewichtsverlust seit einem Jahr, ein um 30 – 60 Minuten verzögertes Einschlafen, Herzklopfen und manchmal «Trümmel» bei zu tiefem Blutdruck. Weiter gebe die Beschwerdeführerin an, unter Belastung komme es zu Konzentrationsschwierigkeiten und erhöhter Fehleranfälligkeit. Zu den erhobenen Befunden aus der allgemeinmedizinisch-arbeitsmedizinischen Untersuchung durch Dr. med. AG. ___ wird erklärt, es hätten sich keine Lokalbefunde von Relevanz ergeben. In der allgemeinen Beobachtung seien ein leicht gesteigertes Mitteilungsbedürfnis, eine leicht herabgestufte Grundstimmung sowie ein leicht vermehrter psychomotorischer Antrieb festgestellt worden. In der rheumatologischen Untersuchung hätten sich diagnoserelevante Befunde im Kopf-, Nacken- und Schulterbereich sowie in beiden Knien ergeben. Es handle sich um Schmerzangaben bei der Beweglichkeitsprüfung und um den Nachweis eines minimalen Gelenkergusses. Insgesamt seien die daraus abzuleitenden Einschränkungen von intermediärer Relevanz, das heißt per definitionem weder erheblich noch wesentlich. In der neurologischen Untersuchung hätten keine diagnose- oder funktionsrelevanten Befunde erhoben werden können. In der psychiatrischen Untersuchung sei die durch die Schmerzen ausgelöste Störung der Befindlichkeit und der Konzentration im Vordergrund gestanden. Die von der physiologischen Norm abweichenden psychiatrischen Befunde – leicht umständlich im formalen Denken, tendenziell gedrückter Affekt – seien mit einer leichten depressiven Beeinträchtigung verbunden, welche in ihrer Relevanz als leicht einzustufen sei. Im Gegensatz dazu habe die subjektive Einschätzung (im SDS-Test) durch die Beschwerdeführerin eine schwere Depression ergeben. Seit 2017, respektive zum gegenwärtigen Zeitpunkt, stünden die Depression, die Beschwerden im Zusammenhang mit der Schmerzstörung sowie die neu aufgetretenen Hand- und Kniebeschwerden zur Diskussion. Auf der Ebene der somatischen Komplexfunktionen sehe man heute eine leichte, aber nicht wesentliche Beeinträchtigung. Schwere Lastenhandhabungen und überwiegendes Arbeiten im Stehen seien zu vermeiden. Bei den psychischen Grundfunktionen gingen die Gutachter von vorzeitigen Ermüdungszuständen der Aufmerksamkeit unter kognitiver Beanspruchung aus. Dies bewirke einen erhöhten Erholungsbedarf. Interdisziplinär seien die Gutachter aufgrund der auch noch am Nachmittag gut erhaltenen Aufmerksamkeit zum Schluss gelangt, dass der erhöhte Erholungsbedarf erst in der zweiten «Schichthälfte» beginne, also heute etwa 40 % betrage. Da die behandelnde Entourage relativ früh von einem unbehandelbaren chronischen Zustand ausgegangen sei und immer noch von einem solchen ausgehe, seien auch für die Beschwerdeführerin selbst Trainingsoptionen und damit auch kognitive

Verbesserungseffekte kein Thema gewesen. Im Gespräch mit den Gutachtern habe sie nun neuere, selbst entwickelte Perspektiven aufgezeigt, eine Steigerung ihrer Kapazität respektive ihres Tätigkeitspensums anzustreben und zu erreichen. Sie erziele ja auch schon jetzt für ihre Einsätze einen Leistungslohn. Gegenwärtig gingen sie, die Gutachter, bei der Beschwerdeführerin von einem erhöhten Erholungsbedarf von etwa 40 % einer Arbeitsschicht aus, wobei diese optimalerweise in zwei Blöcke von je etwa 2,5 Stunden mit einer angemessenen Mittagspause aufgeteilt werden sollte. In diesem zeitlichen Umfang sähen sie keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Sie wiesen aber darauf hin, dass die Beschwerdeführerin in den letzten 20 Jahren nicht mehr in ihrem Beruf und nicht mehr in diesem Umfang gearbeitet habe und somit auf eine Einarbeitungszeit in einem beschützenden Rahmen (im Sinne frei wählbarer Pausen und kurzfristiger Arbeitsanforderungen vor einem relativ nahen Planungshorizont) angewiesen sei. Aufgrund der Untersuchungen schlossen die Gutachter langfristig auf eine qualitativ uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit bei einem Pensum von 60 %. Was die rückblickende Beurteilung anbelangt, seien im Verlauf in den Jahren 2002 und 2013 zwei erhebliche und behandlungsbedürftige depressive Episoden ausgewiesen, welche in der Anfangsphase wahrscheinlich zu einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Nach deren Abklingen, das erste Mal innerhalb von zwei Jahren, das zweite Mal wahrscheinlich innerhalb weniger Monate, habe die Arbeitsfähigkeit wieder den Grad der oben aufgezeigten Basislinie erreicht. Abschliessend wird festgehalten, das interdisziplinäre Gutachten sei von den vier Fachärzten in mehreren Schritten auf dem Korrespondenzweg sowie mündlich entwickelt worden. Wo sich bei gewissen Fragen Abweichungen von den Teilgutachten ergäben, seien diese im Konsensprozess erarbeitet und begründet worden.

