

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.73 vom 12. November 2018

SO Obergericht, 2018-11-12, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.73\\_d20181112](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.73_d20181112)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.73 du 12 novembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.73 del 12 novembre 2018

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1964 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) arbeitete seit dem 1. September 1991 als Betriebsmitarbeiterin in der B.\_\_\_\_, Backwaren und Teig, [...] (IV-Nr. 1.10). Dieses Arbeitsverhältnis wurde durch die Arbeitgeberin auf den 31. Juli 1997 aufgelöst (IV-Nr. 1.1 und 1.9). Am 6. Mai 1997 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) wegen Gelenkschmerzen, Atemnot und Schlafstörungen zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 1.1). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste eine polydisziplinäre (internistische, pneumologische und neurologische) Begutachtung im C.\_\_\_\_, welche anfangs 1998 durchgeführt wurde (Gutachten vom 1. Mai 1998; IV-Nr. 1.6 S. 3 ff.). Mit Verfügung vom 18. Dezember 1998 wurde der Beschwerdeführerin eine halbe Invalidenrente (sowie eine entsprechende Kinderrente) ab 1. Oktober 1997 zugesprochen (Invaliditätsgrad 59 %; IV-Nr. 1.8). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 13. Juli 1999 ab, wobei es einen Invaliditätsgrad von 62 % ermittelte (IV-Nr. 7).

1.2 Das im Juni 2004 von Amtes wegen aufgenommene Revisionsverfahren ergab keine Änderung des IV-Grads. Die Beschwerdegegnerin hielt in einer Mitteilung vom 15. Juli 2004 (IV-Nr. 12) fest, die Beschwerdeführerin habe weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente aufgrund eines Invaliditätsgrads von 59 %.

1.3 Im Rahmen des im September 2012 von Amtes wegen eingeleiteten Revisionsverfahrens veranlasste die Beschwerdegegnerin eine interdisziplinäre (internistische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der D.\_\_\_\_ (im Folgenden: D.\_\_\_\_), welche im April/Mai 2014 durchgeführt wurde (Gutachten vom 21. Juli 2014; IV-Nr. 34). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2014 die Aufhebung der bisher gewährten Invalidenrente in Aussicht. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin sei infolge der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision) überprüft worden. Die Überprüfung habe ergeben, dass kein Rentenanspruch mehr bestehe. Anlässlich des persönlichen Informationsgesprächs vom 12. September 2014 habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass sie an Massnahmen zur Wiedereingliederung interessiert sei (IV-Nr. 42).

1.4 In der Folge gelangte die Beschwerdegegnerin zum Ergebnis, eine Anwendung der Schlussbestimmungen sei doch nicht möglich. Sie leitete daher eine Überprüfung unter dem Aspekt einer Rentenrevision nach Art. 17 ATSG ein. Am 30. Juni 2016 nahm der RAD zur Frage, ob eine Verbesserung der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin

eingetreten sei, Stellung (IV-Nr. 76). Mit Vorbescheid vom 9. November 2016 wurde der Vorbescheid vom 15. Oktober 2014 ersetzt, wobei erneut die Aufhebung der Invalidenrente in Aussicht gestellt wurde. Zur Begründung wurde nun angegeben, spätestens seit dem Gutachten vom 21. Juli 2014 bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich deutlich verbessert. Sie könne der Tätigkeit als Reinigungsfrau oder einer angepassten Verweistätigkeit wieder mit einem Pensum von 100 % nachgehen und ein entsprechendes Einkommen erzielen. Die Verbesserung bestehe seit mehr als 3 Monaten und die IV-Rente könne aufgehoben werden. Die Beschwerdeführerin sei 50 Jahre alt und beziehe seit dem Jahr 1997 eine halbe Invalidenrente. Die vom Bundesgericht festgelegten Werte (Alter 55 Jahre oder Rentenbezug von 15 Jahren) seien überschritten worden. Die Restarbeitsfähigkeit werde von der Beschwerdeführerin als Raumpflegerin während zwei Stunden pro Tag in einem Putzinstitut verwertet. Unter diesen Umständen sei es zulässig, von der sofortigen Verwertbarkeit der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, ohne berufliche Massnahmen anzubieten (IV-Nr. 83). Die Beschwerdeführerin liess am 6. Januar 2017 Einwände erheben. Sie machte u.a. geltend, eine Anpassung sei weder unter dem Titel einer Rentenrevision noch der Schlussbestimmungen möglich und zudem sei ihr ab 1. Januar 2004 eine zu niedrige Rente ausgerichtet worden, was durch eine entsprechende Nachzahlung zu korrigieren sei. 1.5 Mit Verfügung vom 27. Januar 2017 hob die Beschwerdegegnerin die bisher gewährte halbe Invalidenrente auf Ende Februar 2017 auf. Zur Begründung gab sie im Wesentlichen an, sie sei zum Schluss gekommen, dass nicht eine Revision, sondern eine Wiedererwägung vorliege. Gemäss dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 13. Juli 1999 habe ein Invaliditätsgrad von 62.3 % bestanden. Grundsätzlich berechtige dieser IV-Grad ab 1. Januar 2004 zu einem Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Mit Mitteilung vom 15. Juli 2004 habe man fälschlicherweise die halbe Invalidenrente bestätigt. Dieser Entscheid sei zweifellos unrichtig und in Wiedererwägung zu ziehen. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin per 1. März 2004 eine Tätigkeit als Raumpflegerin bei der E.\_\_\_\_ AG aufgenommen habe. Dieser Umstand hätte in die Rentenüberprüfung miteinbezogen werden müssen, was ebenfalls nicht geschehen sei. Ab 1. Juni 2004 hätte der Einkommensvergleich angepasst werden müssen. Die Dreiviertelsrente, die der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2004 zugestanden wäre, hätte auf eine halbe Rente (IV-Grad von 54 %) gekürzt werden müssen. Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mit Einfluss auf die Rentenhöhe stelle einen Revisionsgrund dar. Die Mitteilung vom 15. Juli 2004 sei auch diesbezüglich zweifellos unrichtig und müsse in Wiedererwägung gezogen werden. Spätestens seit dem Gutachten vom 21. Juli 2014 bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich deutlich verbessert. Sie könne wieder einer Tätigkeit als Reinigungsfrau oder einer angepassten Verweistätigkeit mit einem Pensum von 100 % nachgehen und ein entsprechendes Einkommen erzielen. Die Verbesserung bestehe seit mehr als drei Monaten und die Rente könne somit aufgehoben werden. Die Restarbeitsfähigkeit sei sofort verwertbar. Zusammenfassend hielt die Beschwerdegegnerin noch fest, sie habe am 9. Januar 2017 erstmals Kenntnis vom falschen IV-Entscheid erhalten. Eine Korrektur sei gemäss Art. 25 Abs. 2 ATSG bis 5 Jahre rückwirkend möglich (bis 1. Januar 2012). Aufgrund des neuen Einkommensvergleichs werde weiterhin nur die halbe Rente ausgerichtet. Ab dem Zeitpunkt des Gutachtens vom 21. Juli 2014 bestehe kein Anspruch auf eine IV-Rente mehr (IV-Nr. 94).

## E. 2

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

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

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

### **E. 3**

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

Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

Eine bloss unterschiedliche Beurteilung (z.B. des Gesundheitsschadens durch den Arzt; der ärztlichen Stellungnahme zur Arbeitsunfähigkeit; der Erwerbsunfähigkeit durch Verwaltung oder Richter usw.) eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG dar.

Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben; prozessentscheidend ist somit die Frage, ob sich der Gesundheitszustand im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hat (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, S. 433 f. Rz. 51 ff. mit Hinweisen).

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

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

3.4 Der Versicherungsträger kann auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig sind und wenn ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Falls festgestellt wird, dass der Beschluss der IV-Stelle über einen Rentenanspruch zum Nachteil des Versicherten zweifellos unrichtig war, erfolgt die Erhöhung der Rente frühestens von dem Monat an, in dem der Mangel entdeckt wurde (Art. 88bis Abs. 1 lit. c IVV).

4. Gemäss lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 (SchlB; 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 überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG. Ein Anspruch auf eine Übergangsleistung nach Art. 32 Abs. 1 lit. c IVG entsteht dadurch nicht (lit. a Abs. 2 SchlB). Werden Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (lit. a Abs. 3 SchlB).

Nach lit. a Abs. 4 SchlB findet Abs. 1 SchlB 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.

## **E. 4**

Eventualiter sei in dieser Sache ein verwaltungsexternes unabhängiges Gerichtsgutachten zu erstellen.

## **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können. Dagegen ist es nicht Aufgabe des Arztes, die Invaliditätsbemessung vorzunehmen (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen).

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

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

## **E. 6**

6.1 Die Beschwerdegegnerin führt in der angefochtenen Verfügung vom 27. Januar 2017 aus, sie sei zum Schluss gekommen, dass - anstatt einer Revision nach Art. 17 ATSG ■ nun eine Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG vorzunehmen sei. Gemäss dem Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 13. Juli 1999 habe bei der Beschwerdeführerin ein Invaliditätsgrad von 62.3 % bestanden. Bei einem Invaliditätsgrad in dieser Höhe bestehe ab dem Jahr 2004 ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin per 1. März 2004 eine Tätigkeit als Raumpflegerin bei der E.\_\_\_\_ AG aufgenommen habe. Auch dieser Umstand hätte bei der Rentenprüfung berücksichtigt werden müssen. Ab 1. Juni 2004 hätte die Beschwerdeführerin daher nur noch Anspruch auf eine halbe Invalidenrente gehabt (IV-Grad von 54 %). Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit mit Einfluss auf die Rentenhöhe stelle einen Revisionsgrund dar. Die Beschwerdegegnerin habe weder den Anspruch auf die Dreiviertelsrente noch die revisionsweise Anpassung des Einkommensvergleichs aufgrund der neuen Erwerbstätigkeit berücksichtigt. Die Mitteilung vom 15. Juli 2004 sei zweifellos unrichtig und müsse in Wiedererwägung gezogen werden. Im Weiteren habe das im Jahr 1998 diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom bei der Begutachtung im Jahr 2014 nicht mehr nachgewiesen werden können. Seit dieser Begutachtung bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich deutlich verbessert. Sie könne sowohl der Tätigkeit als Raumpflegerin als auch einer anderen angepassten Tätigkeit im Rahmen eines Pensums von 100 % nachgehen und ein entsprechendes Einkommen erzielen. Eine Invalidität liege nicht mehr vor. Die Beschwerdeführerin sei nun 50 Jahre alt und beziehe seit dem Jahr 1997 eine halbe IV-Rente. Die vom Bundesgericht festgelegten Werte (Alter von 55 Jahren oder Rentenbezug von 15 Jahren) seien damit überschritten worden. Da eine Restarbeitsfähigkeit bestehe und diese von der Beschwerdeführerin während 2 Stunden pro Tag als Raumpflegerin in einem Putzinstitut verwertet werde, sei es zulässig, von der sofortigen Verwertbarkeit der vollen Arbeitsfähigkeit auszugehen, ohne berufliche Massnahmen anzubieten.

6.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, es seien ihr die gesetzlichen IV-Leistungen, namentlich die bisherige halbe Invalidenrente, auch weiterhin zu erbringen. Zudem sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente auszurichten. Eventualiter sei in dieser Sache ein verwaltungsexternes unabhängiges Gerichtsgutachten erstellen zu lassen. Subeventualiter sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, berufliche Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und diese dann durchzuführen. Zur Begründung wird im Wesentlichen ausgeführt, es werde bestritten, dass eine Verbesserung des Gesundheitszustands i.S. eines Revisionsgrundes eingetreten sei. Ebenfalls werde die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bestritten. Im D.\_\_\_\_-Gutachten selber sei klar ausgeführt worden, dass es sich im Wesentlichen um einen unveränderten Gesundheitszustand bei lediglich anderer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit handle und keine Veränderung eingetreten sei. Es sei weder ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG noch ein Revisionsgrund i.S. der Schlussbestimmungen zur Revision 6a oder ein anderer Rückkommenstitel gegeben, welcher eine umfassende Überprüfung des Rentenanspruchs rechtfertigen würde. Sodann beruhe das D.\_\_\_\_-Gutachten noch auf den obsolet gewordenen Förster-Kriterien, weshalb ein neues Gutachten, vorzugsweise ein Gerichtsgutachten, zur Klärung des Sachverhalts einzuholen sei. Schliesslich werde - sollte dennoch von einem Revisionsgrund ausgegangen werden - bestritten, dass der Beschwerdeführerin eine

Selbsteingliederung zumutbar sei. Es liege ein 20-jähriger Rentenbezug vor und somit bestehe ein erheblicher zusätzlicher Eingliederungsbedarf.

6.3 In ihrer Stellungnahme vom 25. Oktober 2017 lässt die Beschwerdeführerin zusätzlich beantragen, subsubeventualiter sei die Sache zur Prüfung und allfälligen Durchführung von Eingliederungsmassnahmen bzw. Ausrichtung von Übergangsleistungen (lit. a Abs. 2 und 3 SchlB IVG) an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die Beschwerdeführerin beziehe bereits seit über 19 Jahren eine Invalidenrente und sei über 50 Jahre alt. Die 15-Jahresfrist sei demnach abgelaufen. Im Weiteren handle es sich nicht um ein syndromales Beschwerdebild, weil gemäss Aktenlage damals wie auch heute verschiedentlich objektivierbare Befunde vorhanden gewesen seien bzw. aktuell bestünden. Im Zeitpunkt der Rentenzusprache seien neben dem Fibromyalgie-Syndrom zusätzlich ein Carpal-Tunnel-Syndrom, chronisch rezidivierende Bronchialinfekte mit grampositiven Erregern sowie eine Depression ausgewiesen gewesen. Die ursprüngliche Rentenzusprache habe somit aus medizinischer Sicht nicht auf einem pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebild ohne nachweisbare organische Grundlage basiert, womit die Anwendung der Schlussbestimmungen 6a ausgeschlossen sei. Es sei festzustellen, dass die gemäss neuester bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderten Indikatoren darauf hindeuteten, dass der Beschwerdeführerin eine Überwindung der syndromalen Erkrankung nicht möglich sei. Das D.\_\_\_\_-Gutachten bilde hierzu keine genügende Beweisgrundlage, weil es aufgrund der Förster-Kriterien erfolgt sei und eine einseitige Abklärung beinhalte. Es sei ein neues Gutachten ■ vorzugsweise ein Gerichtsgutachten ■ zur Klärung des Sachverhalts einzuholen. Im Übrigen sei das D.\_\_\_\_-Gutachten in Anbetracht der Bildgebungen mittels MRI aus dem Jahr 2015 und den ausgewiesenen degenerativen Veränderungen, welche bei der Begutachtung im Jahr 2014 nicht berücksichtigt worden seien, bereits veraltet. Es müsse im Rahmen der Abklärungspflicht nach Art. 43 ATSG detailliert abgeklärt werden, wie das noch zumutbare Belastungsprofil aussehe. Das D.\_\_\_\_-Gutachten bilde demnach keine rechtsgenügende Grundlage, um eine Rentenaufhebung durchzusetzen.

