

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.112 vom 11. April 2019**

SO Obergericht, 2019-04-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.112\\_d20190411](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.112_d20190411)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.112 du 11 avril 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.112 del 11 aprile 2019

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) sprach der Versicherten A.\_\_\_\_ (fortan: Beschwerdeführerin), geb. 1962, am 12. Januar 1998 mit Wirkung ab 1. August 1996 eine halbe und ab 1. Oktober 1996, ausgehend von einem Invaliditätsgrad von 100 %, eine ganze Rente zu (IV-Stelle Beleg / IV-Nr. 1.5 S. 2 + 5).

1.2 Am 28. Oktober 2009 hob die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 12. Januar 1998 wiedererwägungsweise auf und setzte die bisherige ganze Rente, nachdem sie einen Invaliditätsgrad von neu 56 % ermittelt hatte, auf eine halbe Rente herab (IV-Nr. 31). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 27. Mai 2010 ab (IV-Nr. 39). 1.3 Mit Schreiben vom 16. April 2012 liess die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin eine gesundheitliche Verschlechterung geltend machen (IV-Nr. 42). Die Beschwerdegegnerin lehnte in der Folge mit Verfügung vom 9. März 2018 eine Rentenerhöhung sowie berufliche Massnahmen ab, da der Invaliditätsgrad nach wie vor 56 % betrage (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

### **E. 1.11**

S. 5 ff.) habe der Experte Dr. med. E.\_\_\_\_ für häusliche wie ausserhäusliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % formuliert. Wenn die Beschwerdegegnerin seinerzeit auf diese Einschätzung abgestellt habe, so sei dies nicht offensichtlich falsch, auch wenn die Situation heute anders beurteilt würde. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin in der Rentenverfügung vom 12. Januar 1998 ohne weitere Abklärungen dem Hausarzt gefolgt sei, der ab Juli 1997 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Auch aus damaliger Sicht sei nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen, zumal im aktuellen B.\_\_\_\_-Gutachten ebenfalls keine Hinweise für eine Verschlechterung seit der Rentenverfügung von 1998 zu finden seien. Die Steigerung der Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf 100 % ab Juli 1997 sei ohne die geringste Grundlage erfolgt. Es sei von keiner gesundheitlichen Verbesserung auszugehen. Die Beschwerdegegnerin stellte in der Folge auf die Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ ab und hob die ganze Rente im Rahmen der Wiedererwägung vom 28. Oktober 2009 nicht gänzlich auf, sondern reduzierte sie auf eine halbe Rente (IV-Nr. 31). Das Versicherungsgericht schützte dies in seinem Urteil vom 27. Mai 2010 (IV-Nr. 39). 3.2 Dem Gesuch um Rentenerhöhung vom 16. April 2012 waren die folgenden Arztberichte beigelegt: Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Otorhinolaryngologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Januar 2011 (IV-Nr. 42 S. 5 ff.) im

Wesentlichen eine Cochleo-Otosklerose links, eine Labyrinthopathie links mit menieroidem Syndrom und ein panvertebrales Schmerzsyndrom (S. 12). Im späteren Bericht vom 3. Dezember 2012 (IV-Nr. 56 S. 18 ff.) fasste Dr. med. F.\_\_\_\_ seine Diagnosen wie folgt (S. 22): · Labyrinthopathie links mit menieroidem Syndrom und Status nach zweimaliger Stapes-Operation links (Mai und September 2000) bei Cochleo-Otosklerose · multimodale sensomotorische Funktionsstörung innerhalb des Gleichgewichtssystems und mittelgradige kombinierte Schwerhörigkeit links mit Tinnitus aurium links cervico-cochleo-motorischen Ursprungs · panvertebrales Schmerzsyndrom mit Cervico-Cephalgien beidseits Es ergebe sich das gleiche Befundmuster mit pathologischen neuro-otometrischen Werten, welche heute – im Vergleich zu Oktober / November 2010 – noch mehr von der Norm abwichen. Diese Befunde stünden nach wie vor in guter Korrelation mit den beklagten Beschwerden, welche sich in diesen zwei Jahren verstärkt hätten. Der Bericht des D.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2012 (IV-Nr. 42 S. 3 f.) enthielt folgende Diagnosen: · breitbasige Diskusprotrusion C5/6 mit fraglicher Myelopathie · generalisiertes Schmerzsyndrom (Fibromyalgia?) · Verdacht auf funktionellen Tremor des Kopfes, ablenkbar und variabel, ohne Hinweise auf eine extrapyramidale Erkrankung oder einen essentiellen Tremor, zervikale Dystonie unwahrscheinlich · Cochleo-Otosklerose links, Status nach Stapedotomie und mehreren Eingriffen · Labyrinth-Störung mit Menière-ähnlichem Syndrom und mittelgradiger kombinierter Schwerhörigkeit links Sodann erfolgte am 18. April 2012 eine elektrophysiologische Untersuchung (IV-Nr. 46). Danach bestand eine zervikale Spinalkanalstenose auf der Höhe C5/6, welche die Nackenschmerzen erklären könne. Diese würden durch den Kopftremor verstärkt, der nach wie vor keiner neurologischen Erkrankung zugeordnet werden könne (s. dazu auch den früheren Bericht vom 11. April 2011, IV-Nr. 45 S. 9 ff.). Hinweise auf eine Radikulopathie fehlten. Die Muskeleigenreflexe seien an den unteren Extremitäten deutlich lebhafter, übrige Pyramidenbahnzeichen gebe es aber keine. Momentan liege noch keine Myelopathie vor, und für eine Zervikobrachialgie fehlten klinische Anhaltspunkte (s.a. Bericht vom 5. Juni 2012, IV-Nr. 51 S. 5).

3.3 Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin FMH, wiederholte in seinem Bericht vom 23. April 2012 (IV-Nr. 45 S. 1 ff.) die Diagnosen des D.\_\_\_\_, ergänzt um depressive Episoden bei psychosozialer Problematik. Die Beschwerden hätten insgesamt zugenommen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe wahrscheinlich seit Oktober 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Es sei Sache der Beschwerdegegnerin herauszufinden, ob und in welchem Rahmen eine Tätigkeit zumutbar sei. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 27. April 2012 (IV-Nr. 49 S. 2 f.) folgende Diagnosen: · angstgefärbte mittelgradige depressive Episode mit Somatisierungstendenzen · bereits bekannte zervikale Diskushernie C5/6 mit Spinalkanalstenose · chronisches Schmerzsyndrom (Behandlung mit opioidhaltigen Schmerzmitteln) · keine somatoforme Schmerzstörung Der Gesundheitszustand habe sich seit der Verfügung im Oktober 2009 erheblich verschlechtert. Seit etwa August 2010 leide die Beschwerdeführerin an einer deutlich zunehmenden anxio-depressiven Symptomatik sowie an zunehmenden und anhaltenden Schmerzen im Nackenbereich. Im Vordergrund stünden eine tiefe Niedergeschlagenheit, Mut- und Hoffnungslosigkeit sowie eine verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit, gehemmter Antrieb und Verlust von Interessen an Freude und alltäglichen Aktivitäten. Die depressive Grundstimmung sei von diffusen und körperbezogenem Ängsten mit vegetativen Korrelaten und verminderten Selbstwertgefühlen begleitet. Die schmerzassoziierte Kognition sei eng mit einem soziopraktischen Vermeidungsverhalten verbunden. Das opioidhaltige Schmerzmittel

Targin beeinflusse u.a die kognitiven Funktionen negativ. Derzeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor. Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, sprach im Bericht vom 25. Januar 2013 (IV-Nr. 60 S. 1 f.) von einem cerviko-cephalen Syndrom mit ausgeprägten, beidseitig-rechtsbetonten Dysbalancen im Nacken-Schulterbereich sowie einer breitbasigen Diskusprotrusion C5/6 mit zusätzlichem HWS-Kinking. Für eine Radikulopathie bzw. Myelopathie im zervikalen Bereich sowie eine prozesshafte neurologische Erkrankung fehlten Hinweise. Das MRI des Neurokraniums vom 11. Januar 2013 ergab vereinzelte Marklagerläsionen unspezifischer Natur (s.a. IV-Nr. 60 S. 7). Gemäss den ENG-Berichten vom 20. Dezember 2012 resp. 18. Januar 2013 (IV-Nr. 60 S. 3 f.) waren die Befunde unauffällig. Einzig beim AEP zeigte sich nach Stimulation am rechten Ohr für den 5-Komplex eine zunehmende Verzögerung, so dass neben der peripheren Taubheit auch eine zentrale Läsion nicht völlig auszuschliessen war. Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_, wo sich die Beschwerdeführerin vom 13. bis 26. Februar 2013 in einer Rehabilitation befand, diagnostizierten im Bericht vom 8. März 2013 (IV-Nr. 80 S. 2 f.) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Anteilen sowie Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich mit / bei zervikaler Diskushernie C5/6 mit deutlicher Spinalkanalstenose. Die Beschwerdeführerin habe das multimodale Therapieprogramm wegen subjektiv zunehmender Schmerzen vorzeitig abgebrochen. Die Bereitschaft, etwas zu ändern, sei nur gering. Das Zittern, welches die Beschwerdeführerin in Kopf und Hals spüre, interpretiere man im Rahmen der Angst- und Schmerzsymptomatik. 3.4 Dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2014 (IV-Nr. 73) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 48): A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Chronisches zervikozephal und -okzipitales Schmerzsyndrom mit / bei: · breitbasiger Diskusprotrusion C5/6 · aktuell ohne Hinweise für eine Radikulo- oder Myelopathie. B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 2. Generalisiertes Schmerzsyndrom ohne adäquates Korrelat. 3. Funktioneller Tremor des Kopfes, ohne Hinweise für eine extrapyramidale Erkrankung oder für einen essentiellen Temor. 4. Cochleo-Otosklerose links mit / bei: · Status nach Stapedektomie und Stapesprothese (5. Mai 2000) · Status nach Stapes-Revisionsoperation (13. September 2000) · persistierender leichtgradiger Schallleitungsschwerhörigkeit links mit Tinnitus