9.2.5 Die Gutachter gingen auch der Frage nach, ob es nach der Verfügung vom 3. August 2017 zu einer Verschlechterung gekommen sein könnte. Zu diesem Zweck gelangten sie an den Hausarzt Dr. med. E.____. Dieser teilte am 30. April 2019 mit (A.S. 216 f.), in den vergangenen neun Monaten seien heftige Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparates aufgetreten. Ein Verdacht auf Borrelien Arthritis habe sich nicht bestätigt (vgl. A.S. 213 ff.). Am 23. Oktober 2018 fand eine handchirurgische Operation wegen eines Karpaltunnelsyndroms statt (A.S. 205), was im neurologischen Teilgutachten von Dr. med. AD.____ behandelt wurde (Teilgutachten, S. 13, A.S. 174, und S. 15, A.S. 176). Aus rheumatologischer Sicht berichtete der behandelnde Facharzt Dr. med. AH.____ am 8. Mai 2019 über eine Tendovaginitis stenosans (Schnappfinger) an beiden Händen, eine Impingement-Symptomatik an beiden Schultern ohne klinisch festgestellte Funktionseinschränkung und anamnestisch Knieschmerzen ohne klinisch festgestellte Funktionseinschränkung. Er fügte an, die Röntgenbilder hätten eine Chondrokalzinose mit Befall beider Knie gezeigt. Aus rheumatologischer Sicht sei eine Therapie mit NSAR bei Bedarf bei akuten Schüben indiziert. Weitere Kontrollen seien nicht geplant (A.S. 206 f.). Der rheumatologische Gutachter Dr. med. AC.____ bezog diesen Bericht in seine Beurteilung ein und gelangte zu einer schlüssigen Einschätzung (vgl. Teilgutachten, S. 8, A.S. 149, und S. 16, A.S. 157). Die Frage einer psychischen Verschlechterung wird in der Gesamtbeurteilung (vgl. E. II. 9.2.4 hiavor) behandelt.

9.3 Das Gutachten der Begutachtungsstelle T.____ vom 14. August 2019 basiert auf den vollständigen Vorakten und persönlichen Untersuchungen durch die Gutachter, welche am 3. April 2019, 24. April 2019 und 16. Mai 2019 stattfanden. Weiter erfolgte, wie sich dem Gesamtgutachten entnehmen lässt, ein schriftlicher und mündlicher Austausch zwischen den vier beteiligten Gutachtern, aus dem schliesslich der von ihnen allen unterzeichnete Text resultierte.

Gestützt auf die anlässlich der Explorationen gewonnenen Erkenntnisse und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den relevanten medizinischen Unterlagen sind die Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die sie in einer nachvollziehbaren Weise hergeleitet und begründet haben. Die Angaben der Beschwerdeführerin werden wiedergegeben – mit besonderer Ausführlichkeit im sehr sorgfältig erarbeiteten Teilgutachten über die Grunduntersuchung durch den fallführenden Gutachter Dr. med. AG. ___ (A.S. 113 ff.) – und in die Beurteilung einbezogen. Die Abweichungen von den früheren Stellungnahmen werden eingehend begründet. Das Gutachten ist sehr ausführlich, in sich stimmig und enthält keine inneren Widersprüche. Es deckt hinreichend sämtliche in den Vorakten thematisierten Aspekte, die für die polydisziplinäre Beurteilung relevant sein können, ab. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 3.4 hiervor) vollumfänglich gerecht.

9.4 Zu prüfen bleibt, ob das Gerichtsgutachten auch inhaltlich als beweiskräftig gelten kann.

9.4.1 Die verschiedenen Teilgutachten sind je für sich allein genommen schlüssig und überzeugend. Es wird deutlich, welche Befunde die Experten erhoben haben und gestützt auf welche Überlegungen sie zu ihren Schlussfolgerungen gelangt sind. Diese sind durchwegs plausibel. Dasselbe gilt für die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung.