7. Zunächst ist der medizinische Sachverhalt darzulegen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 18. Dezember 1998 zu Grunde lag:

7.1 Dem polydisziplinären (internistischen, pneumologischen und neurologischen) Gutachten des C.\_\_\_\_, Medizinische Universitätspoliklinik, vom 1. Mai 1998 kann entnommen werden, dass die Erstuntersuchung der Beschwerdeführerin am 15. Januar 1998 sowie die konsiliarischen Untersuchungen am 19. Februar sowie 5. und 6. März 1998 erfolgten. Die Schlussbesprechung mit der Explorandin fand am 16. April 1998 statt. Die Diagnosen lauteten wie folgt: «1. Fibromyalgie-Syndrom bei typischen Schmerzpunkten im Schultergürtel-/Beckenbereich und Parasternal-Bereich; 2. Bronchialinfekt mit grampositiven Erregern; 3. Depressives Zustandsbild unter chronischen Schmerzen». Zur Arbeitsfähigkeit wurde ausgeführt, die Patientin leide offenbar schon seit Jahren an zunehmenden Schmerzen, welche ihr Fibromyalgie-Syndrom verursache. Dies und die trotz verschiedenen Interventionen persistierende Kinderlosigkeit führten langfristig zu einer deutlich depressiven Entwicklung. Trotz dem Einsatz von Physiotherapie, Antirheumatika und Analgetika sowie dem Einsatz von Psychopharmaka sei offensichtlich keine Verbesserung des Zustandes erreicht worden. Die Ursache liege auch im Krankheitsverständnis der Patientin, welche eine gute Compliance eher unwahrscheinlich erscheinen lasse und somit einen dauerhaften Therapie-Erfolg bisher verunmöglicht habe.

Trotzdem zeige die kürzlich erfolgte Adoption eines Kindes, dass die Patientin auf Ressourcen zurückgreifen könne. In Anbetracht dessen, sowie auch in Anbetracht des jungen Alters der Patientin bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. Grundsätzlich wäre eine 50%ige Ausübung der früheren Tätigkeit in der B.\_\_\_\_ denkbar. Der Einsatz der Patientin in einer anderen beruflichen Tätigkeit werde durch den Analphabetismus deutlich erschwert. Dasselbe gelte für die Durchführung beruflicher Massnahmen. Allenfalls stelle sich die Frage des Einsatzes der Patientin an einer geschützten Arbeitsstelle. Zu den Möglichkeiten zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, es werde ein vorerst sechswöchiger Einsatz eines nicht-steroidalen Antirheumatikums, z.B. Balmox, und eine parallele Langzeit-Therapie mit wirksamen Muskelrelaxantien empfohlen. Zusätzlich scheine eine Therapie mit Efexor in anfänglicher Dosierung von 37.5 mg und eventueller Steigerung bis 150 mg täglich indiziert. Sollte aus Compliance-Gründen diese Therapie nicht zur Verbesserung des Zustandsbildes führen, sei die Aufnahme der Patientin an einer Tagesklinik und eventueller Einsatz von Anafranil bzw. Ludiomil angezeigt (IV-Nr. 1.6 S. 3 ff.).

7.2 Dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn vom 13. Juli 1999 (URT/VSG/IVG/IRE/99000008) können folgende Erwägungen entnommen werden (S. 10 ff. E. 4d/cc, dd und ee; IV-Nr. 7 S. 10 ff.):

cc) Im vorliegenden Fall besteht kein Anlass, am Gutachten der Ärzte der C.\_\_\_\_ vom 1. Mai 1998 (Beleg 8 der IV-Stelle) zu zweifeln. Dieses beruht auf gründlichen Untersuchungen durch unabhängige Fachärzte und wurde auf der Grundlage der vorhandenen Unterlagen erstattet. Die Befunde berücksichtigen sowohl die Anamnese als auch die subjektiven Angaben der versicherten Person und die objektiven Befunde. Die Ärzte gelangen in ihrem Gutachten zu klaren Aussagen, welche sich auf sämtliche vorhandenen Erkenntnisse stützen. Die Beschwerdeführerin vermag nichts vorzubringen, was die dortigen Schlussfolgerungen als unzutreffend erscheinen liesse. Wohl bescheinigt Dr. F.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin in seiner Stellungnahme vom 20./21. Mai 1997 (Beleg 3 der IV-Stelle) für ausserhäusliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es fällt jedoch auf, dass diese Stellungnahme, obwohl sie in offensichtlichem Widerspruch zur Aussage von Dr. G.\_\_\_\_ in ihren Berichten aus dem Jahr 1996 (Belege 4 ■ 6 der IV-Stelle) steht, nicht näher begründet wird. Da die Arbeitsunfähigkeit ihre Ursache zudem wesentlich im psychischen Bereich hat, erscheinen die Aussagen der Ärzte der C.\_\_\_\_, welche u.a. auf einem psychiatrischen Konsilium beruhen, als zuverlässiger als diejenigen von Dr. F.\_\_\_\_, der nicht auf diesen Bereich spezialisiert ist. Die Ausführungen von Dr. F.\_\_\_\_ in seinem Schreiben vom 13. Januar 1999 verstärken zudem den Eindruck, auch er sei der Meinung, die an sich denkbare Ausübung einer Erwerbstätigkeit werde durch die fehlende Krankheitseinsicht der Beschwerdeführerin verunmöglicht. Wird ausserdem der Umstand mitberücksichtigt, dass behandelnde Ärzte wohl ihre Patienten und insbesondere deren Gesundheitszustand gut kennen, jedoch, wie die Erfahrung lehrt, zuweilen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung die Angaben der Versicherten eher wohlwollend übernehmen und zugunsten ihrer Patienten aussagen (Ulrich Meyer, Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989, S. 31), kann der Widerspruch zwischen den Aussagen von Dr. F.\_\_\_\_ einerseits und den Ärzten der C.\_\_\_\_ andererseits im Rahmen der richterlichen Beweiswürdigung als aufgelöst gelten.

dd) Angesichts der schlüssigen Aussagen im Gutachten der Ärzte der C.\_\_\_\_ vom 1. Mai 1998 (Beleg 8 der IV-Stelle) erweisen sich weitere medizinische Abklärungen als nicht

notwendig. Führen nämlich die von Amtes wegen vorzunehmenden Erhebungen die Verwaltung oder den Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten (antizipierte Beweiswürdigung; Gygi, Bundesverwaltungsrechtspflege, 2. Aufl., S. 274; ZAK 1989, S. 260 E. 2).

ee) Zusammenfassend ergibt sich, dass der Beschwerdeführerin eine geeignete, körperlich leichte Tätigkeit im Umfang von 50 % zumutbar ist. Denkbar wäre vor diesem Hintergrund, wie die IV-Stelle mit Recht ausführt, beispielsweise ein Einsatz im Reinigungsbereich oder als Kantine-Mitarbeiterin. Solche Stellen sind auf dem in der Invalidenversicherung massgeblichen ausgeglichenen Arbeitsmarkt, welcher einen Fächer verschiedenartiger, auch leichterer Tätigkeiten bietet (s. Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, Zürich 1997, S. 212), durchaus zu finden.

8. Die seit September 2012 bestehende medizinische Situation der Beschwerdeführerin präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

8.1 Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemein-, Tropen- und Reisemedizin, hielt in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 3. Dezember 2012 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «1. Fibromyalgie-Syndrom ■ L99; 2. Depressives Zustandsbild mit/bei chronischen Schmerzen bei alexithymer Persönlichkeit ■ P76; 3. latente Hypothyreose». Nach den Angaben des (damaligen) Hausarztes haben die weiteren Diagnosen (primäre Sterilität, Embryotransfer 1995; Helicobacter positive Gastritis 2001; diffuse Mastopathia fibrosa bds 08/99; chronische Rhonchopathie mit/bei Nasenseptumdeviation und unter Ausschluss eines relevanten Schlafapnoesyndroms 01/2005; chronische Rhinopathie bei nachgewiesener Allergie auf Hausstaubmilben; chronisch rezidivierende Bronchitiden DD bronchiale Hyperreagibilität; Cholezystitis/Cholelithiasis; gutartiger Lagerungsschwindel; Heuschnupfen) keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren gab Dr. med. F.\_\_\_\_ an, der Gesundheitszustand der versicherten Person sei stationär. Ergänzende medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Das Beschwerdebild bleibe seit Jahren identisch. Die Patientin komme immer wieder mit Klagen über ihre Schmerzen in die Sprechstunde. Die Schmerzen beständen dominant in der Schulter und im Oberarm rechts sowie im Bereich parasternal beidseits. Sie beklage, keine Luft zu bekommen, und grosse Müdigkeit, die sie bereits morgens dazu zwingt, sich hinzulegen. Eine Besserung sei nicht in Sicht. Sie sehe auch keine Möglichkeiten, wie sie ihrem Beschwerdebild begegnen könne. Sie frage auch nach vielmaligen Erklärungen nach, was ihr denn eigentlich fehle. Daneben beständen ■ ebenfalls wie bereits früher ■ rezidivierende Infekte der Luftwege meist leichterer Art. Neue Aspekte zeigten sich keine.

Zu den erhobenen Befunden gab Dr. med. F.\_\_\_\_ an, nach wie vor beständen Druckdolenzen bei für Fibromyalgie typischen Lokalisationen. Die Mimik der Patientin sei leidend, ihre ganze Haltung drücke Hoffnungslosigkeit aus. Zusätzliche spezialärztliche Untersuchungen seien nicht notwendig. Zu den therapeutischen Massnahmen wurde festgehalten, da es bis anhin trotz allen Bemühungen, sei es durch eine Schmerzmedikation, Physiotherapie oder antidepressive Begleitbehandlungen, zu keiner Besserung gekommen sei, sei mit einer medikamentösen Behandlung Zurückhaltung geboten. Bei fehlender Krankheitseinsicht seien auch zusätzliche ergänzende Massnahmen wohl kaum angezeigt. Nach erneutem Durchlesen des Gutachtens des C.\_\_\_\_ aus dem Jahr 1998 könnten die Aussagen heute noch

voll und ganz übernommen werden und die Beschwerden/Befunde etc. fielen identisch aus. Ebenso sei es aussichtslos, irgendwelche medizinischen oder beruflichen Massnahmen ergreifen zu wollen. Die Patientin arbeite zurzeit 2 Stunden täglich in einem Putzinstitut. Bereits diese Arbeit sei für die Betroffene subjektiv zu viel. Hingegen scheine sich die Ehe dieser zwei Leute, die beide invalid geschrieben seien, über die Jahre als tragfähig zu erweisen. Der adoptierte Sohn entwickle sich erfreulich, besuche die Mittelschule und scheine gut integriert zu sein.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit ausgeführt, die Beschwerdeführerin arbeite 2 Stunden in einem Putzinstitut in [...]. Diese Arbeit scheine einigermassen toleriert zu werden. Subjektiv klage sie jedoch darüber, dass diese Arbeit schwierig sei und Beschwerden auslöse. Deshalb seien zwischenzeitlich auch immer wieder kurze Absenzen aufgetreten. Die bisherige Tätigkeit sei im bisherigen Rahmen von 2 Std. pro Tag zuzumuten, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Andere Tätigkeiten seien ihr ebenfalls zuzumuten. Die Patientin sei als Raumpflegerin tätig. Ähnliche Tätigkeiten seien prinzipiell denkbar, eine Verbesserung der Situation sei davon jedoch nicht zu erwarten. Dabei gebe es zu bedenken, dass die Patientin kaum Deutsch spreche und Analphabetin sei. In diesem zeitlichen Rahmen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 15 S. 3 ff.).

8.2 Dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, vom 18. September 2013 kann die Diagnose «Fibromyalgiesyndrom» entnommen werden. Es wurde ausgeführt, die Patientin leide schon seit mehr als 16 Jahren an generalisierten Schmerzen. Sie sage, früher seien sie nicht so stark gewesen. Sie würden immer schlimmer und sie ermüde sehr rasch. Sie arbeite täglich zwei Stunden in einem Putzinstitut und sei nachher erledigt. Sie sage, sie könne fast nicht mehr. Sie mache auch zu Hause die ganze Hausarbeit. Die Patientin berichte, sie habe letztes und auch dieses Jahr Physiotherapien durchgeführt. Wärme sei etwas besser als Kälte. Sie habe auch schon an der Wassergymnastik der Rheumaliga teilgenommen, aber keinen grossen Unterschied bemerkt. Das sei zwar nicht schlecht, aber die Krankenkasse bezahle dies nicht. Sie habe in letzter Zeit vor allem Schmerzen auf der rechten Körperseite. Der Schlaf sei nicht gut, aber von den Medikamenten für die Schlafverbesserung bekomme sie noch mehr Probleme. Sie wisse nicht, was mit ihr los sei.

Bei der Untersuchung vom 4. September 2013 habe man eine dysphorisch wirkende, 49-jährige Patientin in gutem Allgemeinzustand vorgefunden. Die Wirbelsäule zeige eine hyperkyphotische Fehlhaltung der BWS, welche aufgerichtet werden könne. Die Beweglichkeit sei in allen Wirbelsäulenabschnitten normal, die Seitneigung in der LWS werde als schmerzhaft angegeben. Die peripheren Gelenke seien unauffällig. Auffallend seien aber Tenderpoints an 13 von 18 klassischen Lokalisationen. Zudem gebe die Patientin eine Druckempfindlichkeit in der Mitte der LWS über dem Dornfortsatz ca. L3 an. Das Labor sei weitgehend unauffällig ausgefallen. Klinisch und anamnestisch bestehe bei der Patientin ein klassisches Fibromyalgiesyndrom. Die Grenze zu einer depressiven Störung sei fliessend. Für eine andere zu Grunde liegende oder begleitende rheumatische Erkrankung seien anamnestisch, klinisch und im Labor keine zusätzlichen Hinweise zu finden. Die unspezifischen erhöhten antinuklearen Antikörper hätten wohl keinen Krankheitswert.

Im Weiteren führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, die Patientin sage zwar, sie wisse nicht, was sie habe, das könne man sich aber fast nicht vorstellen. Dr. med. F.\_\_\_\_ behandle sie ja schon

seit Jahren wegen ihrer weichteilrheumatischen Symptomatik und habe ihr auch schon Antidepressiva zur Schlafverbesserung gegeben. Die Antidepressiva lehne sie prinzipiell ab. Sie sage, diese machten sie noch mehr müde. Was die Arbeit im Putzinstitut betreffe, so sei sie auch im Beisein der Begleiterin bereits darauf hingewiesen worden, dass eine höhere als 50 % IV-Rente bei der Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms sicher nicht drin liege. Es bestehe sogar die Gefahr, dass ihr die IV die jetzt schon bestehende Rente kürzen oder ganz streichen würde bei einem Antrag auf Rentenerhöhung. Die Erfahrung zeige, dass dieses Krankheitsbild sowie andere psychosomatische Erkrankungen von der IV nicht mehr als Renten begründend angesehen würden. Damit sei sie nicht einverstanden. Gewisse Patienten seien durch ihr chronifiziertes Schmerzsyndrom derart in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt, dass zumindest eine halbe Rente oft gerechtfertigt sei. Im Fall der Patientin sei eine Restarbeitsfähigkeit, welche sie zu ca. 25 % verwerte, zumutbar. Obwohl die Patientin wenig Initiative zeige, sich körperlich zu bewegen, sei sie noch einmal auf das Angebot der Rheumaliga mit der Wassergymnastik im Rahmen des Aquacura-Programms aufmerksam gemacht worden (IV-Nr. 51 S. 8 f.).