## **E. 2**

a) Es seien der Versicherten und Beschwerdeführerin ab wann rechtens die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 60 % zuzüglich eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches Gerichtsgutachten einzuholen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei durch Einholung eines neuen medizinischen Gutachtens an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

## **E. 3**

3.1 Was den massgeblichen Vergleichszeitpunkt für eine Rentenrevision angeht, so ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung der Beurteilung anlässlich der Rentenreduktion vom 28. Oktober 2009 gegenüberzustellen. Die Beschwerdegegnerin hatte seinerzeit die erforderlichen Abklärungen durchgeführt, indem sie ein Gutachten einholte und dieses durch einen Arzt vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (RAD) würdigen liess:

Das Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 16. März 2009 (IV-Nr. 16) enthielt folgende Diagnosen (S. 23 f.):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

In der angestammten Tätigkeit als Bestückerin in der Elektronikindustrie und in anderen adaptierten Tätigkeiten (leicht bis mittelschwer, mit einer Hebe- und Traglimite von 15 kg, keine hohen Anforderungen an das Richtungshören, kein gesteigerter Umgebungsgeräuschpegel und keine potentielle Absturzgefahr) bestehe eine zumutbare Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 90 % bei ganztägiger Präsenz. Die um 10 % verminderte Leistung gehe auf einen etwas erhöhten Pausenbedarf zurück (S. 24 f.). Dies gelte auch im Haushalt (S. 25 f.). Die Prognose bezüglich einer Rückkehr in den Arbeitsprozess sei auf Grund der subjektiven Einschätzung der Beschwerdeführerin, nicht mehr arbeiten zu können, als sehr ungünstig zu bezeichnen. Dies sei jedoch bei einem medizinisch leicht eingeschränkten Zumutbarkeitsprofil im Wesentlichen durch krankheitsfremde Faktoren bestimmt (S. 27).

Der RAD-Arzt Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Medizin FMH, hielt in seiner Stellungnahme vom 28. April 2009 (IV-Nr. 17 S. 2 ff.) fest, im rheumatologischen Gutachten des D.\_\_\_\_ vom 23. März 1997 (IV-Nr. 1.11 S. 5 ff.) habe der Experte Dr. med. E.\_\_\_\_ für häusliche wie ausserhäusliche Tätigkeiten eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % formuliert. Wenn die Beschwerdegegnerin seinerzeit auf diese Einschätzung abgestellt habe, so sei dies nicht offensichtlich falsch, auch wenn die Situation heute anders beurteilt würde. Aus versicherungsmedizinischer Sicht sei jedoch nicht nachvollziehbar, dass die Beschwerdegegnerin in der Rentenverfügung vom 12. Januar 1998 ohne weitere Abklärungen dem Hausarzt gefolgt sei, der ab Juli 1997 eine volle Arbeitsunfähigkeit attestiert habe. Auch aus damaliger Sicht sei nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen, zumal im aktuellen B.\_\_\_\_-Gutachten ebenfalls keine Hinweise für eine Verschlechterung seit der Rentenverfügung von 1998 zu finden seien. Die Steigerung der Arbeitsunfähigkeit von 50 % auf 100 % ab Juli 1997 sei ohne die geringste Grundlage erfolgt. Es sei von keiner gesundheitlichen Verbesserung auszugehen.

Die Beschwerdegegnerin stellte in der Folge auf die Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ ab und hob die ganze Rente im Rahmen der Wiedererwägung vom 28. Oktober 2009 nicht gänzlich auf, sondern reduzierte sie auf eine halbe Rente (IV-Nr. 31). Das Versicherungsgericht schützte dies in seinem Urteil vom 27. Mai 2010 (IV-Nr. 39).

3.2 Dem Gesuch um Rentenerhöhung vom 16. April 2012 waren die folgenden Arztberichte beigelegt:

Dr. med. F.\_\_\_\_, Spezialarzt für Otorhinolaryngologie FMH, diagnostizierte in seinem Bericht vom 3. Januar 2011 (IV-Nr. 42 S. 5 ff.) im Wesentlichen eine Cochleo-Otosklerose links, eine Labyrinthopathie links mit menieroidem Syndrom und ein panvertebrales Schmerzsyndrom (S. 12). Im späteren Bericht vom 3. Dezember 2012 (IV-Nr. 56 S. 18 ff.) fasste Dr. med. F.\_\_\_\_ seine Diagnosen wie folgt (S. 22):

Es ergebe sich das gleiche Befundmuster mit pathologischen neuro-otometrischen Werten, welche heute ■ im Vergleich zu Oktober / November 2010 ■ noch mehr von der Norm abweichen. Diese Befunde stünden nach wie vor in guter Korrelation mit den beklagten Beschwerden, welche sich in diesen zwei Jahren verstärkt hätten.

Der Bericht des D.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2012 (IV-Nr. 42 S. 3 f.) enthielt folgende Diagnosen:

Sodann erfolgte am 18. April 2012 eine elektrophysiologische Untersuchung (IV-Nr. 46). Danach bestand eine zervikale Spinalkanalstenose auf der Höhe C5/6, welche die Nackenschmerzen erklären könne. Diese würden durch den Kopftremor verstärkt, der nach wie vor keiner neurologischen Erkrankung zugeordnet werden könne (s. dazu auch den früheren Bericht vom 11. April 2011, IV-Nr. 45 S. 9 ff.). Hinweise auf eine Radikulopathie fehlten. Die Muskeleigenreflexe seien an den unteren Extremitäten deutlich lebhafter, übrige Pyramidenbahnzeichen gebe es aber keine. Momentan liege noch keine Myelopathie vor, und für eine Zervikobrachialgie fehlten klinische Anhaltspunkte (s.a. Bericht vom 5. Juni 2012, IV-Nr. 51 S. 5).

3.3 Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin FMH, wiederholte in seinem Bericht vom 23. April 2012 (IV-Nr. 45 S. 1 ff.) die Diagnosen des D.\_\_\_\_, ergänzt um depressive Episoden bei psychosozialer Problematik. Die Beschwerden hätten insgesamt zugenommen. In einer angepassten Tätigkeit bestehe wahrscheinlich seit Oktober 2010 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Es sei Sache der Beschwerdegegnerin herauszufinden, ob und in welchem Rahmen eine Tätigkeit zumutbar sei.

Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in seinem Bericht vom 27. April 2012 (IV-Nr. 49 S. 2 f.) folgende Diagnosen:

Der Gesundheitszustand habe sich seit der Verfügung im Oktober 2009 erheblich verschlechtert. Seit etwa August 2010 leide die Beschwerdeführerin an einer deutlich zunehmenden anxio-depressiven Symptomatik sowie an zunehmenden und anhaltenden Schmerzen im Nackenbereich. Im Vordergrund stünden eine tiefe Niedergeschlagenheit, Mut- und Hoffnungslosigkeit sowie eine verminderte kognitive Umstellungsfähigkeit, gehemmter Antrieb und Verlust von Interessen an Freude und alltäglichen Aktivitäten. Die depressive Grundstimmung sei von diffusen und körperbezogenem Ängsten mit vegetativen Korrelaten und verminderten Selbstwertgefühlen begleitet. Die schmerzassoziierte Kognition sei eng mit einem soziopraktischen Vermeidungsverhalten verbunden. Das opioidhaltige Schmerzmittel Targin beeinflusse u.a die kognitiven Funktionen negativ. Derzeit liege eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vor.

Dr. med. I.\_\_\_\_, Spezialarzt für Neurologie FMH, sprach im Bericht vom 25. Januar 2013 (IV-Nr. 60 S. 1 f.) von einem cerviko-cephalen Syndrom mit ausgeprägten, beidseitig-rechtsbetonten Dysbalancen im Nacken-Schulterbereich sowie einer breitbasigen Diskusprotrusion C5/6 mit zusätzlichem HWS-Kinking. Für eine Radikulopathie bzw. Myelopathie im zervikalen Bereich sowie eine prozesshafte neurologische Erkrankung fehlten Hinweise. Das MRI des Neurokraniums vom 11. Januar 2013 ergab vereinzelte Marklagerläsionen unspezifischer Natur (s.a. IV-Nr. 60 S. 7). Gemäss den ENG-Berichten vom 20. Dezember 2012 resp. 18. Januar 2013 (IV-Nr. 60 S. 3 f.) waren die Befunde unauffällig. Einzig beim AEP zeigte sich nach Stimulation am rechten Ohr für den 5-Komplex eine zunehmende Verzögerung, so dass neben der peripheren Taubheit auch eine zentrale Läsion nicht völlig auszuschliessen war.