9.4.2 In den Kernaussagen besteht eine Abweichung zwischen der Konsensbeurteilung, welche eine Arbeitsfähigkeit von 60 % annimmt, und dem psychiatrischen Teilgutachten, welches für das Jahr 2017 ebenfalls auf diese Grösse gelangt, für den Begutachtungszeitpunkt aber von einer gewissen Verschlechterung und einer Arbeitsfähigkeit von 50 % ausgeht. Dieser Widerspruch lässt sich jedoch auflösen: Wie sich dem Gesamtgutachten respektive der Konsensbeurteilung, welche alle vier Gutachter unterzeichnet haben, entnehmen lässt, wurde die davon abweichende Einschätzung, welche auf eine Arbeitsfähigkeit von 60 % lautet, im Konsensprozess erarbeitet. Dabei spielte die Feststellung eine entscheidende Rolle, dass die Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin auch am Nachmittag noch erhalten war. Die Untersuchung durch den Psychiater Dr. med. AE. ___ fand am 16. Mai 2019 ab 11.30 Uhr statt und dauerte mit zwei Pausen bis 14.10 Uhr (vgl. psychiatrisches Teilgutachten, S. 12, A.S. 188). Am gleichen Tag um 14.00 Uhr (bzw. wohl etwas später) begann das Abschlussgespräch mit dem fallführenden Gutachter Dr. med. AG. ___. Zuvor war die Beschwerdeführerin am 3. April 2019 um 9.30 Uhr ebenfalls durch Dr. med. AG. ___ sowie am 24. April 2019 ab 11.30 Uhr durch den Neurologen Dr. med. AD. ___ und ab 14.30 Uhr durch den Rheumatologen Dr. med. AC. ___ untersucht worden (vgl. Interdisziplinäres Gutachten S. 4, A.S. 92). Vor diesem Hintergrund leuchtet es ein, wenn sich im Konsensprozess herausstellte, dass die vom psychiatrischen Gutachter vermutete Erschöpfung nach den Feststellungen der beiden Mitgutachter, welche die Beschwerdeführerin am Nachmittag untersuchten, nicht oder erst später eingetreten war, was zu einer leichten Korrektur der attestierten Arbeitsfähigkeit führte und die vom psychiatrischen Teilgutachter angenommene Verschlechterung im Jahr 2018 relativierte. Die Abweichung vom psychiatrischen Teilgutachter ist in diesem Sinn nachvollziehbar und plausibel. Was den Hinweis anbelangt, der Arbeitsplatz müsse zurzeit beschützend ausgestaltet werden, handelt es sich, wie aus den gutachterlichen Darlegungen deutlich wird, nicht um eine Folge der gesundheitlichen Beeinträchtigung, sondern des Umstands, dass die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren nicht mehr im aus medizinischer Sicht möglichen Umfang von 60 % erwerbstätig war und eine ausgeprägte Überzeugung entwickelt hatte, es bestehe eine wesentlich höhere Arbeitsunfähigkeit. So wurde im interdisziplinären Gesamtgutachten unter Ziff. 4.3.7 (A.S. 110) explizit darauf hingewiesen,

dass «...die Beschwerdeführerin in den letzten 20 Jahren nicht mehr im Beruf und nicht mehr in diesem Umfang gearbeitet (habe) und somit auf eine Einarbeitungszeit im beschützenden Rahmen angewiesen (sei)». Es handelt sich demnach beim «beschützten Rahmen» nicht um eine – wie vom Vertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 26. Mai 2020 (vgl. Protokoll) vorgebracht – geschützte Werkstätte bzw. einen Schonarbeitsplatz, sondern um eine Folge der Dekonditionierung der Beschwerdeführerin, die ihr ermöglichen soll, sich wieder an einen Arbeitsplatz bzw. ein höheres Pensum zu gewöhnen.

9.4.3 Den Parteien wurde nach der Einholung des Gerichtsgutachtens Gelegenheit zur Stellungnahme geboten. Die Beschwerdegegnerin äusserte sich am 4. September 2019 und hielt fest, das Gerichtsgutachten gelange zu den gleichen Schlussfolgerungen wie der Administrativgutachter Dr. med. P.____ (A.S. 224). Die Beschwerdeführerin liess am 8. Oktober 2019 eine ausführliche Rechtschrift einreichen (A.S. 232 ff.), welche teilweise auf das Gutachten Bezug nimmt, dessen Beweiskraft aber nicht bestreitet. Aus den Parteivorbringen ergeben sich demnach keine Argumente, welche die Beweiskraft des Gutachtens infrage stellen könnten. Auch die teilweise abweichenden medizinischen Stellungnahmen bilden keinen Anlass für Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der gutachterlichen Einschätzungen. Dies gilt namentlich für das Privatgutachten von Dr. med. S.____. Die von ihr erstmals, abweichend von sämtlichen früheren Stellungnahmen, gestellten Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung lassen sich, wie Dr. med. P.____ und Dr. med. AE.____ festgehalten haben, schwerlich mit den entsprechenden Kriterien gemäss ICD-10 vereinbaren. Vor allem aber widersprechen sie der in den früheren ärztlichen Berichten ausdrücklich oder sinngemäss enthaltenen Feststellung, die Beschwerdeführerin habe zunächst an einem «typischen» Beschwerdebild nach spezifischer HWS-Verletzung gelitten und erst deutlich später seien die rein psychischen Aspekte in den Vordergrund getreten (vgl. z.B. die Ausführungen im Privatgutachten des Begutachtungsinstituts K.____ vom 10. November 2008 (vgl. E. II. 8.3 am Ende hiervor). Die psychosomatisch ausgerichtete Behandlung bei Dr. med. M.____, welche nicht Psychiaterin ist, begann denn auch erst im Jahr 2000. Es bestehen auf jeden Fall keine zwingenden Gründe für ein Abweichen von den Ergebnissen des Gerichtsgutachtens (vgl. E. II. 5.5 hiervor).