8.3 Dem Bericht über das Erstgespräch der Beschwerdeführerin bei den H.\_\_\_\_, vom 25. März 2014 können folgende Diagnosen nach ICD-10 entnommen werden: «Mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11), anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F45.4), anamnestisch generalisiertes fibromyalgisches Schmerzsyndrom, Epicondylopathia humeri radialis beidseitig, Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom beidseitig, Latente Hypothyreose Mai/2013, gutartiger Lagerungsschwindel, Diffuse Mastopathia fibrosa beidseitig 1999.

Die Beurteilung lautete dahingehend, es handle sich um eine bald 50-jährige, aus dem Kosovo stammende, verheiratete Patientin, welche seit 1997 IV-Rentnerin zu 50 % sei. Sie leide an einer mittelgradigen depressiven Episode begleitet durch verminderten Antrieb, Schlafstörungen, bedrückte Stimmung und Müdigkeit. Kongruent dazu bestünden ebenfalls langjährige Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie zum Teil Schmerzen in den Weichteilen. Ausserdem belaste sie auch die Situation mit ihrem Adoptivsohn, der bis zum heutigen Tag nicht über die Adoption informiert worden sei. Es bestehe für das Ehepaar eine grosse Last, wie sie ihn über diese Situation informieren sollen. Mit grosser Wahrscheinlichkeit trete das depressive Syndrom der Schmerzsymptomatik als Folge dessen auf. Zum Procedere wurde angegeben, es werde eine stützende psychiatrisch-psychotherapeutisch ambulante Behandlung begonnen mit dem Ziel des Bewegungsaufbaus (IV-Nr. 51 S. 10 f.).

8.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, stellte in seinem Bericht vom 20. Mai 2014 folgende Diagnose: «F45.41 (dt. ICD) Chronisches höchstchronifiziertes Wirbelsäulensyndrom mit Tendenz zum Wide spread Pain bei ursprünglichem Facettensyndrom cervicothorakal mit zusätzlicher fascieller Komponente, rechtskonvexe Seitenausbiegung der BWS leichtgradig, mit ungünstigen psychologischen Cofaktoren (Depression); latente Hypothyreose». Die Beurteilung lautete dahingehend, es bestehe ■ wie bereits vordiagnostiziert ■ ein panalgetisches Schmerzbild mit maladaptiver Schmerzverarbeitung. Ein multimodales Konzept sei empfehlenswert. Als medikamentöse Therapie sei die orale Analgesie mit Tramal ret 50 mg zu empfehlen. Cymbalta sollte so beibehalten werden. Zur physikalischen Therapie wurde angegeben, wie bereits vom H.\_\_\_\_ angedacht, sei dringend eine Aktivierung der Patientin zu empfehlen. Eine Desensibilisierung sei zusätzlich angedacht (IV-Nr. 65).

8.5 Aus dem interdisziplinären (internistischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der D.\_\_\_\_ (im Folgenden: D.\_\_\_\_), vom 21. Juli 2014 geht hervor, dass die Beschwerdeführerin dort im April/Mai 2014 untersucht und begutachtet wurde. Unter Einbezug aller Fachgebiete konnte keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die angegebenen Diagnosen (anhaltend somatoforme Schmerzstörung [F45.40], chronische Zervikalgien und Lumbalgien ohne radikuläre Zeichen, chronische Schmerzen im Bereich beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies mit diskreten degenerativen Veränderungen, Adipositas, BMI 31.6 kg/m<sup>2</sup>) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin wurde erwähnt, bei fehlendem objektivierbarem Korrelat sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit theoretisch-medizinisch nicht eingeschränkt. Auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit mit 100 % Leistung bei einem Zeitpensum von 8.5 Stunden pro Tag.

Aus psychiatrischer Sicht wurde festgestellt, dass bei der Untersuchung allenfalls ein etwas leidend klagender Ausdruck auffalle und eine leichte depressive Verstimmung. Im Vordergrund stehe eine Schmerzsymptomatik, die von der Explorandin geklagt werde. An psychischen Symptomen werde auf Nachfrage ausschliesslich eine gewisse Traurigkeit berichtet, wobei die Explorandin deutlich aufhelle, wenn sie über ihren Adoptivsohn spreche. Darüber hinaus gebe sie eine allgemeine Müdigkeit und Konzentrationsstörungen an, die man im Wesentlichen bei der Untersuchung nicht habe feststellen können. Vom aktuell erhobenen psychischen Befund liessen sich Symptome einer relevanten depressiven Symptomatik nicht ableiten. Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung finde seit Jahren nicht statt; eine solche sei in der Vergangenheit einmal erwähnt worden, wobei der Zeitraum nicht mehr erinnerlich sei. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Diese sei anlässlich der Begutachtung im Jahr 1998 als Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden. Nach den aktuell gültigen Kriterien sei die somatoforme Schmerzstörung versicherungsmedizinisch nicht IV-relevant, wenn keine entsprechende Komorbidität oder Ausnahmetatbestände (Förster-Kriterien) gegeben seien. Eine solche Komorbidität bzw. die Försterkriterien liessen sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht feststellen.

Zum orthopädischen Bereich wurde ausgeführt, zunächst sei einmal festzustellen, dass man in den ausführlich getätigten radiologischen Abklärungen der HWS, der LWS, beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies altersentsprechende degenerative Veränderungen ohne grosse Auffälligkeiten finde. Klinisch seien 16 von 18 Fibromyalgiepunkten positiv, wobei die Explorandin schon vor der Untersuchung all diese Punkte klar gekannt und auch immer wieder auf die Fibromyalgie hingewiesen habe. Daneben finde man eine gute Wirbelsäulenbeweglichkeit, ohne grossen paravertebralen Hartspann, lokale Druckdolenzen im Bereich beider Schultern, des rechten Ellenbogens und eine Chondropathia patellae rechts. Zusammengefasst finde man für die Beschwerden der Explorandin klinisch und radiologisch nur teilweise ein Substrat. Entsprechend seien die Beschwerden im Ausmass, wie sie von der Explorandin angegeben würden, nur teilweise nachvollziehbar. Aus orthopädischer Sicht sei die Explorandin im Rahmen des Zumutbarkeitsprofils zu 100 % vollschichtig arbeitsfähig sowohl in der angestammten Tätigkeit als Reinigungskraft als auch in einer entsprechenden Verweistätigkeit.

Aus neurologischer Sicht wurde festgestellt, auffällig sei eine ausgeprägte, generalisierte Schmerzempfindlichkeit, zum Teil schon auf sanften Druck mit der Fingerkuppe, teilweise nur durch Druck in der Haut, ohne Schwerpunktbildung. Die Schmerzsymptomatik erscheine aufmerksamkeitsorientiert. Die Druckdolenz gehe über die sogenannten Tenderpoints hinaus, wie sie bei einer Fibromyalgie in der Regel auftreten würden, zumal insbesondere ein ausgeprägtes, Leiden ausdrückendes Verhalten begleitend auffalle. Ebenso fielen die weiteren positiven Waddell-Zeichen auf. Ebenfalls auffallend seien die Sensibilitätsangaben bei der Prüfung des Vibrationsempfindens, die nicht reproduzierbaren Schwellenwerte, was auf eine suboptimale, bewusstseinsnahe Fehlangebe hindeute. Ähnlich zeige sich in der Prüfung der groben Kraft eine auffällig variable Kraftentfaltung bei andererseits flüssigem normalem Gangbild mit normalem Abrollen der Füße. Auch zeige sich bei unbemerkter Beobachtung eine sehr gute Beweglichkeit, sowohl im Bereich der Extremitäten als auch insbesondere im Bereich des Rückens. Das Ausdrucksverhalten mit kraftloser Stimme, mit kraftlos hängender Gesichtsmimik, die durchgehend häufige Angestrengtheit und Erschöpfung signalisierende Atmung seien auffallend, erkennbar schon bei einfachsten klinischen Untersuchungen, ohne vorausgegangene Belastung. Auch aus der Aktenlage seien auffallenderweise nur Befunde aus den Jahren 1996 bis 1998 und dann erst wieder im Jahr 2012 ersichtlich. Der neurologische Untersuchungsbefund vom März 1998 zeige dabei nur z.B. minimale Veränderungen im Sinne eines beginnenden Karpaltunnelsyndroms und eine tendenziell generalisierte Muskeltonuserhöhung, bei sonst unauffälligem Befund. Diesbezüglich sei gegenwärtig kein Hinweis für ein relevantes Karpaltunnelsyndrom feststellbar, vielmehr werde ein generalisiertes Beschwerdebild mit völlig unspezifischen Angaben und Schmerzempfinden, Erschöpfung und Müdigkeit gezeigt, ohne jeglichen Segmentbezug, auch nicht zervikoradikulär oder lumboradikulär. Der Begriff des Fibromyalgiesyndroms erscheine angesichts der völlig unspezifischen, generalisierten, nicht nur die Tenderpoints umfassenden Druckdolenz als unzutreffend. Eher sei eine dysfunktionale Schmerzverarbeitung und Krankenrollenentwicklung zu diskutieren. Zumindes aus rein neurologischer Perspektive könne, nachdem offensichtlich auch ein Schlafapnoesyndrom im Januar 2005 ausgeschlossen worden sei, keine neurologische Pathogenese der beklagten Beschwerden festgestellt werden. Ein relevantes organisches Korrelat sei aus neurologischer Sicht nicht feststellbar.

Zum internistischen Bereich wurde festgehalten, die Anamnese sei blande. Im Jahr 2012 seien eine laparoskopische Cholezystektomie und im Jahr 2013 eine Myomentfernung aus der Gebärmutter erfolgt. Es bestünden keine wesentlichen Vorerkrankungen internistischer Art. Zusammenfassend liessen sich keine Funktionsbeeinträchtigungen oder Beschwerden mit versicherungsmedizinischer Relevanz zur Arbeitsfähigkeit der Explorandin finden. Sie sei deshalb in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bzw. Reinigungskraft arbeitsfähig ohne Leistungseinschränkung. Mit Ausnahme von kurzen Zeiten vorübergehender Arbeitsunfähigkeit, das internistische Fachgebiet betreffend, gelte dies auch retrospektiv.

Die interdisziplinäre versicherungsmedizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen, und Aufgaben zu strukturieren und zu planen. Ihre Kontaktfähigkeit zu Dritten, ihre Gruppenfähigkeit, ihre Fähigkeit, familiäre Beziehungen aufzunehmen, ihre Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten und die Fähigkeit zur Selbstversorgung seien nicht beeinträchtigt. Man finde allenfalls leichte Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur

Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, der Durchhaltefähigkeit und der Selbstbehauptungsfähigkeit. Aus orthopädischer Sicht sei das Heben und Tragen von Lasten über 25 kg nicht zumutbar. Ebenfalls seien Arbeiten mit ständiger monotoner Haltung des Kopfes nicht zumutbar. Das Hantieren mit schlagenden, vibrierenden und stossenden Maschinen sei oft zumutbar. Weitere Einschränkungen finde man nicht. Übereinstimmend werde von allen beteiligten Fachgebieten eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einem Pensum von 8.5 Stunden pro Tag sowohl für die Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einer Teigwarenfabrik als auch in einer Verweistätigkeit gesehen. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv bei veränderter Bewertung des gleichen medizinischen Sachverhalts. Eine wesentliche Änderung der geschilderten Beschwerdesymptomatik, der aktuellen Situation und der aktuell erhobenen Befunde auf psychiatrischem, neurologischem, orthopädischem und internistischem Fachgebiet lasse sich seit dem Jahr 1998 nicht verzeichnen.

Im Weiteren hielten die Gutachter interdisziplinär fest, aus der Aktenlage gingen auffallenderweise nur Befunde aus den Jahren 1996 bis 1998 und dann erst wieder im Jahr 2012 mit dazwischenliegender Lücke hervor. Zum jetzigen Zeitpunkt sei kein Hinweis auf ein relevantes Karpaltunnelsyndrom feststellbar, welches im März 1998 diskutiert worden sei. Der Begriff des Fibromyalgiesyndroms erscheine angesichts der völlig unspezifischen, generalisierten, nicht nur die Tenderpoints umfassenden Druckdolenz unzutreffend. Hier sei von einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Daneben sei auch eine gewisse Krankenrollenentwicklung zu diskutieren. Bei der Explorandin sei aufgrund eben dieses Fibromyalgiesyndroms im Jahr 1998 ein IV-Grad von 59 % festgestellt worden. Diesbezüglich habe sich die versicherungsmedizinische Bewertungspraxis geändert. Auch bei unverändertem bzw. eher zunehmendem Beschwerdebild könnten weder das Fibromyalgiesyndrom noch die anhaltend somatoforme Schmerzstörung versicherungsmedizinisch relevant berücksichtigt werden in der Bewertung der Arbeitsfähigkeit, sofern nicht entsprechende psychiatrische Komorbiditäten oder Ausnahmetatbestände (Förster-Kriterien) vorliegen würden. Eine psychiatrische Komorbidität liege eben nicht vor. Auch bestünden keine Ausnahmetatbestände nach den Förster-Kriterien. Insofern sei bei gleichem medizinischem Sachverhalt jetzt von einer versicherungsmedizinisch anderen Beurteilung auszugehen. Diese gelte letzten Endes auch retrospektiv.

Zur Prognose und zu Therapie- und Integrationsmassnahmen wurde angegeben, im Bedarfsfall könne eine analgetische Therapie, verbunden mit Physiotherapie, empfohlen werden. Soweit sich dies habe erfragen lassen, profitiere die Explorandin von der durchgeführten antidepressiven Medikation mit Duloxetin und Trazodon nicht wesentlich. Sie könnte grundsätzlich von einer Psychotherapie profitieren, bei allerdings sehr einfach strukturierter Primärpersönlichkeit mit wenig Zugangsmöglichkeiten zu intrapsychischen Konflikten und wenig Coping-Strategien bei erheblicher Chronifizierung seit mehr als 15 Jahren. Es sei eher von einer ungünstigen Prognose auszugehen. Darüber hinaus sei die Explorandin praktisch Analphabetin, habe mangelnde Sprachkenntnisse und kaum soziale Kontakte. Der ebenfalls seit vielen Jahren berentete Ehemann der Explorandin sei überzeugt von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seiner Ehefrau und bringe dies auch entsprechend zum Ausdruck. Insofern sei auch hier die Prognose aufgrund nicht IV-relevanter Faktoren insgesamt ungünstig und spezielle Therapieempfehlungen könnten nicht gegeben werden.

Die den Gutachtern ausdrücklich gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Explorandin seit der Rentenzusprache verändert habe, wurde von diesen verneint. Subjektiv werde zwar eine Verschlechterung angegeben, objektiv liessen sich jedoch keine relevanten Befunde erheben, welche eine Progredienz der Symptomatik oder neu aufgetretene Erkrankungen bestätigten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe zum jetzigen Zeitpunkt nicht und lasse sich auch retrospektiv nicht feststellen. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit mit grosser Wahrscheinlichkeit nicht verbessert werden. Grundsätzlich seien aus medizinischer Sicht alle beruflichen Massnahmen unter Berücksichtigung der Vorbildung der Explorandin (Analphabetin, mangelnde Deutschkenntnisse, einfach strukturierte Primärpersönlichkeit) zuzumuten (IV-Nr. 34).