Die Ärzte der Klinik J.\_\_\_\_, wo sich die Beschwerdeführerin vom 13. bis 26. Februar 2013 in einer Rehabilitation befand, diagnostizierten im Bericht vom 8. März 2013 (IV-Nr. 80 S. 2 f.) eine mittelgradige depressive Episode mit somatischen Anteilen sowie Schmerzen im Nacken- und Rückenbereich mit / bei zervikaler Diskushernie C5/6 mit deutlicher

Spinalkanalstenose. Die Beschwerdeführerin habe das multimodale Therapieprogramm wegen subjektiv zunehmender Schmerzen vorzeitig abgebrochen. Die Bereitschaft, etwas zu ändern, sei nur gering. Das Zittern, welches die Beschwerdeführerin in Kopf und Hals spüre, interpretiere man im Rahmen der Angst- und Schmerzsymptomatik.

3.4 Dem Gutachten der Begutachtungsstelle K.\_\_\_\_ vom 16. Februar 2014 (IV-Nr. 73) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen (S. 48):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

3.4.1 Der internistische Status, erhoben von Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin FMH, präsentierte sich unauffällig. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit verneinte der Experte (S. 32 ff. / 53).

3.4.2 Gegenüber dem Experten Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie FMH, erklärte die Beschwerdeführerin am 5. September 2013, im Mittelpunkt stehe ein Nackenschmerz mit Ausstrahlung in beide Arme und in alle Finger. Bei Kopfwendungen zitterten zunächst die Zähne und dann nähmen die Schmerzen zu. Abwechselnd sei ein Dreh- und Schwankschwindel vorhanden. Dieser habe vor einem Monat resp. vor einer Woche zu zwei Stürzen geführt. Der Schwindel sei nicht dauerhaft vorhanden, trete aber teils auch im Liegen auf. Seit drei Jahren benutze sie das Velo nicht mehr. Der Schwindel gehe stets mit Übelkeit ohne Erbrechen einher (S. 35). Aktuell sei das Zittern nur innerlich. Die Kreuzschmerzen seien immer vorhanden und strahlten in beide Beine aus mit Betonung der Wade, der Oberschenkelhinterseite und der Ferse. Eine Fühlminderung betreffe derzeit die gesamte rechte Körperhälfte, wohingegen es vor einem Jahr die linke Hälfte gewesen sei. Ein Ton im linken Ohr werde von einem Geräusch im linken Ohr begleitet (S. 36).

Der Experte diagnostizierte eine chronische Nuchalgie sowie degenerative Veränderungen der Halswirbelsäule ohne radikuläre Ausfallsymptomatik, ausserdem (ohne Einfluss für die Arbeitsfähigkeit) einen Tremor des Kopfes. Für die Schmerz- und Schwindelsymptomatik finde sich fachneurologisch keine organische Genese. Die kernspintomographisch abgebildeten degenerativen HWS-Veränderungen mit möglichem Kontakt der Bandscheibe zur Nervenwurzel C6 links bewirkten keine radikuläre Ausfallsymptomatik an den Armen. Auch an den Beinen fehlten Hinweise auf eine höhergradige Affektion einzelner spinaler Nervenwurzeln; die beidseitige Hypästhesie auf der Beinhinterseite sei nicht von einer Abschwächung des Achillessehnenreflexes oder einer Parese der vom Dermatome S1 versorgten Muskeln begleitet. Die Schwindelsymptomatik gehe in der Untersuchung nicht mit einem gestörten Gleichgewicht einher. Die Schwindelempfindung sei beim Zehenspitzenengang deutlicher als bei den Romberg-Stehversuchen, was gegen eine organische Genese spreche. Der Schwindel trete während der Untersuchung zunehmend ohne spezifische Provokatoren auf. Ein begleitender Nystagmus werde zu keinem Zeitpunkt beobachtet (S. 38). Eine einseitige Labyrinthaffektion sollte bei einem chronischen Schaden kompensiert werden können und bei rezidivierenden Störungen zu heftigen, vegetativ begleiteten Drehschwindelattacken mit Nystagmus führen (A.S. 38 f.). Die umfangreiche elektrophysiologische Zusatzdiagnostik durch Dr. med. F.\_\_\_\_ stelle keine Routinediagnostik dar. Wenn dieser eine manifeste Schädigung des linken Labyrinths beschreibe, so bilde diese mit weit überwiegender Wahrscheinlichkeit lediglich den Kern, aber keine adäquate organische Ursache der Schwindelsymptomatik. Die gemäss den neurootologischen Befunden nur inkomplette Schädigung des linken Labyrinths sollte nach

über zehn Jahren zentralnervös kompensiert werden können, zumal das gegenseitige Labyrinth gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_ intakt und kernspintomographisch keine zentralnervöse Affektion des Vestibulärsystems nachgewiesen sei (S. 39).

In Übereinstimmung mit Dr. med. N.\_\_\_\_, Leitende Ärztin Neurologie am D.\_\_\_\_ (Berichte vom 11. April 2011 und 20. April 2012, IV-Nrn. 45 S. 9 ff. / 46) sei der nur intermittierend vorhandene, ablenkbare sowie richtungs- und frequenzwechselnde Kopftremor nicht organischen Ursprungs. Ein Zusammenhang mit der von Dr. med. F.\_\_\_\_ postulierten Labyrinthschädigung oder den degenerativen HWS-Veränderungen bestehe nicht. Dr. med. I.\_\_\_\_ habe gemäss Bericht vom 25. Januar 2013 (IV-Nr. 60 S. 1 f.) während der Untersuchung gar keinen Kopftremor beobachtet. Für eine zervikale Myelopathie ergäben sich aktuell bei unauffälliger Pallästhesie, normalen Reflexen, fehlendem Babinski-Zeichen der Beine sowie normalem Beinmuskeltonus keine Hinweise (S. 39).

Zusammenfassend sei die Arbeitsfähigkeit auf Grund der degenerativen HWS-Veränderungen in qualitativem Masse vermindert. Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit Zwangshaltung am Mikroskop erscheine ungeeignet. Eine leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Zwangshaltungen und schweres Tragen sollte in einem Pensum von 100 % zumutbar sein (S. 39). Trotz eines möglichen organischen Kerns der Schwindelsymptomatik in Form einer ■ ausschliesslich elektrophysiologisch nachweisbaren ■ Affektion des linken Labyrinths ergebe sich aktuell kein Anhaltspunkt für eine organisch begründete, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende Störung des Vestibularsystems (S. 40).

3.4.3 Der Experte Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt zur Untersuchung vom 4. September 2013 fest, die Beschwerdeführerin sei zu allen Qualitäten orientiert. Der formale Denkablauf sei unauffällig. Es gebe keine inhaltlichen Denkstörungen, auch keine Einschränkung auf das Schmerzerleben. Mimik und Gestik seien nicht reduziert. Die Stimme sei fest und klar moduliert (S. 43). Für Halluzinationen etc. ergäben sich keine Hinweise. Im Gespräch seien keine kognitiven oder mnestischen Defizite eruierbar. Die Beschwerdeführerin könne z.B. die Geburtsdaten der Kinder nennen, ohne überlegen zu müssen, und die Krankheitsentwicklung zusammenhängend wiedereben. Die Aufmerksamkeit lasse während des ganzen Gespräches nicht nach. Subjektiv berichte die Beschwerdeführerin indes über Gedächtnisprobleme. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Innerlich sei die Beschwerdeführerin leicht angespannt und in ihren Vitalgefühlen herabgesetzt. Sorgen bereiteten ihr die Zukunft und die Finanzen. Pathologische Ängste und Zwänge würden verneint. Die Beschwerdeführerin berichte von schmerzbedingten Durchschlafstörungen, nicht aber von einem frühmorgendlichen Erwachen. Es zeigten sich keine circadianen Besonderheiten, kein Verlust von Interessen oder Freude und kein sozialer Rückzug. Psychomotorik und Antrieb seien unauffällig. Suizidgedanken würden verneint, für eine akute Suizidalität fehlten Anhaltspunkte (S. 44).

Die Beschwerdeführerin gebe an, seit dem Gutachten von 2009 habe sich ihr Gesundheitszustand verschlechtert (S. 44). Die Schmerzen im Rücken, im Nacken- / Schulterbereich sowie im Kreuz würden sie im Alltag limitieren. Sie könne nur noch leichte Hausarbeiten verrichten, z.B. die Blumen giessen. Den Haushalt erledige vor allem der Ehemann, aber auch die in der Nähe wohnende Tochter helfe. Die Schmerzen seien somatisch nicht vollumfänglich erklärbar, aber eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung liege nicht vor und sei bisher auch noch nicht diagnostiziert worden.