9.5 9.5.1 Geht es um psychische Erkrankungen wie eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, ein damit vergleichbares psychosomatisches Leiden oder depressive Störungen, so sind für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit systematisierte Indikatoren (Beweisthemen und Indizien) beachtlich, die es – unter Berücksichtigung von leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren wie auch von Kompensationspotentialen (Ressourcen) – erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen (BGE 145 V 361 E. 3.1 S. 363). Dabei trifft die Organe der Rechtsanwendung die Pflicht, die medizinischen Angaben daraufhin zu prüfen, ob die Ärzte sich an die massgebenden normativen Rahmenbedingungen gehalten haben. Es stellt sich also aus rechtlicher Sicht die Frage, ob und in welchem Umfang die ärztlichen Feststellungen anhand der rechtserheblichen Indikatoren auf eine Arbeitsunfähigkeit schliessen lassen, wie sie vom medizinisch-psychiatrischen Experten abschliessend eingeschätzt worden ist. Es darf jedoch keine davon losgelöste Parallelprüfung «nach besserem juristischen Wissen und Gewissen» stattfinden (BGE 145 V 361 E. 3.2.2 S. 364).

9.5.2 Aus dem Gerichtsgutachten ergibt sich zu den Standardindikatoren Folgendes: Was den funktionellen Schweregrad anbelangt, wird die Ausprägung der diagnoserelevanten psychiatrischen Befunde (aktuell leichtgradige depressive Episode, psychische Anteile

einer Schmerzstörung) als eher leicht bis allenfalls mittelschwer eingestuft. Die Behandlungs- und Eingliederungserfolg blieben über all die Jahre hinweg sehr bescheiden. Den Grund dafür sehen die Gutachter aber (auch) darin, dass die Behandlung schon sehr früh «palliative Züge annahm» (Teilgutachten Grunduntersuchung S. 28, A.S. 140). Sie halten eine weitere Behandlung dann für erfolgversprechend, wenn ein Wechsel von der bisherigen passiv-vermeidenden zu einem aktiv-konfrontierenden Behandlungsmodus realisiert werden könne (Interdisziplinäres Gutachten [Konsens] S. 23, A.S. 111), und stellen in diesem Zusammenhang sowohl gesundheitlich als auch beruflich eine günstige Prognose. Als psychiatrische Komorbidität ergibt sich aus dem Gutachten eine Agoraphobie, welche allerdings den Alltag und die Arbeitsfähigkeit nicht einschränkt (psychiatrisches Teilgutachten, S. 16, A.S. 192). Daneben bestehen mehrere somatische Komorbiditäten mit der beginnenden Arthrose und Chondrokalzinose an beiden Knien sowie den somatischen Anteilen des Schmerzsyndroms und der Problematik an den Fingern. Der soziale Kontext wiederum kann als erhebliche Ressource dienen. Es bestehen eine intakte und seit Jahrzehnten stabile Partnerschaft (Heirat 1988) und ein enger Bezug zur Familie (Schwester, Vater, Brüder und Schwägerinnen; vgl. Teilgutachten Grunduntersuchung, S. 15 und 17, A.S. 127 und 129). Daneben wird eine regelmässige berufliche Tätigkeit ausgeübt mit einem Pensum, das die Beschwerdeführerin selbst auf rund 25 % bezifferte (vgl. z.B. psychiatrisches Teilgutachten, S. 10, A.S. 186). Weiter erwähnte sie zwei Pärchen und eine langjährige Freundin, die immer für sie da seien, sowie fortbestehende Kontakte zu früheren Arbeitskollegen (vgl. Teilgutachten Grunduntersuchung, S. 12 f. und 17, A.S. 124 f. und 129). Unter dem Aspekt der Persönlichkeit wird eine recht ausgeprägte Leistungsorientierung erwähnt, welche den Umgang mit den erlebten Einschränkungen tendenziell erschwert. Ansonsten sind keine in diesem Zusammenhang besonderen Eigenschaften der Persönlichkeit ersichtlich. Die aussererwerblichen Aktivitäten werden als eingeschränkt erlebt. Die Beschwerdeführerin kümmert sich um ihren Hund und pflegt Blumen und einen Kräutergarten, wobei sie bei der Arbeit im und um das eigene Haus Unterstützung benötigt, welche je nach Befindlichkeit unterschiedlich ausfällt. Früher ausgeübte ehrenamtliche Tätigkeiten und Hobbies wurden aufgegeben (vgl. Teilgutachten Grunduntersuchung, S. 17, A.S. 129). Insofern ist von einer konsistenten Beeinträchtigung auszugehen, welche sich in allen vergleichbaren Lebensbereichen auswirkt. Eine Gesamtbetrachtung lässt die von den Gutachtern ermittelte Arbeitsfähigkeit von 60 % unter Einbezug aller psychischen und somatischen Aspekte als plausibel erscheinen, so dass für die Anspruchsbeurteilung darauf abgestellt werden kann.