8.6 Die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. August 2014 fest, das D.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 sei schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache nicht verbessert. Die zur Rentenzusprache führenden diagnostischen und versicherungsmedizinischen Kriterien hätten sich mittlerweile geändert. Das Vorliegen einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung könne versicherungsmedizinisch nicht mehr IV-relevant berücksichtigt werden, sofern keine entsprechenden Komorbiditäten oder Ausnahmetatbestände (Förster-Kriterien) vorlägen. Bei der Versicherten sei weder eine psychiatrische relevante Komorbidität gegeben, noch seien die Förster-Kriterien erfüllt. Aus der Betrachtung der aktuell gültigen versicherungsmedizinischen Bewertungspraxis sei die angestammte Tätigkeit der Versicherten ganztägig ohne Leistungsminderung auch retrospektiv zumutbar. Auch in einer angepassten Verweistätigkeit bestehe ■ auch retrospektiv ■ eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 37).

8.7 Der die Beschwerdeführerin aktuell betreuende Hausarzt, Dr. med. K.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 3. November 2014 zum Vorbescheid vom 15. Oktober 2014 im Wesentlichen fest, die Patientin leide seit ca. 20 Jahren unter generalisierten Schmerzen, wobei die Schmerzintensität in den letzten Jahren erheblich zugenommen habe. Sie ermüde auch sehr rasch. Sie gehe täglich zwei Stunden putzen in einem Putzinstitut und sei nachher völlig erledigt. Dies, obschon eine Arbeitskollegin ihr die schwereren Arbeiten abnehme. Auch bei der Hausarbeit sei sie zum Teil auf fremde Hilfe (Ehemann) angewiesen. Ein organisches Korrelat für die beklagten Beschwerden sei nicht zu finden. Klinisch und anamnestisch bestehe gemäss Dr. med. G.\_\_\_\_ ein klassisches Fibromyalgiesyndrom. Trotz konsequent durchgeführter ambulanter Behandlungsmassnahmen, auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz (medikamentös, psychiatrisch-psychotherapeutisch, Physiotherapie, Wassergymnastik der Rheumaliga), seien die Behandlungsergebnisse bislang unbefriedigend. Eine Restarbeitsfähigkeit, welche die Beschwerdeführerin zu ca. 25 % verwerte, sei ihr zuzumuten.

Im Weiteren führte der Hausarzt aus, bei der Patientin sei eine psychiatrisch relevante Komorbidität tatsächlich gegeben. Seit März 2014 stehe sie wegen einer mindestens mittelschweren Depression in psychiatrischer Behandlung im L.\_\_\_\_ bei Dr. med. M.\_\_\_\_. Die Depression sei begleitet von vermindertem Antrieb, Schlafstörungen, bedrückter Stimmung und Müdigkeit. Sie habe dazu geführt, dass die Patientin sich zunehmend sozial zurückgezogen habe. Kongruent dazu lägen ebenfalls ohne längerfristige Remission langjährige Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie zum Teil Schmerzen in den Weichteilen vor. Es wäre aber falsch, das depressive Syndrom lediglich als Folge der

Schmerzsymptomatik anzusehen. Es spielten auch krankheitsfremde Faktoren eine wichtige kausale Rolle. Sehr belastend auf die Patientin wirke sich beispielsweise die Situation mit ihrem Adoptivsohn, der bis zum heutigen Tag nicht über seine Adoption informiert worden sei. Es bestehe für das Ehepaar eine grosse Last, wie sie ihn über diese Situation informieren sollen. Dazu kämen weitere sich auf die Psyche negativ auswirkende Faktoren, die durch den Migrationshintergrund der Betroffenen bedingt seien (Heimweh, Sprachprobleme, Ausgrenzungserfahrungen, schlechte Bildung, finanzielle Zukunftsängste etc.). Schon alleine der drohende Verlust der Invalidenrente löse bei der Patientin Angst, Unsicherheit, Selbstzweifel, Ohnmacht, Lähmung, Hilflosigkeit und Wut aus. Dieses Leiden könne die Schmerzen verstärken und zu anhaltenden Blockierungen führen. Von einer Überwindbarkeit könne dann erst recht nicht die Rede sein (IV-Nr. 43 S. 2 f.).

8.8 In seinem Bericht vom 9. Februar 2015 stellte Dr. med. K.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Generalisiertes fibromyalgisches Schmerzsyndrom ■ L99, mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom (F32.11) - F32, anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F45.4) ■ F45». Die weiteren Diagnosen (Epicondylopathia humeri radialis bds.; latente Hypothyreose 05/2013; primäre Sterilität, Embryotransfer 1995, Hyperstimulationssyndrom III Grades 10/95; Helicobacter positive Gastritis 2001 ■ D86; Erradikationstherapie mit Zurcal, Klacid und Tiberall 08/2001; diffuse Mastopathia fibrosa beidseits 08/1999 ■ X88; chronische Rhoncopathie mit/bei Nasenseptumdeviation und unter Ausschluss eines relevanten Schlafapnoesyndroms 01/2005 ■ R08; chronische Rhinopathie bei nachgewiesener Allergie auf Hausstaubmilben ■ R08; chronisch rezidivierende Bronchitiden DD bronchiale Hyperreagibilität ■ R79; Cholezystitis/Cholelithiasis ■ D98; Laparoskopische Cholezystektomie am 01.12.09; gutartiger Lagerungsschwindel ■ H82; Heuschnupfen ■ R97) haben nach den Angaben des Hausarztes keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde angegeben, die Patientin arbeite 2 Stunden in einem Putzinstitut in [...]. Es habe den Anschein gemacht, dass diese Arbeit während langer Zeit einigermaßen toleriert worden sei. In den letzten Jahren beklage die Patientin aber eine zunehmende Belastungsintoleranz. Ihre Arbeitskollegin müsse ihr die schwereren Arbeiten abnehmen, da sie sehr rasch ermüde. Nichtsdestotrotz sei sie nach der Arbeit jeweils völlig erledigt. Die bisherige Tätigkeit sei im bisherigen Rahmen von 2 Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz nicht verbessert werden. Der Patientin seien auch andere Tätigkeiten zuzumuten. Sie sei als Raumpflegerin tätig. Ähnliche Tätigkeiten seien prinzipiell denkbar, eine Verbesserung der Situation sei jedoch davon nicht zu erwarten. Dabei sei zu bedenken, dass die Patientin kaum Deutsch spreche und Analphabetin sei. Auch hier bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 51 S. 1 ff.).

8.9 Dr. med. M.\_\_\_\_, Spitalfachärztin, H.\_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht vom 4. März 2015 die seit ca. 1996 bestehende Diagnose «mittelgradige chronifizierte depressive Erkrankung mit somatischem Syndrom (F32.11)» und attestierte eine Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin von 80 % bis auf Weiteres. Sie gab an, der Gesundheitszustand der Patientin sei stationär. Im Weiteren wurde angegeben, die Patientin berichte über starke, beeinträchtigende Rücken-, Nacken- und Kopfschmerzen sowie Schmerzen in den Weichteilen. Wegen der Schmerzen könne sie nachts kaum schlafen und müsse öfters aufstehen. Insgesamt fühle sie sich sehr müde, erschöpft und kraftlos. Es

beständen Antriebsverlust, Beeinträchtigung der Konzentration sowie Angst vor einer weiteren Gesundheitsverschlechterung. Aufgrund der erwähnten Symptomatik verbringe sie die meiste Zeit zu Hause.

Zum Befund wurde angegeben, die 50-jährige, leicht adipöse Patientin in gepflegtem Erscheinungsbild komme jeweils pünktlich in Begleitung ihres Ehemannes zu den vereinbarten Terminen. Sie sei bewusstseinsklar und allseits orientiert. Gesamthaft mache sie im Gespräch einen bedrückten, erschöpften, innerlich leidenden und wenig durchsetzungsfähigen Eindruck. Es mache den Anschein, dass Konzentration und Aufmerksamkeit leicht reduziert seien. Subjektiv berichte sie auch über Vergesslichkeit. Formalgedanklich sei sie eingeeengt auf die Schmerzproblematik und Leistungsfähigkeit. Es bestehe kein Anhalt für ein wahnhaftes oder halluzinatorisches Geschehen. Affektiv wirke sie verunsichert und ängstlich, dies bei deprimierter Grundstimmung, Insuffizienzgefühlen und Beeinträchtigung der Vitalgefühle. Im Antrieb wirke sie gehemmt und psychomotorisch leicht unruhig (wegen der Schmerzen). Es bestehe ein leichter sozialer Rückzug. Es seien keine Hinweise auf Aggression oder Fremdgefährdung ersichtlich. Es bestünden keine Suizidgedanken-, -pläne oder ■impulse. Die Patientin gebe Ein- und Durchschlafstörungen wegen der Schmerzen an. Der Appetit sei mittelmässig. Die Patientin sei behandlungseinsichtig und deutlich hilfeschend.

Zu den therapeutischen Massnahmen wurde erwähnt, die Patientin sei seit dem 25. März 2014 im psychiatrischen Ambulatorium in Behandlung. Die Gespräche würden in einer Sitzungsfrequenz von einem Monat stattfinden. Bisher seien sämtliche vereinbarten Termine wahrgenommen worden. Es erfolgten supportiv ausgerichtete psychiatrische Einzelgespräche in ihrer Muttersprache mit psychoedukativen Elementen zur Stabilisierung des Selbstwertes, zum Erarbeiten von Strategien zwecks Schmerzsymptomatik, zur Reduktion der affektiven Instabilität, zur Tagesstrukturierung und zur Verbesserung der depressiven Symptomatik. Psychopharmakologisch sei die Ersetzung von Surmontil aufgrund der Tagesmüdigkeit mit dem sedierenden Antidepressivum Trazodon (Trittico 50 mg) erfolgt. Bei guter Verträglichkeit sei im weiteren Verlauf Cymbalta auf 90 mg pro Tag erhöht worden. Aufgrund des bisherigen Verlaufs unter der aktuellen Psychopathologie mit im Vordergrund stehender Müdigkeit und Vermeidungsverhalten sei die Prognose als ungünstig zu beurteilen. Eine Änderung der bestehenden Strukturen, insbesondere eine erhöhte Anforderung in Form von Arbeitsleistung, würde eine enorme Stressbelastung und vermutlich Überforderung für die Patientin und die Gefahr einer Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands darstellen.

Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde dargelegt, die Patientin habe in der B.\_\_\_\_ 6 Jahre zu 100 % arbeiten können. Wegen gesundheitlichen Beschwerden habe sie dann nicht mehr als 50 % tätig sein können, weswegen ihr damals auch gekündigt worden sei. Aktuell sei sie in einem Putzinstitut zu ca. 20 % tätig, an 5 Tagen pro Woche für jeweils zwei Stunden. Die mittelgradige Depression mit rascher Ermüdung bei geringen Anstrengungen, Beeinträchtigung der Alltagsbewältigung, Insuffizienzgefühlen und vermindertem Konzentrationsvermögen führe zu einer erheblichen Verminderung des Antriebs und des Durchhaltevermögens, sodass die Leistungsfähigkeit eingeschränkt sei. Die bisherige Tätigkeit (sie sei mit einer Kollegin zusammen unterwegs, welche ihr die schwere Arbeit abnehme ■ sie mache nur leichte Arbeiten) sei noch zumutbar. Es müssten Arbeitsplätze sein, die eine regelmässige Tagesstruktur ermöglichen; sodann müsse es sich um repetitive Tätigkeiten in einem stabilen, wohlwollenden Umfeld handeln. Dabei bestehe eine um ca.

50 % verminderte Leitungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Andere Tätigkeiten seien der Patientin nicht zumutbar (IV-Nr. 52).

8.10 RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ hielt in ihrer Stellungnahme vom 21. Mai 2015 fest, zur umfassenden Beurteilung der medizinischen Situation könne immer noch auf das polydisziplinäre D. \_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 verwiesen werden. Seit dem 25. März 2014 befinde sich die Versicherte in psychiatrischer Behandlung bei Dr. med. M. \_\_\_. Die Behandlungsfrequenz von einmal pro Monat spreche gegen die von der involvierten Psychiaterin gestellten Diagnose einer bisher psychiatrisch nie intensiv behandelten mittelgradigen chronifizierten depressiven Erkrankung. Auch im Rahmen ihrer Befunderhebung seien keine Symptome ersichtlich, die über den Rahmen einer Dysthymie hinausgingen. Die Befundschilderung des Hausarztes Dr. med. K. \_\_\_ überzeuge ebenfalls nicht in Bezug auf die Diagnose einer mittelschweren Depression. Für ihn stünden zudem IV-fremde Faktoren im Vordergrund, welche die Psyche der Versicherten belasteten (der nicht über seine Herkunft informierte Adoptivsohn, Probleme im Zusammenhang mit dem Migrationshintergrund). Die psychiatrische Gutachterin Dr. med. N. \_\_\_ habe dagegen nachvollziehbar eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung ohne Komorbidität diagnostiziert.

Die RAD-Ärztin hielt sodann fest, im Rahmen des Vorbescheidverfahrens seien keine neuen medizinischen Aspekte eingebracht worden, welche abzuklären seien. Am Entscheid könne festgehalten werden (IV-Nr. 56 S. 2 f.).

8.11 Dem Bericht von Dr. med. O. \_\_\_, Facharzt für Neurologie, vom 27. März 2016 über die neurologische Untersuchung und elektrophysiologische Diagnostik vom 17. März 2016 können zusammengefasst regelrechte Befunde in allen durchgeführten Untersuchungen entnommen werden. Es bestehe kein Anhalt für eine Erkrankung auf neurologischem Fachgebiet betreffend die von der Patientin geklagten Beschwerden. Insbesondere bestünden kein Anhalt für eine periphere Nervenkompression im Bereich der oberen Extremitäten, wie ein Karpaltunnelsyndrom, kein Anhalt für eine generalisierte Neuropathie und kein Anhalt für eine relevante lumbale Wurzelkompression L4/L5 beiderseits (IV-Nr. 72).

8.12 In ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2016 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ nun im Wesentlichen fest, eine Verbesserung der medizinischen Situation lasse sich seit der Rentenzusprache im Jahr 1998 und insbesondere seit dem Gutachten des C. \_\_\_ vom 1. Mai 1998 durch das ausführliche polydisziplinäre D. \_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 belegen. Das im Jahr 1998 diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom habe im D. \_\_\_-Gutachten nicht mehr nachgewiesen werden können. Das sich im Jahr 1998 in leichter Ausprägung zeigende Karpaltunnelsyndrom habe der neurologische Gutachter nicht mehr feststellen können. Zudem habe man in umfassenden elektrophysiologischen Untersuchungen des Neurologen Dr. med. O. \_\_\_ vom 17. März 2016 in allen durchgeführten Untersuchungen regelrechte Befunde gefunden. Auch die im Jahr 1998 gestellte Diagnose eines depressiven Zustandsbildes habe sich im Rahmen der psychiatrischen D. \_\_\_-Untersuchung nicht mehr finden lassen. Somit handle es sich nicht um eine andere Beurteilung des gleichen Sachverhalts. Die D. \_\_\_-Gutachter gingen zwar von einem gleichen Sachverhalt aus, diese Feststellung bedeute jedoch, dass die Diagnose eines Fibromyalgiesyndroms, die von der erfahrenden Rheumatologin Dr. med. G. \_\_\_ schon seit dem Jahr 1996 gestellt worden sei, eine Fehldiagnose gewesen sein müsste. Ebenso müsste sich der Leiter der Station

Psychosomatik des C.\_\_\_\_ in der Diagnose eines depressiven Zustandsbildes getäuscht haben. Für solche «Fehldiagnosen» bestünden jedoch keinerlei Hinweise. Somit sei von einer Zustandsverbesserung auszugehen. Die gesundheitliche Problematik der Versicherten habe sich insofern verändert, als dass laut D.\_\_\_\_-Gutachter keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr bestünden. Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung sei im Sommer 2014 ■ nach der damaligen Rechtsprechung ■ bei Fehlen entsprechender psychiatrischer Komorbiditäten oder Ausnahmetatbestände (Förster-Kriterien) als ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt worden.