Während des Gespräches stünden die Schmerzen nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit der Beschwerdeführerin. Das Denken sei inhaltlich nicht auf die Schmerzen eingeeengt. Es sei kein Leidensdruck spürbar. Die Schmerzschilderung bleibe etwas vage; so werde angegeben, dass die Schmerzen Tag und Nacht gleich stark seien, dann aber eine Zunahme bei Belastung erwähnt. Während des Gespräches komme es zu keinen spontanen Schmerzáusserungen. Das Gespräch dauere 60 Minuten, ohne dass die Position gewechselt werde; im Widerspruch dazu berichte die Beschwerdeführerin, sie könne nur 30 Minuten am Stück sitzen und müsse dann die Position verändern. Auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nicht mehr in Behandlung stehe, obwohl sie die Schmerzen subjektiv sehr stark erlebe, spreche gegen eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Wenn die Beschwerdeführerin die Auswirkung der Schmerzen auf den Alltag schildere, wirke sie leicht aggravierend; man sehe die Einschränkungen im Alltag eher im Rahmen einer Selbstlimitierung. In diese Richtung gehe auch, dass sich die Beschwerdeführerin als nicht mehr arbeitsfähig betrachte, auch nicht ansatzweise (S. 45). Die Unterstützung durch Ehemann und Tochter stelle einen deutlichen sekundären Krankheitsgewinn vor. Ein Freudverlust bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin freue sich sehr auf das Enkelkind, welches in Kürze geboren werde. Weiter interessiere sie sich für Nachrichten, lese u.a. die Zeitung oder Romane und sehe sich im Fernsehen Serien und Filme an. Es sei zu keinem sozialen Rückzug gekommen, die Beschwerdeführerin treffe sich regelmässig mit guten Kolleginnen und fahre zweimal jährlich nach [...] in die Ferien. Im Gespräch sei keine depressive Symptomatik von Krankheitswert oder ein anderes psychiatrisches Leiden zu erkennen. Das klinische Zustandsbild decke sich mit dem durchgeführten Testverfahren, erreiche die Beschwerdeführerin doch auf der Hamilton-Depressionsskala zwölf Punkte, was keiner depressiven Episode entspreche (S. 46). Es könnten keine Diagnosen gestellt werden, weder mit noch ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (S. 47).

Was die früheren Arztberichte betreffe, so sei die im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. März 2009 (IV-Nr. 16) diagnostizierte Schmerzverarbeitungsstörung (F54) nachvollziehbar, liege zum jetzigen Zeitpunkt aber nicht mehr vor. Ebenfalls nachvollziehbar sei, dass Dr. med. H.\_\_\_\_ am 27. April 2012 von einer mittelgradigen depressiven Episode ausgegangen sei (IV-Nr. 49 S. 2 f.). Mittlerweile sei die antidepressive Medikation umgestellt worden und die depressive Symptomatik in den Hintergrund getreten, so dass auch die ambulanten Gesprächstermine nur sehr unregelmässig stattfinden würden. Nicht nachvollziehbar sei hingegen die von Dr. med. H.\_\_\_\_ attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 %; angesichts der mittelgradigen depressiven Episode gehe man von 50 % Arbeitsunfähigkeit aus. Auf Grund der Akten und des Untersuchungsgespräches lasse sich nicht sagen, wann sich das psychiatrische Zustandsbild gebessert habe (S. 47).

3.4.4 Bei der interdisziplinären Konsensbesprechung gelangten die Experten zum Ergebnis, wegen der objektivierbaren degenerativen HWS-Veränderungen sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Bestückerin in der Elektronikindustrie auf Grund der unergonomischen Arbeitshaltung mit inkliniertem Kopf über einem Mikroskop auf Dauer ungünstig und nicht mehr zumutbar (S. 55 / 57). Eine angepasste, d.h. leichte bis intermittierend mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit ohne Einnahme von Zwangshaltungen und schweres Tragen sei zu 100 % zumutbar. Die Einschränkungen seien ausschliesslich neurologisch bedingt (S. 54 f. / 57). Die Schwindelbeschwerden führten zwar zu qualitativen Einschränkungen, indem Arbeiten mit Sturzgefahr nicht in Frage kämen, seien aber nicht so gravierend wie vermutet (S. 55).

Retrospektiv könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden, dass das aktuell ermittelte Belastungsprofil unverändert seit der letzten Begutachtung durch die Gutachterstelle B.\_\_\_\_ bestehe. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seither versicherungsmedizinisch gesehen nicht relevant verändert. Die damals von der Gutachterstelle B.\_\_\_\_ zugestandene Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 10 % wegen eines erhöhten Pausenbedarfs sei nicht wirklich nachvollziehbar (S. 55).

Es sei nicht anzunehmen, dass die Restarbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne. Von weiteren interventionellen Massnahmen im Bereich der Halswirbelsäule rate man ab. Die von Dr. med. F.\_\_\_\_ eingeleitete Langzeittherapie des Schwindels mit Betahistin sei völlig sinnlos. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wären prinzipiell indiziert. Auf Grund des bisherigen Verlaufs und der (invaliditätsfremden) konstellativen Faktoren (fehlende Motivation, ausgeprägte Selbstlimitierung, langjährige Dekonditionierung etc.) seien aber die Erfolgsaussichten solcher Massnahmen als eher gering einzustufen (S. 57).

3.5 Das MRT der Halswirbelsäule, am 21. August 2014 im Röntgeninstitut P.\_\_\_\_ angefertigt, ergab folgende Befunde (IV-Nr. 81 S. 3):

Wegen unklarer Kribbelparästhesien am linken Unterarm und an der linken Hand führte Dr. med. I.\_\_\_\_ am 19. August 2014 (IV-Nr. 81 S. 2) eine ENG-Untersuchung durch, welche rechts einen auffälligen SSEP medianus-Befund ergab, während links eine Pathologie fraglich war.

Der Bericht des Q.\_\_\_\_ vom 16. Januar 2015 (IV-Nr. 89 S. 2 f.) enthielt folgende Diagnosen:

Soweit angesichts der eingeschränkten die Qualität der MR-Untersuchung beurteilbar, zeige sich keine klare Nervenwurzelkompression. Es bestehe der Verdacht auf ein diskretes Myelomalaziesignal, was jedoch ebenfalls nicht eindeutig sei.

Dr. med. H.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 1. September 2015 (IV-Nr. 95 S. 2 f.) folgende Diagnosen:

Die affektive Modulation sei stark eingeschränkt. Die mnesticen Funktionen präsentierten sich bei grober Prüfung unauffällig. Das formale Denken sei kohärent, aber etwas verlangsamt mit Insuffizienzgefühlen. Die kognitive Umstellungsfähigkeit sei erheblich vermindert. Die Beschwerdeführerin wirke bedrückt, freudlos, zeige wenig Gestik und Mimik. Im Vordergrund stehe eine dysthym-depressive Grundsymptomatik sowie eine schmerzbezogene Kognition mit ungünstigen passiv-regressiven Copingstrategien. Das Spektrum der gezeigten Gefühle sei eingeschränkt. Der Antrieb sei vermindert. Aus rein psychiatrischer Sicht liege die Arbeitsunfähigkeit bei 60 %. Die körperlich angepassten Tätigkeiten müssten klar strukturiert sein■ aus einfachen Abläufen bestehen und im geschützten Rahmen erfolgen.

Das MRT der Halswirbelsäule, am 7. Januar 2016 im Röntgeninstitut P.\_\_\_\_ angefertigt, ergab im Vergleich zur Voruntersuchung keine signifikante Befundänderung. Es bestünden unverändert eine paramedian betonte Bandscheibenhernie C5/6 rechts sowie leichte degenerative Veränderungen in den benachbarten Segmenten C4/5 und C6/7. Sodann erfolgte eine Infiltration der Halswirbelsäule, welche direkt im Anschluss zu keiner bedeutsamen Befundbesserung führte (IV-Nr. 98 S. 2 f.). Das MRT der Lendenwirbelsäule vom 8. Februar 2017 wiederum zeigte eine hypertrophe Facettendegeneration mit anteriorer Pseudolisthesis Grad I nach Meyerding unter beidseitiger foraminaler Bedrängung der

L4-Wurzel sowie eine leichte Facettendegeneration und ein leichtes Diskusbulging mit moderater foraminaler Enge beidseits in L5/S1 (IV-Nr. 115 S. 25).

3.6 Dem Verlaufsgutachten der Gutachterstelle K.\_\_\_\_ vom 13. Oktober 2017 (IV-Nr. 115) lassen sich die nachstehenden Diagnosen entnehmen (S. 38):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

3.6.1 Der Experte Dr. med. L.\_\_\_\_ gelangte zum Ergebnis, dass der internistische Status nach wie vor unauffällig sei und immer noch ein sehr demonstratives Schmerzverhalten mit deutlicher Selbstlimitierung im Vordergrund stehe. Aus internistischer Sicht lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen (S. 19 ff. / 44).

3.6.2 Die Beschwerdeführerin berichtete dem Experten Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Rheumatologie FMH, am 17. Mai 2017, sie leide unter zervikalen Schmerzen mit Ausstrahlung okzipital und in die Schulterregion mit zeitweiligen HWS-Blockaden und Schwindel. Zudem habe sie Kreuzschmerzen, welche bis zur Ferse ausstrahlten. Die Schmerzen seien auf der linken Seite generell stärker, bestünden Tag und Nacht und würden auf der visuellen Analogskala (VAS) mit zehn taxiert. Schlafen gehe sehr schlecht. Spazieren könne sie knapp eine halbe Stunde, aber nicht täglich. Sitzen in guter Position sei eine halbe Stunde möglich. Auch beim seitlichen Liegen habe sie Schmerzen, nur die Rückenlage bringe ein wenig Linderung. Sie mache häufig Therapie und nehme Targin (10/5 mg), aber ohne wesentlichen Erfolg. Im Haushalt könne sie sehr wenig machen, der Mann helfe mit (S. 24).