10. Die Beschwerdeführerin lässt weitere grundsätzliche Einwände gegen das Vorgehen der Beschwerdegegnerin erheben: 10.1 Mit der angefochtenen Verfügung vom 3. August 2017 wurde eine Anpassung der Rente vorgenommen. Die Beschwerdegegnerin setzte die laufende ganze Rente auf den 1. Oktober 2017 auf eine Viertelsrente herab, verbunden mit der Ankündigung, die bisherige ganze Rente werde weiterhin ausgerichtet, wenn Massnahmen zur Wiedereingliederung durchgeführt würden, längstens jedoch bis 30. September 2019. Zur Begründung wurde erklärt, der Einkommensvergleich ergebe noch einen Invaliditätsgrad von 44 %. Soweit die Beschwerdeführerin geltend machen lässt, es sei keine erhebliche Veränderung und damit kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG ausgewiesen, ist dies unbehelflich, denn die Verfügung vom 3. August 2017 stützt sich nicht auf diesen Anpassungstitel, sondern denjenigen gemäss den Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision. Dieser verlangt keine Änderung, wie sie für eine Rentenrevision nach Art. 17 ATSG vorausgesetzt wird (vgl. den Wortlaut von lit. a Abs. 1

Schlussbestimmungen; BGE 139 V 547 E. 5.8 S. 558, vgl. auch E. II. 7.4 hiervor und E. II. 10.4 hiernach). 10.2 Die in der Beschwerde weiter erhobenen Rügen in Bezug auf das Verwaltungsverfahren, wie etwa hinsichtlich der Behandlung von durch sie beantragten Ergänzungsfragen an den Gutachter Dr. med. P.____, sind mit der Einholung des Gerichtsgutachtens obsolet geworden (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_417/2017 vom 19. April 2018 E. 4.2 und 4.3). 10.3 Der weitere Einwand der Beschwerdeführerin, sie könne nicht auf den Weg der Selbsteingliederung verwiesen werden (Beschwerde S. 31), greift in der hier gegebenen Konstellation ebenfalls nicht. Der Problematik der erschwerten Eingliederung trägt das Gesetz dadurch Rechnung, dass der Rentenbezügerin ein Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG eingeräumt wird, wobei die bisherige Rente während höchstens zwei Jahren weiterhin auszurichten ist, wenn solche Massnahmen durchgeführt werden (vgl. lit. a Abs. 2 Satz 1 und Abs. 3 der Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket]; vgl. E. II. 4.3 hiervor). In diesem Sinn lauten denn auch die Dispositiv-Ziffern 3 und 4 der angefochtenen Verfügung vom 3. August 2017. Die Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen ändert aber nichts daran, dass die Rente mit der Verfügung vom 3. August 2017 als auf den 1. Oktober 2017 aufgehoben gilt. Die anschliessende, auf höchstens zwei Jahre befristete Weiterausrichtung der aufgehobenen Rente erfolgt nicht wegen eines bestehenden Rentenanspruchs, sondern verhält sich (insofern vergleichbar mit beispielsweise einem IV-Taggeld während einer Umschulung) akzessorisch zur Wiedereingliederungsmassnahme (vgl. BGE 141 V 385 E. 5.4 S. 394 f.). 10.4 Die Beschwerdeführerin lässt anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 26. Mai 2020 geltend machen (vgl. Protokoll), die dreijährige Frist zur Überprüfung einer Rente gemäss lit. a Abs. 1 SchlBest. IVG sei im vorliegenden Fall nicht eingehalten worden. So hätte die Überprüfung bis am 31. Dezember 2014 erfolgen müssen. Vorliegend sei die Aufhebung der Rente indes erst mit Verfügung vom 3. August 2017 eingeleitet worden. Zuvor habe sich die Beschwerdegegnerin nie auf diesen Rückkommenstitel berufen. Diesem Vorbringen kann nicht gefolgt werden. So ist dem Protokoll betreffend das Revisionsgespräch vom 2. August 2013 (IV-Nr. 407) zu entnehmen, dass es sich vorliegend um einen Fall nach den Schlussbestimmungen handle (S. 2). Es ist daher davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin diese Information ab diesem Zeitpunkt bekannt war. Es kommt hinzu, dass auch der Vertreter der Beschwerdeführerin an diesem Gespräch teilgenommen hat (S. 1 oben). Unter diesen Umständen ist unerheblich, dass die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin ihren Entscheid, sich auf die Schlussbestimmungen des IVG zu berufen mit Verfügung vom 3. August 2017 (A.S. 1 ff.) und somit nach dem Ablauf der Dreijahresfrist für die Überprüfung nach den Schlussbestimmungen, mitteilte. Denn die Überprüfung nahm bereits im August 2013 ihren Anfang, weshalb die Frist für eine allfällig revisionsweise Herabsetzung oder Aufhebung der Rente nach den Schlussbestimmungen eingehalten worden ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_286/2015 vom 26. Oktober 2015 E. 3.2.2 mit Hinweisen; vgl. auch E. II. 6.2 hiervor). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass die Beschwerdegegnerin im Vorbescheid vom 19. Februar 2016 (IV-Nr. 515) nicht auf die Schlussbestimmungen, sondern auf eine Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG Bezug nahm. Nach der Rechtsprechung könnte sogar das Gericht im Beschwerdeverfahren erstmals die Schlussbestimmungen zur Anwendung bringen, wenn das Verfahren zur Rentenüberprüfung unter einem anderen Titel vor Ende 2014 eingeleitet wurde (vgl. BGE 141 V 385; Urteil des Bundesgerichts 9C_417/2017 vom 19. April 2018 E. 4.6). Umso mehr muss es zulässig