Im Weiteren führte die RAD-Ärztin aus, in einer angepassten Tätigkeit vermöge die Versicherte, spätestens seit dem polydisziplinären Gutachten vom 21. Juli 2014, zu 100 % tätig zu sein. Die anhaltend somatoforme Schmerzstörung stelle eine Diagnose dar, welche unter den entsprechenden Gesichtspunkten betrachtet werden sollte (Päusbonog). Allerdings habe die Versicherte im Rahmen der Untersuchungen (Neurologie und Orthopädie) deutliche Hinweise auf Aggravation, wenn nicht sogar Simulation, gezeigt, sodass sich weitere Abklärungen erübrigten. Die Versicherte habe zudem jahrelang keine Psychotherapie in Anspruch genommen bzw. benötigt, was für eine Verbesserung, wenn nicht sogar Rückbildung der psychiatrischen Problematik spreche. Erst nachdem die Versicherte am 19. Februar 2014 die Mitteilung der IV erhalten habe, dass ein polydisziplinäres Gutachten geplant sei, im Rahmen dessen sie auch psychiatrisch untersucht werde, habe sie sich um Termine in der Ambulanz der H.\_\_\_\_ bemüht, und habe bei der ihre Sprache beherrschenden Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_ ab dem 25. März 2015 (recte: 2014) die psychiatrische Behandlung beginnen können. Die Psychiaterin habe im Rahmen des Erstgespräches eine mittelgradige depressive Episode attestiert. Diese Diagnose sei jedoch durch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. N.\_\_\_\_ am 15. Mai 2014 nicht bestätigt worden. Die behandelnde Psychiaterin habe die Diagnose einer mittelgradigen chronifizierten depressiven Erkrankung in ihrem Bericht vom 4. März 2015 wiederholt, allerdings habe man in ihrer Befundschilderung keine eindeutigen Symptome für eine solche gefunden. Von März 2014 bis zur Fertigstellung des polydisziplinären Gutachtens im Juli 2014 hätten die von der Versicherten wahrgenommenen psychiatrischen Termine in ihrer Frequenz von einmal im Monat der Schilderung der Psychiaterin entsprochen. Danach sei keine verlässliche Regelmässigkeit mehr gegeben gewesen. Die von der Psychiaterin geschilderte gute Compliance und Regelmässigkeit habe ab August 2014 nicht mehr der Realität entsprochen, sodass durch das Verhalten der Versicherten die Notwendigkeit einer Therapie nicht mehr signalisiert worden sei und die von der Psychiaterin gestellte Diagnose in Frage gestellt werden müsse. Im Oktober 2015 seien erstmals im L.\_\_\_\_ seitens der IV Nachfragen in Bezug auf die psychiatrische Behandlungsfrequenz erfolgt. Seitdem habe die Versicherte wieder relativ regelmässig die psychiatrische Ambulanz zu monatlichen Sitzungen aufgesucht (IV-Nr. 76 S. 2 ff.).

## **E. 9**

9.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das Bundesgericht mit Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 seine Praxis zur anhaltenden somatoformen Schmerzstörung und den vergleichbaren unklaren Beschwerdebildern (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.) geändert hat. Diese neue Rechtsprechung ist auch auf alle hängigen Fälle anwendbar. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob

die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

9.2 Der Beschwerdeführerin lässt geltend machen, die gemäss neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderten Indikatoren deuteten darauf hin, dass der Beschwerdeführerin eine Überwindung der syndromalen Erkrankung nicht möglich sei. Das D.\_\_\_\_-Gutachten bilde hierzu keine genügende Beweisgrundlage, weil es aufgrund der Förster-Kriterien erfolgt sei und eine einseitige Abklärung beinhalte. Demnach sei ein neues Gutachten, vorzugsweise ein Gerichtsgutachten, zur Klärung des Sachverhalts einzuholen (Beschwerde vom 1. März 2017, S. 9 Ziff. 25 [A.S. 15], Stellungnahme vom 25. Oktober 2017, S. 4 Ziff. 6 [A.S. 64]).

Dazu ist festzuhalten, dass nach der Rechtsprechung (BGE 141 V 281 E. 8 S. 309) Gutachten, die vor der Publikation der geänderten Anforderungen ergangen sind, ihren Beweiswert nicht verlieren. Massgeblich ist vielmehr, ob sie inhaltlich eine Beurteilung nach der neuen Rechtsprechung zulassen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_170/2018 vom 12. September 2018 E. 4.2.3 und 8C\_390/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1.3). Dies trifft auf das polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 zu: Die Gutachter konnten im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihnen festgehaltenen Diagnosen (anhaltend somatoforme Schmerzstörung [F45.40], chronische Zervikalgien und Lumbalgien ohne radikuläre Zeichen, chronische Schmerzen im Bereich beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies mit diskreten degenerativen Veränderungen, Adipositas [BMI 31.6 kg/m<sup>2</sup>]) sind ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 34 S. 17). Zum Komplex «Gesundheitsschädigung» kann dem Gutachten im Weiteren entnommen werden, aus psychiatrischer Sicht falle aufgrund der Untersuchung allenfalls ein etwas leidend klagsamer Ausdruck auf und eine leichte depressive Verstimmung. Im Vordergrund stehe eine Schmerzsymptomatik, die von der Explorandin geklagt werde. An psychischen Symptomen sei ausschliesslich auf Nachfrage eine gewisse Traurigkeit berichtet worden, wobei die Explorandin deutlich aufhelle, wenn sie über ihren Adoptivsohn spreche. Darüber hinaus gebe sie eine allgemeine Müdigkeit und Konzentrationsstörungen an, die im Wesentlichen bei der Untersuchung nicht festgestellt worden seien. Vom aktuell erhobenen psychischen Befund liessen sich Symptome einer relevanten depressiven Symptomatik nicht ableiten. Eine psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung finde seit Jahren nicht statt; davon werde zwar in der Vergangenheit einmal berichtet, wobei sich die Explorandin an den Zeitraum nicht mehr erinnern könne. Aus psychiatrischer Sicht sei von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Diese sei anlässlich der Begutachtung im Jahr 1998 als Fibromyalgiesyndrom diagnostiziert worden. Aus psychiatrischer Sicht liege keine Komorbidität vor. Sodann wurde aus orthopädischer Sicht angegeben, in den ausführlich getätigten radiologischen Abklärungen der HWS, der LWS,

beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies liessen sich ■ ohne grosse Auffälligkeiten - altersentsprechende degenerative Veränderungen finden.

Zusammengefasst bestehe für die Beschwerden der Explorandin klinisch und radiologisch nur teilweise ein Substrat. Entsprechend seien die Beschwerden im Ausmass, wie von der Explorandin angegeben, nur teilweise nachvollziehbar. Zum neurologischen Bereich wurde ausgeführt, auffällig sei eine ausgeprägte, generalisierte Schmerzempfindlichkeit, zum Teil schon auf sanften Druck mit der Fingerkuppe, teilweise nur durch Druck in der Haut, ohne Schmerzpunktbildung gewesen. Es habe den Anschein gemacht, dass die Schmerzsymptomatik aufmerksamkeitsorientiert gewesen sei. Die Druckdolenz gehe über die sogenannten Tenderpoints hinaus, wie sie bei einer Fibromyalgie in der Regel auftreten würden, zumal insbesondere ein ausgeprägtes, Leiden ausdrückendes Verhalten begleitend auffalle. Gegenwärtig sei kein Hinweis für ein relevantes Karpaltunnelsyndrom feststellbar. Nachdem auch ein Schlafapnoesyndrom im Januar 2005 ausgeschlossen worden sei, habe keine neurologische Pathogenese der beklagten Beschwerden festgestellt werden können. Ein relevantes organisches Korrelat bestehe aus neurologischer Sicht nicht. Aus internistischer Sicht wurde festgehalten, zusammenfassend liessen sich keine Funktionsbeeinträchtigungen oder Beschwerden mit versicherungsmedizinischer Relevanz zur Arbeitsfähigkeit der Explorandin finden. Aus interdisziplinärer Sicht wird von allen beteiligten Fachgebieten übereinstimmend eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einem Pensum von 8.5 Stunden pro Tag sowohl für die Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin in einer Teigwarenfabrik als auch in einer Verweistätigkeit angegeben. Diese Einschätzung gelte auch retrospektiv bei veränderter Bewertung des gleichen medizinischen Sachverhaltes (IV-Nr. 34 S. 14 ff.; E. II. 8.5 hiervor).

Zum Komplex «Persönlichkeit» wurde sodann angegeben, aus psychiatrischer Sicht sei die Explorandin in der Lage, sich an Regeln und Routinen anzupassen, Aufgaben zu strukturieren und zu planen. Ihre Kontaktfähigkeit zu Dritten, ihre Gruppenfähigkeit, ihre Fähigkeit, familiäre Beziehungen aufzunehmen, ihre Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten und die Fähigkeit zur Selbstversorgung seien nicht beeinträchtigt. Man finde allenfalls leichte Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Flexibilität und Umstellung, in der Durchhaltefähigkeit und in der Selbstbehauptungsfähigkeit (IV-Nr. 34 S. 16 und 17). Die Persönlichkeitsstruktur entspreche einer einfach strukturierten, leicht ängstlich unsicheren Primärpersönlichkeit. Die Willens- und Antriebsbildung seien in der Untersuchungssituation nicht relevant beeinträchtigt. Der Antrieb sei leicht reduziert. Der Realitätsorientierungssinn und der Realitätsbezug seien erhalten. Vorstellungen und Ziele der Explorandin seien jedoch unklar. Eine Motivation, die bisherige berufliche Tätigkeit wiederaufzunehmen, bestehe nicht; dies werde mit dem somatischen Beschwerdebild begründet. Bei der Explorandin liege eine eher leicht unterdurchschnittliche intellektuelle Strukturierung vor, es bestünden jedoch keine Hinweise für das Vorliegen einer relevanten Intelligenzminderung oder einer hirnorganischen Störung (IV-Nr. 34 S. 10 f.).

Zum Komplex «Sozialer Kontext» wurde ausgeführt, die Explorandin sei in einem Dorf im Kosovo geboren. Sie habe vier Schwestern und drei Brüder. Sie beschreibe eine gute Kindheit, ein gutes Verhältnis zu den Eltern und zu den Geschwistern. Ihre Geschwister kontaktiere sie regelmässig einmal im Jahr, sie fahre im Sommer immer drei Wochen hin, zuletzt im Jahr 2013. Die Schule habe sie weniger als ein Jahr besuchen können. Ihr Ehemann stamme aus der gleichen Gegend wie sie. Er sei drei oder vier Jahre vor ihr in die Schweiz gekommen. Sie sei ihm im Jahr 1985 gefolgt. Im Jahr 1991 habe sie in einer

Fabrik für Teigwaren zu arbeiten begonnen. Dort habe sie sechs bis sieben Jahre gearbeitet, bis sie krank geworden sei. Danach habe sie dort noch ein Jahr zu 50 % gearbeitet. Ihr Chef habe aber verlangt, dass sie mit einem Pensum von 100 % arbeite. Sie habe ihm darauf gesagt, dass dies nicht gehe. Auch der Arzt habe gesagt, dass sie nur zu 50 % arbeiten könne. Daraufhin sei ihr gekündigt worden. Sie habe dann einige Jahre nicht gearbeitet. In der Folge habe sie eine Putzstelle für zwei Stunden am Abend angenommen. Sie sei immer mit einer Kollegin unterwegs, die ihr die schwere Arbeit abnehme. So müsse sie nur die leichte Arbeit erledigen. In diesem Büro putze sie an fünf Tagen pro Woche, jeweils zwei Stunden am Abend (IV-Nr. 34 S. 7). Der aktuell 59-jährige Ehemann habe 1991 oder 1992 einen Unfall mit Kopfverletzungen erlitten und erhalte seither eine Suva- und IV-Rente. Dem Dossier sei zu entnehmen, dass der Ehemann den IV-Anspruch seiner Ehefrau nachdrücklich unterstütze. Er äussere die feste Überzeugung, dass sie während ihrer Tätigkeit in der Teigwarenfabrik erkrankt sei und nicht mehr arbeiten könne. Das Ehepaar habe einen jetzt 16-jährigen Adoptivsohn, der im Jahr 1997 im Kosovo adoptiert worden sei. Er suche aktuell eine Lehrstelle und wolle eine Ausbildung machen. Die Explorandin habe praktisch ■ ausser ihrem Ehemann und ihrem Sohn ■ kaum soziale Kontakte (nur eine Schwester des Ehemannes lebe in der Schweiz); sie sei Analphabetin (IV-Nr. 34 S. 14).

Zur Kategorie «Konsistenz» kann dem Gutachten entnommen werden, anlässlich der Begutachtung im C.\_\_\_\_ durch Dr. med. P.\_\_\_\_ und Kollegen vom 1. Mai 1998 sei eine andere diagnostische und versicherungsmedizinische Einschätzung vorgenommen worden. Diagnostisch sei aus psychiatrischer Sicht von einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Eine Komorbidität liege nicht vor. Die Kriterien für eine auch nur leichte depressive Episode oder eine Angststörung nach ICD-10 seien nicht erfüllt. Zur Einschätzung von Dr. med. M.\_\_\_\_ sei anzumerken, dass einmal auch sie die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung stelle, darüber hinaus aber auch die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom. Die beschriebenen Auffälligkeiten liessen sich nur teilweise bestätigen. So sei die Explorandin in ihrem Denken auf die Schmerzen und die Leistungsunfähigkeit eingeengt. Eben diese wolle die Explorandin aber auch gerade deutlich machen. Ängstlich und unsicher habe sie ebenso wenig wie hilflos und affektarm gewirkt. So werde sie bei Berichten über den Sohn doch sehr lebhaft, fast fröhlich, was nicht zum beschriebenen Verhalten passe. Es lasse sich aber auch feststellen, dass die von Dr. med. M.\_\_\_\_ vorgenommene Medikationsänderung (auf 90 mg Cymbalta) gar nicht umgesetzt werde und weitere Kontakte offensichtlich nicht erfolgt seien. Auch dies lasse erhebliche Zweifel an der Motivation der Explorandin aufkommen. Somit seien bereits nach der Erstkonsultation die Therapieziele von der Explorandin nicht weiterverfolgt worden (IV-Nr. 34 S. 13). Sodann wurde im Rahmen der interdisziplinären Zusammenfassung angegeben, aus der Aktenlage hätten sich auffallenderweise nur Befunde aus den Jahren 1996 bis 1998 und dann erst wieder im Jahr 2012 mit dazwischenliegender Lücke ergeben. Zum aktuellen Zeitpunkt sei kein Hinweis auf ein relevantes Karpaltunnelsyndrom feststellbar, welches im März 1998 diskutiert worden sei. Der Begriff des Fibromyalgiesyndroms erscheine angesichts der völlig unspezifischen, generalisierten, nicht nur die Tenderpoints umfassenden Druckdolenz unzutreffend. Hier sei von einer anhaltend somatoformen Schmerzstörung auszugehen. Daneben sei auch eine gewisse Krankenrollenentwicklung zu diskutieren. Es sei aktuell bei gleichem medizinischem Sachverhalt von einer versicherungsmedizinisch anderen Beurteilung auszugehen. Diese gelte letzten Endes auch retrospektiv (IV-Nr. 34 S. 17 f.).