Die rheumatologische Untersuchung ergebe einen Flachrücken im Bereich der Brustwirbelsäule sowie eine schmerzhaft eingeschränkte Beweglichkeit aller drei Wirbelsäulenabschnitte, bedingt durch eine Diskushernie C5/6 sowie degenerative LWS-Veränderungen. Spondylogene oder radikuläre Zeichen fehlten bei absolut normaler Neurologie. Die linksseitige Hyposensibilität im Bereich von Gesicht, Arm, Thorax, Bauch und Bein sei als funktionell zu deuten und habe kein anatomisches Korrelat. Die Gelenke bewegten sich durchwegs frei und ohne Schmerzen. Ein entzündlich-rheumatisches Geschehen, wie eine Kollagenose oder eine Myopathie, sei ausgeschlossen. Demzufolge sei der Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Bestückerin weiterhin eine vollständige Arbeitsunfähigkeit zu attestieren. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit in Wechselpositionen, also nicht rein sitzend, ohne Zwangshaltung und Heben schwerer Gewichte (repetitiv 7 kg und einmalig 10 kg), sei aus rein rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Die Anamnese und die Befunde deckten sich mit denjenigen im Vorgutachten vom Februar 2014. Somit sei keine Verbesserung und lediglich eine subjektive, nicht jedoch objektive Verschlechterung eingetreten (S. 27).

3.6.3 Gegenüber dem neurologischen Experten Dr. med. M.\_\_\_\_ erklärte die Beschwerdeführerin am 16. Mai 2017, sie leide unter Schmerzen in Nacken und Kreuz sowie in beiden Fersen, ausserdem unter «wahnsinnigen» Schmerzen der Fingergelenke. Die Schmerzen strahlten vom Nacken zum Teil in die Schulter, zum Teil auch in beide Arme bis zu den Fingern aus. Wegen des Schwindels sei sie vor zwei Jahren gestürzt und habe sich am rechten Arm eine Fraktur zugezogen. Sie habe das Gefühl, der ganze Kiefer sei seit dem Sturz verschoben. Zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehe kein Schwindel, aber ein Schmerz mehr im Nacken- als im Kreuzbereich sowie ein gewisser Druck in den

Ohren (S. 27). Gegenüber 2014 hätten der Kreuz- und Nackenschmerz deutlich zugenommen. Dasselbe gelte für den Schwindel. Zuvor habe sie nur im linken Ohr ein Geräusch wahrgenommen, seit einem Jahr nun beidseits. Im Liegen verspüre sie eher einen Schwankschwindel, welcher manchmal auch beim Stehen oder Laufen zu spüren sei. Beim Laufen nehme sie mitunter einen Drehschwindel wahr. Sie sei den gesamten Tag zu Hause; bis auf das Versorgen der Blumen auf dem Balkon und gelegentliches Lesen unternehme sie normalerweise nichts. Das Zittern im Kopf trete bei körperlicher Belastung auf. Linderung erfahre sie durch Wärme und teils Kälte, Eincremen des Nackens sowie Liegen in Ruhe. Gut geholfen habe auch die Wassertherapie, welche ebenso wie eine Physiotherapie derzeit nicht mehr erfolge. Wegen der Nackenschmerzen und des Zitterns könne sie im Gespräch nicht nach rechts oder links sehen. Es bestehe ein Steifigkeitsgefühl in Nacken und Ohren. Sie höre links schlechter. Nachts schliefen die Hände ein, links mehr als rechts. Auf der VAS-Skala erreichten die Schmerzen sogar im Liegen zehn Punkte. Nur nach Einnahme einer zweiten Tablette Targin könne die Schmerzintensität auf acht von zehn Punkten gesenkt werden (S. 28).

Der Experte stellte die folgenden Diagnosen (S. 30):

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Es fänden sich keine objektivierbaren fokalneurologischen Defizite. Insbesondere bestünden im Rahmen der kernspintomographisch beschriebenen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen keine radikulären Ausfälle. Zudem würden keine spezifisch als radikulär einzuordnende, in die Extremitäten ausstrahlende Schmerzen beklagt. Im MRT vom 8. Februar 2017 werde zwar eine beidseitige foraminale Bedrängung der Wurzel L4 sowie eine Berührung der Wurzel L5 durch eine Bandscheibenprotrusion beschrieben, es liessen sich aber für diese Wurzeln keine radikulären Defizite oder anamnestischen Hinweise auf eine radikuläre Reizung abgrenzen. In der letzten Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 7. Januar 2016 werde eine Pelottierung des Duralsackes durch eine Bandscheibenhernie C5/6, aber keine Myelopathie beschrieben. Auch für eine linksbetonte foraminale Enge C4/5 finde sich keine korrelierende Symptomatik. Dr. med. I. \_\_\_ habe in der elektrophysiologischen Untersuchung vom 22. August 2014 eine verlängerte distalmotorische Latenz des Nervus medianus links ermittelt, welche angesichts des geklagten nächtlichen Einschlafens der Hände als ein Hinweis auf ein Carpal-tunnelsyndrom gedeutet werden könne. Wenn er bezüglich der Medianus-SSEPs eine sichere Pathologie links als fraglich und das doppelgipflige Antwortpotenzial lediglich als auffällig betrachte, so sei dies nachvollziehbar. Eine signifikante Latenzverlängerung der kortikalen Antwort liege offensichtlich nicht vor (S. 30). Die beklagte Minderung des oberflächlichen Berührungsempfindens am linken Arm und Bein sei anatomisch begrenzt. Der übrige neurologische Befund liefere keine Hinweise auf eine organische Genese (S. 30 f.). Für die Arbeitsfähigkeit bestehe keine Relevanz. Gegenüber dem Vorgutachten von 2014 ergebe sich auf neurologischem Gebiet keine Änderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Durch die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit Zwangshaltung am Mikroskop weiterhin ungeeignet. Eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht in einem vollen Pensum zumutbar (S. 31).

3.6.4 Dr. med. O. \_\_\_ hielt zur psychiatrischen Untersuchung vom 17. Mai 2017 fest, während des knapp einstündigen Gespräch stehe die Beschwerdeführerin schmerzbedingt nach zehn und 50 Minuten auf. Ansonsten komme es zu keinen spontanen Schmerzáusserungen. Gestik und Mimik seien nicht reduziert. Für eine Aggravation fänden sich keine Hinweise, eine Verdeutlichungstendenz in Bezug auf die Schmerzen hingegen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert. Der formale Denkablauf sei unauffällig. Es gebe keine inhaltlichen Denkstörungen. Das Denken sei nicht auf die Schmerzen eingeeengt. Für Halluzinationen etc. gebe es keine Hinweise. Kognitive oder mnestiche Defizite seien nicht ersichtlich, die Beschwerdeführerin könne Daten problemlos angeben und die Aufmerksamkeit während des ganzen Gespräches halten. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, insbesondere nicht ins Depressive verschoben. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin spürbar. Sie wirke leicht deprimiert, sei nervös und leicht angespannt, mache sich Sorgen wegen des Schwindels sowie um die finanzielle Situation. Es seien keine Insuffizienzgefühle spürbar und die Vitalgefühle seien nicht herabgesetzt. Pathologischen Ängste und Zwänge liessen sich nicht eruieren. Es komme hin und wieder zu schmerzbedingten Einschlafstörungen und regelmässig zu Durchschlafstörungen, wobei die Beschwerdeführerin jeweils wieder einschlafen könne (S. 34). Es bestünden kein frühmorgendliches Erwachen und keine circadianen Besonderheiten. Es liege weder ein sozialer Rückzug noch ein Interessenverlust vor, hingegen ein leichter Freudverlust, die Beschwerdeführerin könne sich nur noch über ihre Blumen sowie die Kinder und Enkelkinder freuen. Antrieb und Psychomotorik präsentierten sich unauffällig. Die Beschwerdeführerin gebe an, hin und wieder nicht mehr weiterleben zu wollen, akute Suizidalität werde aber glaubhaft verneint (S. 35).