sein, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung diesbezüglich vom Vorbescheid abweicht. Da eine Überprüfung anhand der Schlussbestimmungen schon im August 2013 thematisiert worden war, war das Vorgehen auch unter dem Aspekt des Anspruchs auf rechtliches Gehör zulässig. Vollständigkeitshalber sei nochmals darauf hingewiesen, dass eine Anpassung im Rahmen von Art. 17 Abs. 1 ATSG zu einem für die Beschwerdeführerin ungünstigeren Ergebnis führen würde (vgl. E. II. 7.4 hiervor). 10.5 Zusammenfassend vermögen die grundsätzlichen Einwände gegen das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu überzeugen. 11. Zu prüfen bleibt die Bestimmung des Invaliditätsgrades. Diese hat die Beschwerdegegnerin – abweichend von der ursprünglichen Beurteilung, welche nach der gemischten Methode erfolgt war (vgl. E. I. 1 hiervor) – aufgrund eines reinen Einkommensvergleichs vorgenommen. Diese Anpassung, welche auf dem Bericht des Abklärungsfachmanns R. ___ vom 19. Oktober 2015 basiert (vgl. E. I. 3.1 hiervor) basiert, ist unbestritten geblieben und lässt sich nicht beanstanden. 11.1 Bei der Bestimmung des Valideneinkommens stützte sich die Beschwerdegegnerin auf diejenigen Grundlagen, welche bereits die Basis für die Invaliditätsbemessung bildeten, welche zur seinerzeitigen Rentenzusprechung durch die Verfügungen vom 17. Mai und 19. August 2002 (IV-Nrn. 314, 315) führten. Die Beschwerdeführerin hatte mit Schreiben vom 23. November 2000 eine Lohnbestätigung ihrer Arbeitgeberin vom 23. Februar 2000 einreichen lassen, wonach sich ihr Bruttolohn als Sekretärin bei der Firma B. ___ (Anstellung seit 1. März 1994, vgl. IV-Nr. 279.11) im Jahr 2000 auf CHF 4'436.00 x 13, entsprechend CHF 57'668.00, belaufen hätte (IV-Nr. 300). Diese Summe entspricht einem Pensum von 90 %; bezogen auf 100 % ergibt sich ein Bruttolohn von CHF 64'075.00. Diesen Betrag rechnete die Beschwerdegegnerin anhand der allgemeinen Lohnentwicklung auf das Jahr 2014 hoch, was zu einem Valideneinkommen von CHF 77'263.40 führte. Da die Rentenanpassung im Jahr 2017 erfolgt, sind die damaligen Verhältnisse massgebend. Die entsprechende Hochrechnung von 2000 auf 2017 (Indexwert Frauen 2000 = 108.2, 2017 = 134.4; vgl. Bundesamt für Statistik, Schweizerischer Lohnindex nach Sektoren, Basis 1993, Tabelle T1.93) lässt ein Valideneinkommen von CHF 79'591.00 resultieren. Dieses Vorgehen ist korrekt und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet. 11.2 Aufgrund der medizinischen Abklärungen ist von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von 60 % in einer geeigneten Tätigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin hat eine Lehre als Hotelfachassistentin und eine Zusatzlehre als Hoteldirektionsassistentin (Abschluss 1986) absolviert. In der Folge arbeitete zunächst als Betriebsassistentin in einem Hotel, anschliessend ab 1987 als Sachbearbeiterin, ab 1988 als Import-Export-Sachbearbeiterin, bevor sie im Jahr 1994 die Stelle bei der Firma B. ___ mit einem Pensum von 90 % antrat. Nach dem Unfall arbeitete sie noch in einem geringen Pensum von ca. 20 % mit vorübergehenden Steigerungen, welche aber wieder abgebrochen werden mussten, bevor die Anstellung schliesslich auf Mitte 2000 gekündigt wurde (vgl. Protokollauszüge vom 11. und 15. Februar und 23. März 2000). Im Jahr 2001 war sie einige Monate als kaufmännische Mitarbeiterin tätig. Von 2008 bis 2012 bestand mit Unterbrüchen eine Anstellung als kaufmännische Mitarbeiterin bei der Firma [...]. Von Juni 2012 bis Januar 2017 ging die Beschwerdeführerin einer Nebentätigkeit als Zählerableserin nach (vgl. Lebenslauf 2019, IV-Nr. 632). Seit 2011 besteht eine Anstellung bei der Fachhochschule Nordwestschweiz (zunächst Prüfungsaufsicht, später ab 2014 oder 2015 regelmässig ein Halbtage pro Woche im Sekretariat als kaufmännische Mitarbeiterin, vgl. Protokolleintrag vom 26. September 2017 und Lebenslauf 2019, IV-Nr. 632). Anlässlich der Begutachtung gab die Beschwerdeführerin an, ihr Pensum betrage rund

25 %, in der Eingabe vom 8. Oktober 2019 ist von 25 – 30 % die Rede (A.S. 243 oben).