9.3 Zusammenfassend lässt sich aus den gutachterlichen Feststellungen zum funktionellen Schweregrad ableiten, dass von einer höchstens mässigen Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde bei teilweise zumindest bewusstseinsnahe demonstrativem Verhalten, geringen Behandlungs- und Eingliederungsbemühungen und keinen gravierenden Komorbiditäten auszugehen ist. Unter dem Aspekt der Persönlichkeit wurden weder in besonderer Weise erschwerende Faktoren noch spezielle Ressourcen festgestellt. Der soziale Kontext weist mit der intakten Ehe und dem Sohn, der der Beschwerdeführerin Freude bereitet, positive Aspekte auf, während die sozialen Kontakte ausserhalb der Familie eingeschränkt sind. Unter dem Gesichtspunkt der Konsistenz fällt insbesondere auf, dass eine gezielte Behandlung primär im Zusammenhang mit der Rentenzusprechung und ■überprüfung in Anspruch genommen wurde. Eine gesamthafte Betrachtung der Indikatoren bestätigt die gutachterliche Schlussfolgerung, es bestehe keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Die Beweiskraft des Gutachtens ist auch unter Berücksichtigung der nunmehr geltenden Grundsätze ohne Einschränkung zu bejahen.

9.4 Nach dem Gesagten lässt sich bei der Beschwerdeführerin keine relevante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ■ weder in der angestammten Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin noch in einer angepassten Verweistätigkeit ■ mehr begründen. Die aus psychiatrischer und orthopädischer Sicht bestehenden leichten Einschränkungen (Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit; Heben und Tragen von Lasten über 25 kg, ständige monotone Haltung des Kopfes) beeinflussen die grundsätzlich bestehende volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht. Aufgrund der vorerwähnten detaillierten gutachterlichen Angaben lässt das D.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 inhaltlich eine Beurteilung nach der neuen Rechtsprechung zu. Im Weiteren ist das polydisziplinäre Gutachten für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen und berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden. Sodann wurde es in Kenntnis der Vorakten abgegeben und es leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Die Schlussfolgerungen der Experten sind begründet und das Gutachten wurde von sämtlichen Gutachtern unterzeichnet. Ausserdem setzt es sich mit den bis zur Begutachtung erstellten Arztberichten auseinander (vgl. IV-Nr. 34 S. 4 ff., 11 ff. und 17 f.).

Die nach Erstellung des Gutachtens der Beschwerdegegnerin eingereichten Arztberichte des Hausarztes Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 3. November 2014 (IV-Nr. 43 S. 2 f.; E. II. 8.7 hiervor) und 9. Februar 2015 (IV-Nr. 51 S. 1 ff.; E. II. 8.8 hiervor), Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 4. März 2015 (IV-Nr. 52; E. II. 8.9 hiervor) sowie Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 27. März 2016 (IV-Nr. 72; E. II. 8.11 hiervor) vermögen den Beweiswert des D.\_\_\_\_-Gutachtens nicht zu schmälern. Dementsprechend äusserte sich auch die RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 21. August 2014 dahingehend, das D.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 sei schlüssig und nachvollziehbar (IV-Nr. 37 S. 2; E. II. 8.6 hiervor). Mit den Arztberichten von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 3. November 2014 und 9. Februar 2015 sowie den H.\_\_\_\_ vom 4. März 2015 seien keine neuen medizinischen Aspekte eingebracht worden, welche abzuklären seien (vgl. Stellungnahme vom 21. Mai 2015, IV-Nr. 56 S. 2; E. II. 8.10 hiervor). Schliesslich stellte auch der Neurologe Dr. med. O.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 27. März 2016 in allen durchgeführten Untersuchungen regelrechte Befunde fest. Es bestehe kein Anhalt für eine Erkrankung auf neurologischem Fachgebiet hinsichtlich der von der Patientin geklagten Beschwerden (IV-Nr. 72; E. II. 8.11 hiervor).

Im Weiteren kann ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (vgl. Stellungnahme vom 25. Oktober 2017, S. 5; A.S. 65) ■ nicht gesagt werden, das D.\_\_\_\_-Gutachten sei in Anbetracht der Bildgebungen mittels MRI aus dem Jahr 2015 und den ausgewiesenen degenerativen Veränderungen, welche anlässlich der Begutachtung im Jahr 2014 nicht berücksichtigt worden seien, bereits veraltet. Das MRT der LWS und des ISG vom 23. September 2015 ergab nur leichte degenerative Veränderungen bei mässiger rechtskonvexer lumbaler Skoliose mit Scheitelpunkt auf Höhe LWK 4/5, leichte Bandscheibenprotrusionen in den Segmenten LWK 4/5 und LWK 5/SWK 1 ohne Hinweise auf eine Nervenwurzelkompression sowie leichte bis mässige Facettengelenksarthrosen in den Segmenten LWK 3/4 bis LWK 5/SWK 1. Eine Spinalkanalstenose wurde nicht festgestellt (IV-Nr. 62 S. 3 f.). Sodann lautete die Beurteilung betreffend MRT der HWS vom 25. September 2015 dahingehend, es bestehe eine aktivierte Osteochondrose HWK 6/7. Im Übrigen bestehe ein weitgehend unauffälliger, altersentsprechender Befund. Es sei keine manifeste Nervenwurzelkompression im untersuchten Bereich vorhanden, jedoch sei eine Reizung der linken foraminale C6- und C7-Wurzel bei funktioneller Belastung möglich (IV-Nr. 62 S. 1 f.). Bereits die im Rahmen der orthopädischen Begutachtung veranlasste Röntgendiagnostik der HWS und LWS vom 8. Mai 2014 ergab derartige Befunde (vgl. IV-Nr. 34 S. 23), wobei die Expertin ausführte, radiologisch finde man in den ausführlich getätigten radiologischen Abklärungen der HWS und LWS (sowie auch beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies) altersentsprechende degenerative Veränderungen ohne grosse Auffälligkeiten. Es bestehe eine gute Wirbelsäulenbeweglichkeit (IV-Nr. 34 S. 25). Angesichts der nun im Jahr 2015 vorgenommenen radiologischen Abklärungen besteht kein Hinweis, dass das D.\_\_\_\_-Gutachten bezüglich der radiologischen Abklärungen veraltet sein könnte. Ebenso wenig beinhaltet es sonst eine einseitige Abklärung, wurde die Beschwerdeführerin doch eingehend und interdisziplinär (in vier Disziplinen) untersucht und begutachtet. Das Gutachten wurde von der RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_ denn auch als schlüssig und nachvollziehbar qualifiziert (vgl. Stellungnahme vom 21. August 2014; IV-Nr. 37 S. 2). Dass die RAD-Ärztin über eine Fachausbildung in Allgemeiner Medizin verfügt, schmälert den Beweiswert ihrer Aussage nicht, ist sie doch auch als Allgemeinärztin grundsätzlich in der Lage, die im Rahmen der Begutachtung gewonnenen fachärztlichen Erkenntnisse sachgerecht zu würdigen. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen, liegen nicht vor (vgl. E. II. 5.2). Dem Gutachten kommt somit voller Beweiswert zu. Es besteht kein Anlass, weitere medizinischen Abklärungen, insbesondere ein Gerichtsgutachten, zu veranlassen.

10. Umstritten ist zunächst, ob eine Wiedererwägung der ursprünglichen Rentenverfügung (IV-Nr. 1.8) respektive der Mitteilung vom 15. Juli 2004 (IV-Nr. 12) vorzunehmen ist und, falls ja, welche Rechtsfolgen sich daraus ergeben.

10.1 Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf eine formell rechtskräftige Verfügung zurückkommen, wenn diese zweifellos unrichtig und ■ was auf periodische Dauerleistungen regelmässig zutrifft (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c S. 480) ■ ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Die Wiedererwägung dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung. Darunter fällt insbesondere eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsregeln bzw. ohne oder in unrichtiger Anwendung der massgeblichen Bestimmungen. Ob eine solche vorliegt, beurteilt sich nach der Sach- und Rechtslage, wie sie bei Erlass der Verfügung bestand, einschliesslich der

damaligen Rechtspraxis (BGE 144 I 103 E. 2.2 S. 105 f.). Unter den Voraussetzungen einer Wiedererwägung kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Revisionsvoraussetzungen des Art. 17 ATSG nicht erfüllt sind. Das wiedererwägungsweise Zurückkommen auf formell rechtskräftige Verfügungen liegt im Ermessen des Versicherungsträgers. Es besteht kein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Wiedererwägung (BGE 133 V 50 E. 4.1 S. 52).

10.2 Die mit Verfügung vom 18. Dezember 1998 erfolgte ursprüngliche Zusprechung der halben Invalidenrente ab 1. Oktober 1997 ist einer Wiedererwägung nicht zugänglich, da die zugesprochene Rente mit rechtskräftigem Urteil des Versicherungsgerichts vom 13. Juli 1999 bestätigt, d.h. eine gegen die erwähnte Verfügung gerichtete Beschwerde abgewiesen wurde (IV-Nr. 7). Eine gerichtlich bestätigte Verfügung kann nicht durch eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG abgeändert werden. Ausserdem war die Zusprache einer halben Invalidenrente vom 1. Oktober 1997 bis 31. Dezember 2003 nicht zweifellos unrichtig, sondern korrekt, begründete doch der vom Versicherungsgericht festgestellte Invaliditätsgrad von 62.3 % damals einen Anspruch auf eine halbe Invalidenrente (Art. 28 Abs. 1 aIVG in der bis 31. Dezember 2003 gültig gewesenen Fassung).

10.3 Die Beschwerdegegnerin stellte der Beschwerdeführerin zunächst mit Vorbescheid vom 15. Oktober 2014 (IV-Nr. 42 S. 2 ff.) in Aussicht, sie werde die laufende halbe Rente gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 18. März 2011 (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) aufheben. In der Folge gelangte man offenbar zur Ansicht, diese Bestimmung sei nicht (mehr) anwendbar, weil die Beschwerdeführerin inzwischen seit 18 Jahren eine Rente beziehe (vgl. RAD-Anfrage vom 5. April 2016, IV-Nr. 73, und Protokolleintrag vom gleichen Datum). Deshalb erfolgte eine neue Anfrage an den RAD, ob eine Verbesserung ausgewiesen sei, was am 30. Juni 2016 bejaht wurde (IV-Nr. 76). Dementsprechend erliess die Beschwerdegegnerin am 9. November 2016 einen neuen Vorbescheid. Darin wurde festgehalten, spätestens seit dem D. \_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 bestehe keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Die Gesundheit der Beschwerdeführerin habe sich deutlich verbessert. Sie könne sowohl der bisherigen Tätigkeit als Reinigungsfrau als auch jeder anderen angepassten Verweistätigkeit im Rahmen eines Pensums von 100 % wieder nachgehen und ein entsprechendes Einkommen erzielen (IV-Nr. 83 S. 2 ff.). Die Beschwerdeführerin liess dagegen Einwand erheben. Im Einwandschreiben wurde u.a. vorgebracht, dass die halbe Rente der Beschwerdeführerin per 1. Januar 2004 (4. IV-Revision) auf eine Dreiviertelsrente hätte erhöht werden müssen, und eine entsprechende Nachzahlung verlangt (IV-Nr. 91). In der vorliegend angefochtenen Verfügung stellt sich die Beschwerdegegnerin nunmehr auf den Standpunkt, die Rente hätte tatsächlich per 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente erhöht werden müssen; die anders lautende Mitteilung vom 15. Juli 2004 (IV-Nr. 12) sei zweifellos unrichtig und in Wiedererwägung zu ziehen. Anspruch auf eine Nachzahlung bestehe jedoch nicht, weil ab 1. März 2004 (Aufnahme einer Erwerbstätigkeit) nur noch ein Invaliditätsgrad von 54 % vorgelegen habe, so dass die Dreiviertelsrente per 1. Juni 2004 wieder auf eine halbe Rente zu reduzieren gewesen wäre. Ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hätte also nur für die Zeit vom 1. Januar 2004 bis 31. Mai 2004 bestanden; die entsprechende Nachforderung sei jedoch verjährt. Die Mitteilung vom 15. Juli 2004 sei zweifellos unrichtig, weil weder die Erhöhung auf eine Dreiviertelsrente per 1. Januar 2004 noch deren Herabsetzung auf eine halbe Rente per 1.

Juni 2004 berücksichtigt worden seien. Diese zweifellose Unrichtigkeit führe zu einer Wiedererwägung. Diese wiederum habe zur Folge, dass der laufende Rentenanspruch ohne Bindung an einen Revisionsgrund frei geprüft werden könne. Die aktuelle Invaliditätsbemessung ergebe einen Invaliditätsgrad von 9 %. Die Rente sei daher aufzuheben.

10.4 Bis Ende 2003 bestand Anspruch auf eine ganze Rente bei einem Invaliditätsgrad von 66 2/3 %, auf eine halbe Rente bei einem solchen ab 50 % und auf eine Viertelsrente bei einem solchen ab 40 %. Seit 1. Januar 2004 begründet ein Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ein solcher ab 50 % auf eine halbe Rente, ein solcher ab 60 % berechtigt zu einer Dreiviertelsrente und ab 70 % besteht Anspruch auf eine ganze Rente. Die neue Fassung galt ab ihrem Inkrafttreten auch für nach früherem Recht zugesprochene Invalidenrenten (Schlussbestimmungen der Änderung des IVG vom 21. März 2003 [4. IV-Revision], Abs. 1 Satz 1). Da der Invaliditätsgrad mit dem Urteil des Versicherungsgerichts vom 13. Juli 1999 (IV-Nr. 7) auf 62 % festgelegt worden war, wäre die laufende halbe Rente, wie die Parteien übereinstimmend festhalten, per 1. Januar 2004 auf eine Dreiviertelsrente zu erhöhen gewesen. Mit der Mitteilung vom 15. Juli 2004 hielt die Beschwerdegegnerin stattdessen fest, die Beschwerdeführerin habe «weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente (Invaliditätsgrad: 59 %)» (IV-Nr. 12). Dabei wurde offensichtlich übersehen, dass das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 13. Juli 1999 zwar die Verfügung vom 18. Dezember 1998 im Ergebnis bestätigt, den Invaliditätsgrad aber von 59 % auf 62 % korrigiert hatte.