Laut der Beschwerdeführerin habe sich ihr Zustand in den letzten zwei Jahren verschlechtert. Sie berichte im Wesentlichen von den gleichen Symptomen, aber die Rücken- und Nackenschmerzen seien stärker geworden. Die Nackenschmerzen würden sich über den Hinterkopf bis hinter die Augen ausbreiten. Die Schulterschmerzen strahlten in beide Arme bis in die Finger aus, wobei die linke Seite stärker betroffen sei. Die Schmerzen seien Tag und Nacht sowie in jeder Position vorhanden, im Liegen etwas weniger stark. Auf Grund der Schmerzen könne die Beschwerdeführerin nur 30 Minuten am Stück sitzen, bevor sie die Position verändern müsse. Sie könne nicht zu lange gehen und müsse häufig Pausen machen. Täglich nehme sie Schmerzmittel, die nur bedingt helfen würden; die Schmerzen lägen auf einer Schmerzskala bei zehn und gingen nach der Medikamenteneinnahme auf acht bis neun zurück. Schmerzbedingt könne die Beschwerdeführerin auch im Haushalt nur noch leichte Tätigkeiten erledigen, indem sie z.B. aufräume oder abstaube. Bei starken Schmerzen komme es auch zu Schwindelattacken, teils als Dreh- und teils als Schwankschwindel, ausserdem zu einem Kopfzittern. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung lasse sich nicht diagnostizieren: Während des Gesprächs stünden die Schmerzen nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit. In der Schmerzschilderung wirke die Beschwerdeführerin nicht leidend, sondern eher kontrolliert und ohne Leidensdruck. Wie bereits im Vorgutachten bleibe die Schmerzschilderung eher vage; trotz mehrmaliger Nachfrage könnten keine konkreten Schmerzpunkte angegeben werden (S. 35). Während des Gesprächs komme es zwar zweimal zu schmerzinduzierten Positionsveränderungen, allerdings falle auf, dass dazwischen keinerlei spontanen Schmerzáusserungen zu verzeichnen seien. Ausserdem scheine die Beschwerdeführerin im sozialen Alltag durch die Schmerzen nicht sehr eingeschränkt. Sie kümmere sich um ihre

Blumen, gehe regelmässig alleine oder mit ihrer Tochter spazieren, treffe Kolleginnen zum Kaffeetrinken und habe regelmässig Kontakt zu ihren Kindern sowie zum Enkelkind. Ausserdem fahre sie regelmässig in ihre Heimat in die Ferien; auch zur Begutachtung reise sie alleine mit Zug und Bus an. Ein Rückzug in allen Bereichen des Lebens sei damit auszuschliessen. Bezüglich der psychischen Situation berichte die Beschwerdeführerin, sie fühle sich teils depressiv, sei in ihrem Freudempfinden vermindert, vermehrt vergesslich und schmerzabhängig vermindert konzentrationsfähig. Die Schlafstörungen seien in erster Linie schmerzbedingt. Die objektivierbare depressive Symptomatik lasse sich klinisch allenfalls als leichtgradig einstufen und sei auch im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation zu sehen. Die Beschwerdeführerin Sorge sich um ihre finanzielle Situation, seit der Rentenreduktion von 100 % auf 50 % habe sie Schulden gemacht. Zusammenfassend habe sich das gesundheitliche Zustandsbild seit der letzten Begutachtung im Wesentlichen nicht verändert (S. 36). Die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Bericht von Dr. med. H. \_\_\_ vom 7. September 2015 seien nicht nachvollziehbar (S. 37).

3.6.5 Im interdisziplinären Konsens gelangten die Experten zum Schluss, dass die objektivierbaren Gesundheitsschädigungen zu qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führten. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule seien im Rahmen der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zu interpretieren, allerdings bestünden keine radikulären Ausfälle in den Extremitäten, in welche die Schmerzen ausstrahlten (S. 49). Bei der beklagten Minderung des oberflächlichen Berührungsempfindens im linken Arm und Bein fehlten Hinweise auf eine organische Genese. Dies gelte auch für die Schwindelbeschwerden und den Kopftremor, welche als funktionell einzustufen seien. Die weiteren subjektiv beklagten Beschwerden erschienen weniger plausibel und seien überwiegend wahrscheinlich auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zurückzuführen. Für eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation gebe es keine Anhaltspunkte, aber es bestehe eine gewisse Tendenz zur Verdeutlichung der Beschwerden, welche seit der letzten Begutachtung deutlich zugenommen hätten. Die Beschwerdeführerin verfüge über wenig persönliche Ressourcen. Sie besitze keine abgeschlossene Berufsausbildung und habe seit 1996 nicht mehr gearbeitet. Zudem sei sie soziokulturell hierzulande schlecht integriert; obwohl sie schon seit 36 Jahren in der Schweiz wohne, spreche sie praktisch kein Deutsch (S. 50).

Einen typischen Tagesablauf beschreibe die Beschwerdeführerin wie folgt: Sie stehe in der Regel gegen 08:00 Uhr auf, nehme ihre Medikamente, frühstücke (S. 50) und mache fünf bis zehn Minuten Übungen gegen die Schmerzen. Bei schönem Wetter gehe sie spazieren, alleine oder mit der Tochter und der Enkelin. Ansonsten kümmere sie sich um ihre Blumen auf dem Balkon, lese viel, treffe hin und wieder Kolleginnen zum Kaffeetrinken und schaue ansonsten fern, vor allem Serien oder Musiksendungen. Mittags sei sie meistens allein zuhause und esse nur einen Toast oder Reste vom Vorabend. Seitdem sie im Februar 2015 auf der Treppe gestürzt sei und sich den rechten Vorderarm gebrochen habe, getraue sie sich praktisch nicht mehr alleine aus dem Hause. Der Ehemann müsse jetzt alles selber machen. Sie selber verbringe die meiste Zeit auf der Couch vor dem Fernseher. Nach mittags nehme sie ihre Termine z.B. in der Physiotherapie wahr. Im Sommer sitze sie auf der Terrasse. Je nach Schichtende komme ihr Ehemann um 14:30 oder 22:30 Uhr zurück. Sie kümmere sich nur noch um ihre Blumen auf dem Balkon, ihre Katze sei inzwischen verstorben. Abends koche sie etwas. In der Regel gehe sie schon um 20:00 Uhr zu Bett. Als

psychosoziale Belastungsfaktoren seien die finanziellen Schwierigkeiten zu erwähnen, seitdem die Beschwerdeführerin nur noch eine halbe IV-Rente bekomme. Zudem leide sie unter einer gewissen Einsamkeit, weil sie die meiste Zeit des Tages alleine sei. Die Beziehung zum Ehemann habe sich auch etwas verschlechtert. Die Beschwerdeführerin erfahre aber eine gute Unterstützung durch ihren Mann, der viel im Haushalt übernehme, und durch die in der Nähe wohnende Tochter (S. 51).

Die Beschwerdeführerin befinde sich weiterhin in einer ambulanten Gesprächstherapie und nehme morgens und abends je eine Tablette Cymbalta 30 mg. Dies helfe gegen die Nervosität. Die Dosis sei noch nie erhöht worden. Saroten gegen die Schmerzen habe nicht geholfen. Sehr selten nehme sie Temesta 1 mg. Die Therapiestunden erfolgten, je nach ihrem Befinden, einmal monatlich. Den letzten Termin habe sie vor zwei Tagen gehabt, ein neuer sei nicht geplant. Die Kooperation der Beschwerdeführerin sei nach Aktenlage immer gut gewesen. Der aktuell gemessene Duloxetinspiegel im Blut liege im therapeutischen Bereich. Es sei nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne. Seit 1996 habe die Beschwerdeführerin keinerlei Selbsteingliederungsbemühungen mehr unternommen. Die fehlende berufliche Wiedereingliederung sei auf invaliditätsfremde Faktoren (frühe Berentung mit entsprechender Dekonditionierung, subjektive Krankheitsüberzeugung, psychosoziale Belastungssituation mit finanziellen Schwierigkeiten) zurückzuführen (S. 53). Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wären zumutbar (S. 54). Auf Grund des bisherigen Verlaufs und der (invaliditätsfremden) konstellativen Faktoren seien aber die Erfolgsaussichten sehr gering (S. 48).

Eine Diskrepanz bestehe vor allem zwischen der subjektiven Wahrnehmung einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und den praktisch unveränderten objektiven Befunden. Die Beschwerdeführerin gebe an, zum grössten Teil verrichte der Ehemann die Hausarbeit, sie könne noch kleine Sachen machen. Durch ihre Schmerzen scheine sie im sozialen Alltag nicht sehr eingeschränkt zu sein, ein Rückzug in allen Bereichen des Lebens sei auszuschliessen (S. 54). Zur Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung könne nicht viel gesagt werden, zumal die Beschwerdeführerin seit über 20 Jahren nicht mehr erwerbstätig sei. Alle medizinisch notwendigen therapeutischen Optionen seien in Anspruch genommen worden. Es bestehe keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz (S. 55).

Auch wenn die Beschwerdeführerin subjektiv eine deutliche Verschlechterung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit beklage, hätten sich diese objektiv gesehen seit dem 16. Februar 2014 nicht verändert. In ihrer angestammten Tätigkeit als Bestückerin in der Elektronikindustrie bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit (in Wechselpositionen, nicht nur sitzend und nicht in Zwangshaltung, ohne Heben schwerer Gewichte von repetitiv

### **E. 3.7**

3.7.1 Als die Beschwerdegegnerin die beantragte Rentenerhöhung ablehnte, stützte sie sich zu Recht auf die K. \_\_\_-Gutachten vom 16. Februar 2014 und 13. Oktober 2017, welche eine gesundheitliche Veränderung seit dem 28. Oktober 2009 ausdrücklich verneinten. Es besteht kein Anlass, am Beweiswert der beiden Gutachten zu zweifeln. Diese erfüllen vollumfänglich die praxisgemässen Anforderungen, stammen sie doch von unabhängigen Fachärzten. Diese Experten haben die Beschwerdeführerin jeweils gründlich untersucht

(IV-Nr. 73 S. 32 ■ 35, 36 ■ 38, 43 f. / Nr. 115 S. 19 ■ 22, 24 f., 28 f., 34 f.), ihre subjektiven Angaben festgehalten (IV-Nr. 73 S. 31 f., 35 f., 41 -■43 / Nr. 115 S. 18 f., 24, 27 f., 32 ■ 34) und sich ausführlich mit den Vorakten und der Anamnese befasst (IV-Nr. 73 S. 2 ■ 30, 40 f. / Nr. 115 S. 2 ■ 18, 23, 31). Die gutachterlichen Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet. Die Experten haben sich auch mit den früheren Arztberichten befasst und erläutert, warum sie diesen nicht folgen.