11.3 Angesichts dieser Berufslaufbahn hat die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen zu Recht bezogen auf eine Bürotätigkeit ermittelt. Da die Beschwerdeführerin aktuell bei einem öffentlichen Arbeitgeber tätig ist und somit auch öffentlich-rechtliche Arbeitsstellen infrage kommen, rechtfertigt es sich auch, die Tabelle T17 (privater und öffentlicher Sektor zusammen) heranzuziehen. Innerhalb dieser Tabelle ist vom Wert für Bürokräfte (Berufsgruppe 4) auszugehen, wobei mit der Beschwerdegegnerin der allgemeine, altersunabhängige Totalwert als massgebend zu erachten ist, da andernfalls ein invaliditätsfremder Aspekt einbezogen würde, der das Valideneinkommen nicht beeinflusst hat. Bei Erlass der Verfügung vom 3. August 2017 lag als neueste LSE-Ausgabe diejenige von 2014 vor, so dass diese massgebend ist (vgl. BGE 143 V 295 E. 4.1.1 S. 299 mit Hinweis). Der dortige Wert beläuft sich auf CHF 5'756.00 pro Monat (bei 12 Monatslöhnen) oder CHF 69'072.00 pro Jahr. Wird dieser Betrag, der 40 Wochenstunden entspricht, auf die durchschnittliche Wochenarbeitszeit von 41,7 hochgerechnet und an die allgemeine Lohnentwicklung von 2014 (Indexwert 103.6) bis 2017 (Indexwert 105.4) angepasst, resultiert ein Verdienst von CHF 73'258.00 bei 100 % oder CHF 43'955.00 bei 60 %. 11.4 Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Tätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 mit Hinweisen, 135 V 297 E. 5.2 S. 301). Aufgrund der Ergebnisse des Gerichtsgutachtens, welche weitgehend mit denjenigen des psychiatrischen Administrativgutachtens von Dr. med. P. ___ vom 26. Dezember 2014 (vgl. E. II. 8.9 hiervor) übereinstimmen, ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin eine geeignete Bürotätigkeit im Rahmen eines Pensums von 60 % mit voller Leistung verrichten kann. Die gesundheitlich bedingte Einschränkung äussert sich in einer Reduktion des Pensums auf rund 60 %, nicht aber in einer zusätzlichen Verminderung des Leistungsvermögens innerhalb dieser Arbeitszeit. Die Pensumreduktion als solche wirkt sich, wie das Bundesgericht wiederholt festgehalten hat, bei Frauen nicht verdienstmindernd aus. Andere invaliditätsfremde Aspekte, welche eine zusätzliche Lohnneinbusse erwarten liessen, liegen nicht vor. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Dies wurde von der Beschwerdeführerin auch nicht gerügt. 11.5 Zusammenfassend beläuft sich das Valideneinkommen, bezogen auf den Anpassungszeitpunkt im Jahr 2017, auf CHF 79'591.00, das Invalideneinkommen auf CHF 43'955.00. Dies entspricht einem Invaliditätsgrad von (aufgerundet) 45 %. 12. Die Beschwerdeführerin hat mit der Beschwerde vom 11. November 2019 auch die Verfügung vom 31. Oktober 2019 angefochten (vgl. E. I. 7 hiervor). Mit dieser wurde festgestellt, dass der Beschwerdeführerin seit 1. Oktober 2019 nur noch eine Viertelsrente auszubezahlen sei,

weil die maximale Frist von zwei Jahren nach der per Ende September 2017 erfolgten Aufhebung abgelaufen war. 12.1 Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die Rente zu Recht mit Wirkung auf 30. September 2017 aufgehoben. Zu prüfen bleibt, wie es sich mit der weiteren Entwicklung verhält. 12.2 Mit dem Inkrafttreten der 6. IV-Revision per 1. Januar 2012 ist das Instrument der eingliederungsorientierten Rentenrevision eingeführt worden, mit welchem die Wiedereingliederung aktiv gefördert wird, indem Rentenbezügerinnen und -bezüger mit Eingliederungspotenzial durch persönliche Beratung, Begleitung und weitere spezifische Massnahmen gezielt auf eine Wiedereingliederung vorbereitet werden (Botschaft vom 24. Februar 2010 zur Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket], BBl 2010 1817 [nachfolgend: Botschaft]; Änderung vom 18. März 2011, Art. 8a IVG [BBl 2011 2723]; vgl. SVR 2011 IV Nr. 73 S. 220, 9C_228/2010 E. 3.3 i.f.). Dabei ist die Wiedereingliederung gemäss Art. 8a IVG (in Kraft seit 1. Januar 2012) für rentenbeziehende Personen mit vermutetem Eingliederungspotenzial vorgesehen, bei denen der Gesundheitszustand oder die erwerblichen Verhältnisse keine anspruchswesentliche Änderung erfahren haben (Urteil des Bundesgerichts 8C_583/2014 vom 12. Dezember 2014 E. 4.1). Zur Vermeidung unbilliger Härtefälle bei Aufhebung oder Herabsetzung bestehender Renten beinhalten die Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision unter anderem spezielle Integrationsmassnahmen. So haben versicherte Personen, deren Rente unter diesem Titel aufgehoben oder herabgesetzt wird, für maximal zwei Jahre Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung (lit. a Abs. 2 und 3 SchlBest. IV 6/1). Darauf sind sie anlässlich eines persönlichen Gesprächs ausdrücklich hinzuweisen (vgl. Rz. 1004 des Kreisschreibens des BSV über die Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG, gültig ab 1. März 2013 [KSSB]). Es handelt sich dabei um Vorkehren zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG, während deren Durchführung bis zum Abschluss die bisherige Rente weiter ausgerichtet wird, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung. Betroffene können im Rahmen der 6. IV-Revision somit Leistungen erwirken, die sie befähigen sollen, ihr Leben durch den Einsatz ihrer Erwerbsfähigkeit und damit ohne Rente zu bestreiten (BGE 139 V 547 E. 9.3 S. 567 f.; Urteil des Bundesgerichts 8C_582/104 vom 12. Dezember 2014 E. 4.2). 12.3 Nach dem Gesagten ist die Verfügung vom 3. August 2017, mit der die laufende ganze Rente auf 30. September 2017 auf eine Viertelsrente reduziert und gleichzeitig – unter Voraussetzung der Durchführung von Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG – die befristete Weitausrichtung der ganzen Rente während höchstens zwei Jahren, also längstens bis 30. September 2019, gewährt worden war, nicht zu beanstanden. Dementsprechend besteht ab 1. Oktober 2019 Anspruch auf eine Viertelsrente. Eine abweichende Beurteilung wäre dann möglich, wenn in der Zwischenzeit wieder ein höherer Anspruch entstanden wäre. Dies beurteilt sich nach den Grundsätzen der Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. 12.4 Eine Erhöhung des Invaliditätsgrades, welche nach der Rentenaufhebung eingetreten und während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis 31. Oktober 2019 anspruchswirksam geworden wäre, ist nicht ausgewiesen. Die gerichtliche Begutachtung, welche im April und Mai 2019 stattfand und sämtliche in der Zwischenzeit verfassten Arztberichte berücksichtigte, ergab in der Konsensbeurteilung auch für diesen Zeitpunkt eine Arbeitsfähigkeit von 60 % (vgl. E. II. 9.2.4 ff. hiervor). 12.5 Die in der Beschwerde vom 11. November 2019 enthaltene Argumentation führt zu keinem anderen Ergebnis: Wenn die Beschwerdeführerin – wie auch schon in der Beschwerde vom