10.5 Bei der Mitteilung vom 15. Juli 2004, welche eine von Amtes wegen eingeleitete Revision abschloss, ohne dass eine rentenbeeinflussende Veränderung festgestellt worden wäre, handelt es sich um eine Verfügung im Sinne von Art. 5 des Bundesgesetzes über das Verwaltungsverfahren (VwVG, SR 172.021). Sie erging im formlosen Verfahren nach Art. 51 ATSG. Dies war zulässig, denn die Form der Mitteilung ist positivrechtlich vorgesehen (vgl. Art. 74terlit. f in Verbindung mit Art. 74quaterAbs. 1 IVV). Die Mitteilung erlangte daher Rechtsbeständigkeit, wie wenn sie als formelle Verfügung erlassen worden wäre. Im Übrigen wäre die Rechtsbeständigkeit auch dann, wenn man davon ausginge, dass eine formelle Verfügung hätte erlassen werden müssen, ein Jahr nach dem Erlass der Mitteilung eingetreten (vgl. BGE 134 V 145). Der Eintritt der Rechtsbeständigkeit hat zur Folge, dass die gestützt darauf vorgenommenen oder unterbliebenen Zahlungen rechtmässig erfolgt sind, solange die Verfügung respektive Mitteilung gilt. Ein Zurückkommen auf die Mitteilung ist nur möglich, wenn ein Rückkommenstitel vorliegt. Eine prozessuale Revision gemäss Art. 53 Abs. 1 ATSG scheidet aus, weil keine neuen Tatsachen oder Beweismittel benannt werden. Infrage kommt jedoch eine Wiedererwägung gemäss Art. 53 Abs. 2 ATSG. Diese setzt voraus, dass die damalige Anspruchsbeurteilung zweifellos unrichtig war.

10.6 Unter dem Titel der Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann weder eine Rentennachzahlung erfolgen noch ist es zulässig, die Rente unter diesem Titel anzupassen und aufzuheben:

10.6.1 Was den von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Nachzahlungsanspruch anbelangt, ist zu berücksichtigen, dass es im Ermessen der IV-Stelle liegt, ob und inwieweit eine Verfügung wegen zweifelloser Unrichtigkeit in Wiedererwägung gezogen wird (BGE 133 V 50 E. 4.1 S. 52). Wie sich den Darlegungen der IV-Stelle entnehmen lässt, geht sie nicht davon aus, die Zusprechung der laufenden halben Rente durch die Mitteilung vom 15.

Juli 2004 sei vollumfänglich falsch gewesen. Vielmehr stellt sie sich auf den Standpunkt, dass ein Anspruch auf eine Dreiviertelsrente lediglich vom 1. Januar 2004 bis 31. Mai 2004 bestanden hätte, wogegen ab 1. Juni 2004 wieder eine halbe Rente geschuldet gewesen sei. Die IV-Stelle hat es demnach abgelehnt, die Mitteilung vom 15. Juli 2004 in Bezug auf den Anspruch ab 1. Juni 2004 in Wiedererwägung zu ziehen. Dies lässt sich weder zugunsten der Beschwerdeführerin auf gerichtlichem Weg korrigieren noch besteht seitens der Beschwerdegegnerin die Möglichkeit, die Wiedererwägung nachträglich ■ trotz unverändertem Anspruch ■ auf den laufenden Anspruch auszudehnen und mit dieser Begründung rund 13 Jahre später die Rente aufzuheben, ohne dass die für eine Rentenrevision gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG vorausgesetzte erhebliche Veränderung ausgewiesen wäre.

10.6.2 Selbst wenn man davon ausginge, die Wiedererwägung betreffe den gesamten Anspruch seit 1. Januar 2004, wäre ein Nachzahlungsanspruch der Beschwerdeführerin zu verneinen. Diesbezüglich ist zu beachten, dass die Erhöhung einer IV-Rente, falls festgestellt wird, dass der Beschluss der IV-Stelle zum Nachteil der versicherten Person in einem IV-spezifischen Aspekt (hier: Höhe des Invaliditätsgrades von 59 % statt 62 %) zweifellos unrichtig war, frühestens von dem Monat an erfolgt, in dem der Mangel entdeckt wurde (Art. 88bis Abs. 1 lit. c IVV; E. II. 3.4 hiervor; vgl. BGE 129 V 433). Dies war hier im Januar 2017 der Fall (vgl. E. I. 1.4 und 1.5 hiervor). Zu diesem Zeitpunkt lag aber das Gutachten der D. \_\_\_ vom 21. Juli 2014 bereits vor, so dass es nicht mehr als zweifellos unrichtig gelten konnte, der Beschwerdeführerin nicht mehr als eine halbe Rente auszubezahlen.

10.6.3 Auch die Sichtweise der Beschwerdegegnerin vermag selbst dann nicht zu überzeugen, wenn angenommen wird, sie habe die Mitteilung vom 15. Juli 2004 insgesamt in Wiedererwägung gezogen, denn es fehlt an einer zweifellosen Unrichtigkeit: Die Wiedererwägung wegen einer fehlerhaften Invaliditätsbemessung setzt voraus, dass die Leistungszusprache auch im Ergebnis ■ nach damaliger Sach- und Rechtslage - zweifellos unrichtig war (Urteil des Bundesgerichts 8C\_381/2017 vom 7. August 2017 E. 4.1.2; BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79). Dies trifft nach der eigenen Darstellung der Beschwerdegegnerin in Bezug auf den laufenden Anspruch ab 1. Juni 2004 gerade nicht zu, vertritt sie doch selbst den Standpunkt, ab diesem Datum habe (wieder) Anspruch auf die halbe Rente bestanden, welche mit der Mitteilung vom 15. Juli 2004 auch tatsächlich zugesprochen und in der Folge ausgerichtet wurde. Auch wenn die in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Invaliditätsbemessung für die Zeit ab 1. März 2004 respektive 1. Juni 2004, welche zu einem Invaliditätsgrad von 54 % führte, methodisch nicht vollständig zu überzeugen vermag (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_637/2011 vom 5. Dezember 2011 E. 4 und 8C\_7/2014 vom 10. Juli 2014 E. 7.2), steht ausser Frage, dass sich nach der am 1. März 2004 aufgenommenen Erwerbstätigkeit (vgl. IV-Nr. 10 S. 2; Beschwerdeschrift, S. 9; A.S. 15) ein Invaliditätsgrad von 59 % auf zumindest vertretbare und damit nicht zweifellos unrichtige Weise hätte herleiten lassen. Die Mitteilung vom 15. Juli 2004 war daher, was den laufenden Anspruch anbelangt, im Ergebnis nicht zweifellos unrichtig. Die nunmehr mit der angefochtenen Verfügung vorgenommene Rentenaufhebung lässt sich auch deshalb nicht auf eine Wiedererwägung der Mitteilung vom 15. Juli 2004 stützen.

## **E. 11**

11.1 In der angefochtenen Verfügung wird die Rentenaufhebung neben der soeben geprüften Wiedererwägung auch erneut damit begründet, dass sich der Invaliditätsgrad

erheblich verbessert habe. Im Folgenden ist deshalb zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit vorliegend angefochtener Verfügung die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente zu Recht infolge einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin auf Ende Februar 2017 einstellte. Zeitlichen Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweismwürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs beruht (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 18. Dezember 1998 eine halbe Invalidenrente ab 1. Oktober 1997 zu (IV-Nr. 1.8). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 13. Juli 1999 ab (IV-Nr. 7). Das im Juni 2004 von Amtes wegen aufgenommene Revisionsverfahren basierte nicht auf einer umfassenden Abklärung und ergab keine Änderung des IV-Grads (Mitteilung vom 15. Juli 2004; IV-Nr. 12). Demnach ist der aktuelle Sachverhalt mit demjenigen zu vergleichen, wie er der rechtskräftigen Verfügung vom 18. Dezember 1998 zu Grunde lag.

11.2 Im polydisziplinären Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 1. Mai 1998 wurden ein Fibromyalgie-Syndrom bei typischen Schmerzpunkten im Schultergürtel-/Beckenbereich und Parasternal-Bereich, ein Bronchialinfekt mit grampositiven Erregern sowie ein depressives Zustandsbild unter chronischen Schmerzen diagnostiziert, wobei angegeben wurde, die Patientin leide offenbar schon seit Jahren an zunehmenden Schmerzen, welche durch ihr Fibromyalgie-Syndrom verursacht würden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % (vgl. E. II. 7.1 hiervor). Demgegenüber konnte im interdisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit mehr gestellt werden. Die diagnostizierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.40) hat nach den ärztlichen Angaben ■ ebenso wie die ebenfalls diagnostizierten chronischen Zervikalgien und Lumbalgien, die chronischen Schmerzen im Bereich beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies sowie die Adipositas - keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die Fachärzte hielten fest, bei fehlendem objektivierbarem Korrelat sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit theoretisch-medizinisch nicht eingeschränkt. Auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bei einem Zeitpensum von 8.5 Stunden. Es wurden lediglich folgende Einschränkungen angegeben: Aus psychiatrischer Sicht seien allenfalls leichte Beeinträchtigungen in der Fähigkeit zur Flexibilität und Umstellung, der Durchhaltefähigkeit sowie der Selbstbehauptungsfähigkeit gegeben und aus orthopädischer Sicht seien das Heben und Tragen von Lasten über 25 kg sowie Arbeiten mit ständiger monotoner Haltung des Kopfes nicht zumutbar (vgl. E. II. 8.5 hiervor).

Nachdem sich die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 21. August 2014 noch dahingehend geäußert hatte, gemäss dem schlüssigen und nachvollziehbaren D.\_\_\_\_-Gutachten habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Rentenzusprache nicht verbessert (vgl. IV-Nr. 37 S. 2), sprach sie sich in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2016 nun dafür aus, aufgrund des Gutachtens lasse sich eine Verbesserung der medizinischen Situation seit der Rentenzusprache belegen: Das 1998 diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom habe im Rahmen der Begutachtung vom 21. Juli 2014 nicht mehr nachgewiesen werden können (völlig unspezifische generalisierte, nicht nur die Tenderpoints umfassende Druckdolenz). Im Weiteren habe der neurologische

D.\_\_\_\_-Gutachter das sich 1998 in leichter Ausprägung zeigende Karpaltunnelsyndrom nicht mehr feststellen können. Ferner habe Dr. med. O.\_\_\_\_ in seinen umfassenden elektrophysiologischen Untersuchungen vom 17. März 2016 regelrechte Befunde erheben können. Auch die von Dr. med. P.\_\_\_\_ im Jahr 1998 gestellte Diagnose eines depressiven Zustandsbildes habe sich bei der Untersuchung durch die psychiatrische D.\_\_\_\_-Gutachterin nicht mehr gezeigt (IV-Nr. 76 S. 2). Diese Einschätzung der RAD-Ärztin wurde in der vorliegend angefochtenen Verfügung übernommen (vgl. IV-Nr. 94 S. 2).

Dazu ist festzuhalten, dass sich die D.\_\_\_\_-Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung zur retrospektiven Entwicklung der Arbeitsfähigkeit dahingehend äusserten, eine wesentliche Änderung der geschilderten Beschwerdesymptomatik, der aktuellen Situation und der aktuell erhobenen Befunde auf internistischem, neurologischem, orthopädischem und psychiatrischem Fachgebiet lasse sich seit dem Jahr 1998 nicht feststellen. Es sei ■ bei gleichem medizinischem Sachverhalt ■ von einer versicherungsmedizinisch anderen Beurteilung auszugehen, welche auch retrospektiv gelte. Die ausdrücklich gestellte Frage, ob sich der Gesundheitszustand der Explorandin seit der Rentenzusprache verändert habe, wurden von den Experten klar verneint. Subjektiv werde zwar eine Verschlechterung angegeben, objektiv liessen sich jedoch keine relevanten Befunde erheben, welche eine Progredienz der Symptomatik oder neu aufgetretene Erkrankungen bestätigten. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe aktuell nicht und lasse sich auch retrospektiv nicht feststellen. Die bisherige Tätigkeit sei auch retrospektiv aus der Betrachtung der aktuell gültigen versicherungsmedizinischen Bewertungspraxis ganztägig ohne Leistungsminderung zumutbar. Dies gelte auch für andere, leidensangepasste Tätigkeiten unter Rücksichtnahme auf das formulierte Fähigkeitsprofil (IV-Nr. 34 S. 17 f.).

Aufgrund dieser fachärztlichen Angaben ist davon auszugehen, dass eine bloss unterschiedliche Beurteilung des Gesundheitszustands sowie der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin vorliegt. Neue Leiden oder eine relevante Verstärkung der bisherigen Beschwerden, welche nach der ursprünglichen Rentenverfügung hinzugetreten wären und den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Vergleichszeitraum in rentenrelevantem Ausmass tatsächlich verschlechtert hätten, sind nicht ersichtlich. Daran ändern auch die im D.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Juli 2014 diagnostizierten chronischen Zervikalgien und Lumbalgien ohne radikuläre Zeichen, die chronischen Schmerzen im Bereich beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies mit diskreten degenerativen Veränderungen sowie die bestehende Adipositas (BMI 31.6 kg/m<sup>2</sup>) nichts, da es sich hierbei um Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit handelt. Die Beschwerdeführerin gab bei der D.\_\_\_\_-Begutachtung denn auch selber an, die Schmerzsymptomatik bestehe seit Auftreten Mitte der 1990er Jahre praktisch unverändert fort (IV-Nr. 34 S. 11). Ebenso wenig kann ■ entgegen der Auffassung der RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 30. Juni 2016 ■ eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands festgestellt werden, da das aktuell nicht mehr diagnostizierte Fibromyalgie-Syndrom nach den fachärztlichen Angaben nicht auf eine Verbesserung des Gesundheitszustands zurückzuführen, sondern vielmehr von einer versicherungsmedizinisch anderen Beurteilung auszugehen ist (vgl. IV-Nr. 34 S. 18). Auch das vom neurologischen D.\_\_\_\_-Gutachter nicht mehr festgestellte Karpaltunnelsyndrom sowie die vom Neurologen Dr. med. O.\_\_\_\_ aufgrund seiner elektrophysiologischen Untersuchungen attestierten regelrechten Befunde (vgl. E. II. 8.11 hiervor) können nicht als

eine relevante gesundheitliche Verbesserung aus neurologischer Sicht interpretiert werden, hielt der neurologische Gutachter doch fest, der neurologische Untersuchungsbefund vom März 1998 habe nur minimale Veränderungen im Sinne eines beginnenden Karpaltunnelsyndroms und eine tendenziell generalisierte Muskeltonuserhöhung bei sonst unauffälligem Befund gezeigt (vgl. IV-Nr. 34 S. 16). Der Umstand, dass im Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 1. Mai 1998 ein «depressives Zustandsbild unter chronischen Schmerzen» diagnostiziert wurde (IV-Nr. 1.6 S. 6), während im D.\_\_\_\_-Gutachten noch von einer leichten depressiven Verstimmung die Rede war (IV-Nr. 34 S. 15), vermag ebenso keine relevante gesundheitliche Veränderung bzw. Verbesserung aus psychischer Sicht als überwiegend wahrscheinlich erscheinen zu lassen. Die im Wesentlichen unveränderte Beschwerdesymptomatik stellt keine revisionsbegründende Tatsachenänderung im Sinne von Art. 17 ATSG dar (vgl. E. II. 3.1 hiervor). Daran ändern auch die anderslautenden Berichte des aktuellen Hausarztes Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 3. November 2014 und 9. Februar 2015 (vgl. E. II. 8.7. und 8.8) sowie der behandelnden Psychiaterin Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 4. März 2015 (E. II. 8.9 hiervor) nichts, zumal auch der (damalige) Hausarzt Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 3. Dezember 2012 u.a. festhielt, das Beschwerdebild der Beschwerdeführerin bleibe seit Jahren identisch; es zeigten sich keine neuen Aspekte. Nach erneutem Durchlesen des Gutachtens des Inseleospitals aus dem Jahr 1998 könnten die Aussagen heute noch voll und ganz übernommen werden und die Beschwerden/Befunde etc. fielen identisch aus (IV-Nr. 15 S. 5 f.; vgl. E. II. 8.1 hiervor). Aspekte, die im Rahmen der D.\_\_\_\_-Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben wären, sind nicht ersichtlich (vgl. E. II. 5.3 hiervor). Nach dem Gesagten hat die Beschwerdegegnerin die Rente zu Unrecht aufgrund einer relevanten gesundheitlichen Verbesserung aufgehoben.