Die Beschwerdeführerin rügt, dass ab 2015 keine Berichte der behandelnden Ärzte mehr vorliegen. Dies trifft zwar zu, ist aber unbehelflich. Es kann nicht verlangt werden, dass den Experten stets sämtliche allenfalls vorhandenen Akten vorliegen müssen; es genügt vielmehr, wenn die entscheidungswesentlichen Unterlagen bekannt sind (Urteile des Bundesgerichts 8C\_716/2018 vom 26. November 2018 E. 4.2 und 8C\_900/2014 vom 28. Mai 2015 E. 3.2.1). Die Gutachter haben bei der Verlaufsbeurteilung den aktuellen Zustand der Beschwerdeführerin erhoben. Es lag in ihrem pflichtgemässen Ermessen, bei den behandelnden Ärzten ergänzende Auskünfte einzuholen oder darauf zu verzichten (Urteil des Bundesgerichts 9C\_804/2018 vom 23. Januar 2019 E. 2.2). Die Beschwerdeführerin legt nicht dar, und es ist auch nicht ersichtlich, welche zusätzlichen Erkenntnisse durch weitere Berichte der behandelnden Ärzte gewonnen werden könnten.

Richtig ist, dass das Verlaufsgutachten einige Schreibfehler enthält. Es geht aber nicht an, ihm deswegen den Beweiswert abzuspochen. Von einer oberflächlichen Behandlung kann angesichts der schlüssigen Beurteilung keine Rede sein. Um ein Gutachtern wegen solcher Fehler zu verwerfen, müsste es sehr viel schlampiger daherkommen, als es hier der Fall ist (für ein entsprechendes Beispiel s. Urteil des Versicherungsgerichts des Kantons Solothurn VSBES.2017.235 vom 2. Mai 2018 E. II. 3.3).

3.7.2 In rheumatologischer und neurologischer Hinsicht vermag die Schlussfolgerung, dass in einer angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % besteht, zu überzeugen. Die Gutachter konnten sich auf umfassende klinische, radiologische und apparative Untersuchungen stützen. Die Würdigung dieser Befunde und ihrer Ausprägung zeigte, dass die geklagten Beschwerden zwar teilweise einen somatischen Kern besitzen, ihr Ausmass aber dadurch nicht erklärt wird. Die Umschreibung des Zumutbarkeitsprofils, namentlich die Beschränkung auf wechselstellige Arbeiten ohne Zwangshaltungen, schwere Lasten und Sturzgefahr, trägt den erhobenen Befunden in einleuchtender Weise Rechnung. Soweit sich die Beschwerden demgegenüber nicht auf objektivierbare organische Schäden zurückführen lassen (indem etwa ein radikuläres Ausfallsyndrom fehlt), darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_170/2009 vom 6. Mai 2009 E. 2.2 und 9C\_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1). Was die radiologisch sichtbaren degenerativen Veränderungen angeht, so sind diese allein noch kein Beweis dafür, dass die geklagten Schmerzen dort ihren Ursprung haben (Urteil des Bundesgerichts 9C\_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 5.3 in fine). Bei Schäden an der Wirbelsäule kommt vielmehr der klinischen Untersuchung zentrale Bedeutung zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_699/2016 vom 13. März 2017 E. 4.3), d.h. es ist Aufgabe des Gutachters, die bildgebenden Befunde anhand der klinischen Untersuchungsergebnisse zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_470/2017 vom 29. Juni 2018 E. 3.2). Der Einwand der Beschwerdeführerin, bei der Verlaufsbeurteilung hätten den Gutachtern keine neueren radiologischen Befunde vorgelegen, trifft nicht. Sowohl der neurologische Experte Dr. med. M. \_\_\_ als auch der rheumatologische Experte Dr. med. R. \_\_\_ beziehen sich auf die MRI-Aufnahmen der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 7. Januar 2016 resp. 8. Februar

2017 (s. IV-Nr. 115 S. 25, 27 und 30). Der Bericht zur MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 11. März 2019 (Beschwerdebeilage Nr. 3), den die Beschwerdeführerin an der Verhandlung eingereicht hat, ist hier unerheblich, da er ein Jahr nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung erging und keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand in der vorhergehenden Zeit erlaubt.

Die Beschwerdeführerin wendet weiter ein, das Verlaufsgutachten vom 13. Oktober 2017 habe nicht alle somatischen Beschwerden berücksichtigt, indem es auf die Otosklerose mit Schwerhörigkeit, den Tinnitus und den Drehschwindel nicht eingegangen sei. Dies ist unzutreffend. Das Verlaufsgutachten ordnete die Otosklerose und den Tinnitus unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein, wie es schon im Gutachten vom 16. Februar 2014 geschehen war. Den Schwindel (und den Kopftremor) wiederum erachtete das Verlaufsgutachten im interdisziplinären Konsens als nicht organisch bedingt (IV-Nr. 115 S. 50). Der neurologische Gutachter befasste sich auch 2017 mit dem Schwindel (S. 28) und hielt fest, dass sich auf seinem Fachgebiet seit dem Vorgutachten von 2014 keine Veränderung ergeben habe (S. 31). Das Vorgutachten indes hatte sich damals ausführlich mit der Schwindelsymptomatik auseinandergesetzt (s. IV-Nr. 73 S. 38 f. / 40 oben / 53 f. / 54 f.).

Die übrigen Arztberichte enthalten keine Angaben, welche andere Schlussfolgerungen nahelegen. Zur Frage einer adaptierten Tätigkeit äussert sich in somatischer Hinsicht lediglich Dr. med. G.\_\_\_\_, der von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % spricht. Er begründet diese Aussage aber nicht näher und relativiert sie sogleich dahingehend, dass letztlich die Beschwerdegegnerin das genaue Ausmass einer Restarbeitsfähigkeit bestimmen müsse. Daraus lässt sich nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin ableiten. Es finden sich auch nirgends relevante Befunde, die den Gutachtern entgangen wären. Die behandelnden Ärzte beschreiben ebenfalls eine in weiten Teilen unauffällige Befundlage, welche mit den geklagten Beschwerden nur teilweise korrespondiert. Einzig Dr. med. F.\_\_\_\_ legt eingehend dar, welche Genese der Schwindel seiner Auffassung nach hat. Diese Ausführungen sind jedoch kaum verständlich und für das Gericht nicht nachvollziehbar, weshalb diese Berichte nicht berücksichtigt werden können. Der Einwand, die Gutachter gingen nicht auf die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ ein, ist nicht stichhaltig. Entscheidend ist, dass den Gutachtern sämtliche (relevanten) Unterlagen zur Verfügung standen. Das K.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. Februar 2014 fasst die beiden Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2011 und 3. Dezember 2012 unter der Überschrift «Aktenauszug» zusammen (IV-Nr. 73 S. 14 f. + 20 f.), erging also in Kenntnis dieser Berichte (s. Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2). Ausserdem ging der neurologische Experte Dr. med. M.\_\_\_\_ auf die Feststellungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ ein und gab an, warum er diesen nicht folgt (IV-Nr. 73 S. 39).

3.7.3 Was die psychiatrische Seite angeht, so liegt mit den Berichten von Dr. med. H.\_\_\_\_ in der Tat eine abweichende fachärztliche Beurteilung vor. Abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte genügen jedoch für sich allein nicht, um ein Gutachten in Zweifel zu ziehen. Der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheiden sich voneinander (Urteil des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Zusammenhang gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 65 E. 4.5. S. 470; Urteil

des Bundesgerichts 8C\_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare ■ also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende ■ Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2 und 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4). Dies ist hier nicht der Fall. Dr. med. H.\_\_\_\_ nahm zwar einen Psychostatus auf. Seine Berichte enthalten jedoch weder eine Anamnese noch eine nähere Begründung der Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. H.\_\_\_\_ geht insbesondere mit keinem Wort auf die nach heutiger Praxis entscheidende Frage ein, über welche Ressourcen die Beschwerdeführerin verfügt. Seine beiden Berichte können schon von daher nicht das gleiche Gewicht wie die umfassenden und detaillierten K.\_\_\_\_-Gutachten beanspruchen. Sie enthalten auch keine Hinweise auf methodische Fehler resp. eine Missachtung wissenschaftlicher Standards durch den psychiatrischen Experten Dr. med. O.\_\_\_\_. Dies muss umso mehr gelten, als sich Dr. med. H.\_\_\_\_ in seinem zweiten Bericht in keiner Weise mit dem Erstgutachten vom 16. Februar 2014 auseinandersetzt.