E. 14

September 2017 gegen die Verfügung vom 3. August 2017 – ausführen lässt, ihr Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprechung im Jahr 2002 nicht erheblich verändert, ist dies im vorliegenden Zusammenhang, der eine Rentenanpassung gestützt auf die Bestimmungen über der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision betrifft, nicht entscheidend (vgl. E. II. 4.3 hiavor). Für die Annahme, die Beschwerdeführerin könne nur in einem geschützten Rahmen tätig sein, bestehen keine hinreichenden Anhaltspunkte. Die Gutachter gehen von einer Arbeitszeit von fünf Stunden pro Tag bei voller Leistungsfähigkeit aus. Sie weisen zwar auch darauf hin, dass die Beschwerdeführerin zunächst auf eine Einarbeitungszeit in einem beschützenden Rahmen angewiesen sei. Den Grund dafür sehen sie aber nicht in der gesundheitlichen Beeinträchtigung, sondern darin, dass die Beschwerdeführerin schon seit langer Zeit nicht mehr in diesem Umfang gearbeitet habe. Genau solchen Umständen wird aber im Rahmen der Schlussbestimmungen durch die Gewährung eines Anspruchs auf Wiedereingliederungsmassnahmen mit Weiterausrichtung der Rente während bis zu zwei Jahren Rechnung getragen. Nach Ablauf der zwei Jahre kann diese Argumentation nicht mehr ins Feld geführt werden. Die Beschwerde vom 11. November 2019 gegen die Verfügung vom 31. Oktober 2019 erweist sich somit ebenfalls als unbegründet. 13. Zusammenfassend ergibt sich, dass die Beschwerden abzuweisen und die Verfügungen vom 3. August 2017 und vom 31. Oktober 2019 zu bestätigen sind. Zu regeln bleiben die Kostenfolgen. 13.1 Bei diesem Ausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (Art. 61 lit. g ATSG). 13.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind dem Versicherungsträger aufzuerlegen, wenn ein Zusammenhang besteht zwischen einem durch diesen zu verantwortenden Abklärungsmangel und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies trifft namentlich dann zu, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen sowie wenn sie auf eine Expertise abgestellt hat, die die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt. Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt hat, ist nach der Rechtsprechung die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Hier hat die Beschwerdegegnerin, wie bereits erwähnt, den Grundsatz missachtet, wonach eine Rentenaufhebung oder -reduktion, welche sich auf die Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision stützt, in der Regel eine polydisziplinäre Begutachtung voraussetzt (vgl. E. II. 9.1 hiavor). Das Versicherungsgericht musste daher diese Abklärung nachholen. Mit ihrem Vorgehen hat die Beschwerdegegnerin den Untersuchungsgrundsatz verletzt, was zur Folge hat, dass ihr die Kosten des Gerichtsgutachtens aufzuerlegen sind. Die Beschwerdegegnerin hat demnach der Gerichtskasse die Kosten der gerichtlich veranlassten Begutachtung im Betrag von insgesamt CHF 18'500.00 zu bezahlen. 13.3 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. Als unterliegende Partei hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Diese sind mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe (vgl. A.S. 48 f.) zu verrechnen.

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