## **E. 12**

12.1 Nachdem sich eine Rentenaufhebung oder -reduktion weder mit einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG noch mit einer materiellen Revision gemäss Art. 17 ATSG begründen lässt, stellt sich die Frage, ob die angefochtene Verfügung (wie es mit Verfügung des Versicherungsgerichts vom 2. August 2017 angesprochen wurde [A.S. 48 f.]) mit substituierter Begründung gestützt auf lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG (6. IV-Revision, erstes Massnahmenpaket) zu bestätigen ist.

12.2 Gemäss lit. a Abs. 1 der erwähnten Schlussbestimmungen werden Renten, die bei pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage gesprochen wurden, innerhalb von drei Jahren nach Inkrafttreten dieser Änderung überprüft. Sind die Voraussetzungen nach Art. 7 ATSG nicht erfüllt, so wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, auch wenn die Voraussetzungen von Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind. Die Bestimmung findet 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 (lit. a Abs. 4 der Schlussbestimmungen). Die Schlussbestimmungen sind am 1. Januar 2012 in Kraft getreten (AS 2011, S. 5672).

Die der Rentenzusprechung zugrundeliegende Diagnose (Fibromyalgie-Syndrom bei typischen Schmerzpunkten im Schultergürtel-/Beckenbereich und Parasternal-Bereich), wie sie im Gutachten des C.\_\_\_\_ vom 1. Mai 1998 gestellt wurde (vgl. IV-Nr. 1.6 S. 6), gehört zu den einschlägigen Beschwerdebildern. Das Revisionsverfahren wurde im September 2012 eingeleitet (IV-Nr. 14). Die im Juni 1964 geborene Beschwerdeführerin war beim

Inkrafttreten der erwähnten Schlussbestimmungen am 1. Januar 2012 noch nicht 48 Jahre alt. Im Zeitpunkt der Einleitung des Revisionsverfahrens (September 2012) bezog sie die seit 1. Oktober 1997 ausgerichtete Invalidenrente noch nicht seit mehr als 15 Jahren. Im Weiteren steht der Umstand, dass die substituierte Begründung gestützt auf die erwähnten Schlussbestimmungen zwar bereits im September 2014 zur Diskussion gestellt wurde (vgl. IV-Nr. 38 ff.), eine allfällige Einstellung der Invalidenrente jedoch erst nach Ablauf der darin erwähnten Dreijahresfrist (1. Januar 2012 bis 1. Januar 2015) erfolgen könnte, der Anwendung der Schlussbestimmungen 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).

12.3 Eine Überprüfung und gegebenenfalls Anpassung des Rentenanspruchs nach Massgabe von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmung 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 Rentenaufhebung 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 nicht 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).

12.4 Die genannten Voraussetzungen sind vorliegend erfüllt. Die damalige Rentenzusprache vom 18. Dezember 1998 erfolgte gestützt auf die Diagnose eines «Fibromyalgie-Syndroms bei typischen Schmerzpunkten im Schultergürtel-/Beckenbereich und Parasternal-Bereich» und eines «depressiven Zustandsbilds unter chronischen Schmerzen». Dabei trug das depressive Zustandsbild nicht selbständig zur Begründung des Rentenanspruchs bei. Hauptdiagnose war das Fibromyalgie-Syndrom. Dementsprechend

wurde ausgeführt, die Patientin leide schon seit Jahren an zunehmenden Schmerzen, welche durch ihr Fibromyalgie-Syndrom verursacht würden. Dies und die trotz verschiedenen Interventionen persistierende Kinderlosigkeit hätten langfristig zu einer deutlichen depressiven Entwicklung geführt (IV-Nr. 1.6 S. 6). Nach den fachärztlichen Erkenntnissen lag keine eigenständige depressive Symptomatik vor. Das diagnostizierte depressive Zustandsbild wurde lediglich als Komponente der Schmerzstörung gesehen. Auch aktuell liegt mit der Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (F45.40) ein unklares Beschwerdebild vor, welches ■ wie die ebenfalls diagnostizierten chronischen Zervikalgien und Lumbalgien ohne radikuläre Zeichen, chronischen Schmerzen im Bereich beider Schultern, des rechten Ellenbogens und des rechten Knies mit diskreten degenerativen Veränderungen sowie die Adipositas ■ jedoch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit hat (IV-Nr. 34 S.17). Gemäss dargelegter bundesgerichtlicher Rechtsprechung finden die Schlussbestimmungen auch in dieser Konstellation Anwendung (vgl. das zitierte Urteil des Bundesgerichts 9C\_381/2016 vom 13. Januar 2017 E. 3.1.2). Aus psychiatrischer Sicht lässt sich, entgegen der ursprünglichen Rentenverfügung vom 18. Dezember 1998, keine Arbeitsunfähigkeit mehr begründen. Die Beschwerdeführerin ist nach den fachärztlichen Angaben sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeits- und leistungsfähig und vermag somit ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die der Beschwerdeführerin ursprünglich gewährte Invalidenrente ist daher mit substituierter Begründung aufzuheben.

Der Vollständigkeit halber bleibt anzumerken, dass die Annahme, bei Rentenzusprechung habe ein eigenständiges depressives Leiden mit erheblichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorgelegen, zur Bejahung eines Revisionsgrundes nach Art. 17 Abs. 1 ATSG führen würde, dies entsprechend der Beurteilung durch die RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ vom 30. Juni 2016 (IV-Nr. 76). Die Folge wäre eine frühere Aufhebung des Rentenanspruchs (vgl. E. II. 13.3).

## **E. 13**

13.1 Wird die Rente herabgesetzt oder aufgehoben, so hat die Bezügerin oder der Bezüger gemäss lit. a Abs. 2 der Schlussbestimmung der Änderung vom 18. März 2011 des IVG Anspruch auf Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG. Werden solche Massnahmen durchgeführt, so wird die Rente bis zum Abschluss der Massnahmen weiter ausgerichtet, längstens aber während zwei Jahren ab dem Zeitpunkt der Aufhebung oder Herabsetzung (lit. a Abs. 3 der Schlussbestimmung der Änderung vom 18. März 2011 des IVG). Mit Blick auf die grosse Härte, welche sich aufgrund der voraussetzungslosen Neuprüfung der Anspruchsberechtigung ergeben kann, ist es mit Sinn und Zweck der in lit. a Abs. 2 und 3 SchlB IVG vorgesehenen Anpassungsfrist nicht vereinbar, die Invalidenrente bereits vor deren Beginn einzustellen, um sie knapp zwei Jahre später für die Dauer der Massnahmen zur Wiedereingliederung wieder zu gewähren. Mit anderen Worten haben die rentenbegleiteten Massnahmen zur Wiedereingliederung nach Art. 8a IVG grundsätzlich nahtlos an die Rentenaufhebung gemäss lit. a Abs. 1 SchlB IVG anzuknüpfen. Die betroffene Person ist so zu stellen, wie wenn die Rentenaufhebung unter Anbieten von Eingliederungsmassnahmen übergangslos vollzogen worden wäre. Die bisherige Invalidenrente ist damit nicht nur ab dem Zeitpunkt von laufenden Eingliederungsmassnahmen, sondern auch für die Zeit zwischen der Rentenaufhebung und der Eröffnung eines entsprechenden Entscheides weiter auszurichten (BGE 141 V 385

E. 5.4 S. 395 f.).

13.2 Gestützt auf die eben genannten Schlussbestimmungen hat die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Wiedereingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG zu gewähren. Ein Anspruch auf solche besteht zwar nicht in jedem Fall. Vielmehr setzt das Bestehen eines solchen voraus, dass die Massnahmen für eine Wiedereingliederung sinnvoll und nutzbringend sind. Eine Rentenaufhebung ohne Durchführung von Massnahmen zur Wiedereingliederung (Art. 8a IVG) nach lit. a Abs. 2 und 3 der SchlB IVG ist nicht zu beanstanden, wenn die IV-Stelle verfügungsweise festgehalten hat, die Eingliederung wäre mangels Interesse der versicherten Person nicht erfolgversprechend (BGE 141 V 385 E. 5.3 S. 392 f.). Eine solche Konstellation liegt hier aber nicht vor. Die Beschwerdeführerin teilte anlässlich des persönlichen Informationsgesprächs vom 12. September 2014 mit, dass sie an Massnahmen zur Wiedereingliederung interessiert sei (vgl. Protokoll über berufliche Massnahmen und Erklärung betreffend berufliche Eingliederungsmassnahmen vom 12. September 2014 [IV-Nr. 39 S. 3 und 41], Vorbescheid vom 15. Oktober 2014 [IV-Nr. 42 S. 3]).

13.3 Dass die Beschwerdeführerin seit dem Zeitpunkt der Rentenzusprache medizinisch-theoretisch als 50 % arbeitsfähig erachtet wurde, ist nicht von Belang. Zwar hat das Bundesgericht in (ordentlichen) Revisionsfällen, selbst wenn die von der Rechtsprechung aufgestellten besonderen Voraussetzungen gegeben waren, die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit wiederholt bejaht. Doch wird mit Blick auf BGE 139 V 442 deutlich, dass sich die zu Art. 17 Abs. 1 ATSG ergangene Rechtsprechung auf Fälle gemäss SchlB IVG nicht ohne Weiteres übertragen lässt. Namentlich hindert eine teilzeitliche Erwerbstätigkeit (bzw. eine damit einhergehende teilweise verbliebene Integration im Arbeitsmarkt) die Anwendbarkeit von lit. a Abs. 4 (sog. Ausschlussklausel) nicht. Das heisst, der Invaliditätsgrad, auf Grund dessen die Bezüger eine Rente erhalten, stellt kein taugliches Kriterium für ein Abweichen vom klaren Wortlaut der SchlB IVG dar. Ebenso wenig wie eine Teilerwerbstätigkeit der Anwendung von lit. a Abs. 4 SchlB IVG entgegensteht, hindert ■ mutatis mutandis - auch der Umstand der nicht ausgenutzten Restarbeitsfähigkeit die Beschwerdeführerin nicht daran, in den Genuss der speziellen Integrationsmassnahmen (lit. a Abs. 2 und 3 SchlB IVG) zu gelangen. Zumindest lässt sich solches der Gesetzesbestimmung nicht entnehmen (BGE 141 V 385 E. 5.3 S. 393 f. mit Hinweis). Somit besteht weder aufgrund der Teilerwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin bei der E. \_\_\_ AG noch angesichts der nicht ausgenutzten Restarbeitsfähigkeit Anlass, der Beschwerdeführerin keine Integrationsmassnahmen nach Art. 8a IVG zuzusprechen.

14. Nach dem Gesagten zeigt sich, dass die Beschwerde im Hauptpunkt abzuweisen ist. Die bisher gewährte halbe Invalidenrente der Beschwerdeführerin ist aufzuheben. Im Weiteren sind auch das Begehren, es sei der Beschwerdeführerin rückwirkend bis zum 1. Januar 2004 eine Dreiviertelrente auszurichten, sowie das Eventualbegehren, es sei ein unabhängiges Gerichtsgutachten zu erstellen, abzuweisen. Hingegen ist die Sache in teilweiser Gutheissung der Beschwerde an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen nach Art. 8a IVG gewähre und ihr sowohl für die Zeit zwischen angefochtener Verfügung und Eröffnung dieses Entscheides sowie danach während maximal zwei Jahren weiterhin eine halbe Invalidenrente ausrichte.

## E. 15

15.1 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin unterliegt vorliegend im Hauptpunkt, die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, ihr die bisherige halbe Invalidenrente weiterhin auszurichten bzw. eine Rente nach Gesetz zu gewähren und rückwirkend bis zum 1. Januar 2004 eine Dreiviertelsrente zuzusprechen. Im Weiteren unterliegt sie auch mit ihrem Eventualbegehren, es sei ein verwaltungsexternes unabhängiges Gerichtsgutachten erstellen zu lassen. Da sie aber in teilweiser Gutheissung der Beschwerde in den Genuss von beruflichen Eingliederungsmassnahmen und der damit verbundenen Weiterausrichtung der Rente bis zu deren Abschluss kommt, steht ihr ermessensweise die Hälfte einer vollen Entschädigung als Parteientschädigung zu.

15.2 Die von der Vertreterin der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote vom 13. November 2017 (A.S. 73 f.) weist einen Zeitaufwand von 12.8 Stunden sowie Barauslagen von CHF 115.20 aus.

Reine Kanzleiarbeit (z. B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach kann der geltend gemachte Aufwand von 0.1 Stunden für das Fristerstreckungsgesuch vom 6. April 2017 nicht berücksichtigt werden. Somit reduziert sich der zu berücksichtigende Zeitaufwand auf 12.7 Stunden. Die Auslagen sind auf CHF 115.20 festzusetzen.

Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin demnach eine Parteientschädigung von CHF 1'639.55 (Honorar von 6.35 Stunden à CHF 230.00 = CHF 1'460.50, Auslagen von CHF 57.60 und Mehrwertsteuer von CHF 121.45 [2017: 8 %]) zu bezahlen.

15.3 Soweit die Beschwerdeführerin unterliegt, hat der Kanton den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen zu entschädigen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. E. I. 2.6 hiavor). Zu vergüten ist ein Stundenansatz von CHF 180.00 (§ 160 Abs. 3 GT). Das Honorar wird auf CHF 1'296.65 bemessen (6.35 Stunden à CHF 180.00 = CHF 1'143.00, Auslagen von CHF 57.60 und Mehrwertsteuer von CHF 96.05). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

15.4 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis CHF 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die Parteien die Verfahrenskosten von CHF 600.00 je zur Hälfte zu tragen. Der Anteil der Beschwerdeführerin ist jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage

ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird teilweise gutgeheissen. Die Verfügung vom 27. Januar 2017 wird aufgehoben. Die Sache wird an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre, der Beschwerdeführerin Wiedereingliederungsmassnahmen gemäss Art. 8a IVG gewähre bzw. anbiete und ihr für die Zeit zwischen dem 27. Januar 2017 bis zur Eröffnung dieses Entscheides sowie danach während maximal zwei Jahren weiterhin die bisherige halbe Invalidenrente ausrichte.

2. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine reduzierte Parteientschädigung von CHF 1'639.55 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

4. Die Kostenforderung der unentgeltlichen Rechtsbeiständin, Rechtsanwältin Elisabeth Tribaldos, [...], wird auf CHF 1'296.65 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. An die Verfahrenskosten von CHF 600.00 haben die Beschwerdegegnerin und die Beschwerdeführerin je einen hälftigen Anteil, somit CHF 300.00, zu bezahlen. Der Anteil der Beschwerdeführerin ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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