Was das strukturierte Beweisverfahren bei psychischen Krankheitsbildern betrifft, so soll der Rechtsanwender keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung durchführen. Er hat vielmehr frei zu prüfen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_635/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 6.1). Im vorliegenden Fall hat das Verlaufsgutachten vom 13. Oktober 2017 alle massgeblichen Indikatoren behandelt (in der Struktur, welche die Beschwerdegegnerin im Begutachtungsauftrag vorgegeben hat) und die unbeachtlichen invaliditätsfremden Faktoren ausgeschieden. Damit wurden die Vorgaben gemäss Rechtsprechung eingehalten. Die Einschätzung im Verlaufsgutachten, dass der psychische Gesundheitszustand keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, ist überzeugend. Für die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, eine uneingeschränkte berufliche Leistung zu erbringen, sprechen in der Gesamtwürdigung namentlich die verschiedenen sozialen Aktivitäten, welche keinen Rückzug erkennen lassen, die unauffällige Persönlichkeitsstruktur, die Selbstlimitierung, die Diskrepanzen in der Beschwerdeschilderung sowie die unzureichende Behandlungsfrequenz von einer Therapiesitzung pro Monat (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_793/2016 vom 15. September 2017 E. 8.2). Die Beschwerdeführerin rügt einzig, dass sich das Verlaufsgutachten nicht näher zum Schweregrad der Störungen äussere. Dies ist jedoch unzutreffend. Das Gutachten geht vielmehr auf die «Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde» sowie die «konkreten Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung» ein (IV-Nr. 115 S. 49 Ziff. I/1 + 2). Aus diesen Ausführungen ergibt sich sowohl das begrenzte Ausmass der somatischen Befunde als auch, dass nur eine leichte depressive Episode vorliegt.

3.8 Bei dieser Beweislage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Beurteilung vom 28. Oktober 2009

nicht geändert hat. Damit entfällt eine Rentenanpassung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 IVG, d.h. es kommt weder eine Erhöhung der Rente noch deren Aufhebung resp. Reduktion in Frage.

3.9 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C\_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1, 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3 und 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 5). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C\_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

Im vorliegenden Fall besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Eingliederungsbereitschaft, sieht sich die Beschwerdeführerin doch als vollständig arbeitsunfähig an. Dies ergibt sich einerseits daraus, dass sie bis zur angefochtenen Verfügung keinerlei Bemühungen unternahm, sich wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren, obwohl ihr der behandelnde Psychiater Dr. med. H. \_\_\_ am 1. September 2015 in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 40 % bescheinigt hatte (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_351/2014 vom 14. August 2014 E. 4). Andererseits halten die beiden K. \_\_\_-Gutachten fest, der Beschwerdeführerin fehle es an der Motivation und die Erfolgsaussichten von Eingliederungsmassnahmen seien aus invaliditätsfremden Gründen sehr gering (IV-Nr. 73 S. 57 Ziff. 7.9 / Nr. 115 S. 48 Ziff. 7.9 und S. 53 Ziff. 5). Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren nicht zur beruflichen Wiedereingliederung äusserte (s. IV-Nrn. 122 ■ 124). Im Beschwerdeverfahren beantragte sie zwar berufliche Massnahmen, ging darauf aber in der Beschwerdebegründung und im Parteivortrag an der Verhandlung nicht weiter ein. Vor diesem Hintergrund bestand im Verfügungszeitpunkt mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen.

3.10 Die Beschwerde stellt sich zusammenfassend als unbegründet heraus und ist abzuweisen, ebenso der Antrag der Beschwerdegegnerin auf eine reformatio in peius.

4.

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation ■ abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen ■ keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a).

4.2 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1■000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die unterlegene Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen. Diese werden mit dem geleisteten

Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

Demnach widerkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss in Höhe von CHF 1'000.00 verrechnet.

4. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 11. April 2019 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Je eine Kopie des Berichts des Röntgeninstituts P.\_\_\_\_ vom 11. März 2019 sowie der Kostennote vom 11. April 2019 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

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

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Haldemann

#### **E. 4**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

#### **E. 5**

Gemischte Hyperlipidämie.

#### **E. 6**

Status nach Osteosynthese einer Unterarmfraktur rechts (5. Februar 2015).

#### **E. 7**

kg und einmalig 10 kg) sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig (S. 55).

#### **E. 8**

Status nach Abgang eines Ureterkonkrement links (1995).

#### **E. 9**

Leichte depressive Episode (F32.00).

#### **E. 10**

kg), sei aus rein rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit zumutbar. Die Anamnese und die Befunde deckten sich mit denjenigen im Vorgutachten vom Februar 2014. Somit sei keine Verbesserung und lediglich eine subjektive, nicht jedoch objektive Verschlechterung eingetreten (S. 27). 3.6.3 Gegenüber dem neurologischen Experten Dr.

med. M.\_\_\_\_ erklärte die Beschwerdeführerin am 16. Mai 2017, sie leide unter Schmerzen in Nacken und Kreuz sowie in beiden Fersen, ausserdem unter «wahnsinnigen» Schmerzen der Fingergelenke. Die Schmerzen strahlten vom Nacken zum Teil in die Schulter, zum Teil auch in beide Arme bis zu den Fingern aus. Wegen des Schwindels sei sie vor zwei Jahren gestürzt und habe sich am rechten Arm eine Fraktur zugezogen. Sie habe das Gefühl, der ganze Kiefer sei seit dem Sturz verschoben. Zum Zeitpunkt der Begutachtung bestehe kein Schwindel, aber ein Schmerz mehr im Nacken- als im Kreuzbereich sowie ein gewisser Druck in den Ohren (S. 27). Gegenüber 2014 hätten der Kreuz- und Nackenschmerz deutlich zugenommen. Dasselbe gelte für den Schwindel. Zuvor habe sie nur im linken Ohr ein Geräusch wahrgenommen, seit einem Jahr nun beidseits. Im Liegen verspüre sie eher einen Schwankschwindel, welcher manchmal auch beim Stehen oder Laufen zu spüren sei. Beim Laufen nehme sie mitunter einen Drehschwindel wahr. Sie sei den gesamten Tag zu Hause; bis auf das Versorgen der Blumen auf dem Balkon und gelegentliches Lesen unternehme sie normalerweise nichts. Das Zittern im Kopf trete bei körperlicher Belastung auf. Linderung erfahre sie durch Wärme und teils Kälte, Eincremen des Nackens sowie Liegen in Ruhe. Gut geholfen habe auch die Wassertherapie, welche ebenso wie eine Physiotherapie derzeit nicht mehr erfolge. Wegen der Nackenschmerzen und des Zitterns könne sie im Gespräch nicht nach rechts oder links sehen. Es bestehe ein Steifigkeitsgefühl in Nacken und Ohren. Sie höre links schlechter. Nachts schliefen die Hände ein, links mehr als rechts. Auf der VAS-Skala erreichten die Schmerzen sogar im Liegen zehn Punkte. Nur nach Einnahme einer zweiten Tablette Targin könne die Schmerzintensität auf acht von zehn Punkten gesenkt werden (S. 28). Der Experte stellte die folgenden Diagnosen (S. 30): A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Leichte bis mässige degenerative HWS- und LWS-Veränderungen · chronische Nuchalgien und Lumbalgien · keine radikuläre Ausfallsymptomatik B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 2. Tremor des Kopfes, intermittierend, funktioneller Ätiologie Es fänden sich keine objektivierbaren fokalneurologischen Defizite. Insbesondere beständen im Rahmen der kernspintomographisch beschriebenen degenerativen Wirbelsäulenveränderungen keine radikulären Ausfälle. Zudem würden keine spezifisch als radikulär einzuordnende, in die Extremitäten ausstrahlende Schmerzen beklagt. Im MRT vom 8. Februar 2017 werde zwar eine beidseitige foraminale Bedrängung der Wurzel L4 sowie eine Berührung der Wurzel L5 durch eine Bandscheibenprotrusion beschrieben, es liessen sich aber für diese Wurzeln keine radikulären Defizite oder anamnestischen Hinweise auf eine radikuläre Reizung abgrenzen. In der letzten Kernspintomographie der Halswirbelsäule vom 7. Januar 2016 werde eine Pelottierung des Duralsackes durch eine Bandscheibenhernie C5/6, aber keine Myelopathie beschrieben. Auch für eine linksbetonte foraminale Enge C4/5 finde sich keine korrelierende Symptomatik. Dr. med. I.\_\_\_\_ habe in der elektrophysiologischen Untersuchung vom 22. August 2014 eine verlängerte distalmotorische Latenz des Nervus medianus links ermittelt, welche angesichts des geklagten nächtlichen Einschlafens der Hände als ein Hinweis auf ein Carpal tunnel syndrome gedeutet werden könne. Wenn er bezüglich der Medianus-SSEPs eine sichere Pathologie links als fraglich und das doppelgipflige Antwortpotenzial lediglich als auffällig betrachte, so sei dies nachvollziehbar. Eine signifikante Latenzverlängerung der kortikalen Antwort liege offensichtlich nicht vor (S. 30). Die beklagte Minderung des oberflächlichen Berührungsempfindens am linken Arm und Bein sei anatomisch begrenzt. Der übrige neurologische Befund liefere keine Hinweise auf eine organische Genese (S. 30 f.). Für die Arbeitsfähigkeit bestehe keine Relevanz. Gegenüber dem Vorgutachten von 2014 ergebe

sich auf neurologischem Gebiet keine Änderung in der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Durch die degenerativen Wirbelsäulenveränderungen sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit mit Zwangshaltung am Mikroskop weiterhin ungeeignet. Eine leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeit sei aus neurologischer Sicht in einem vollen Pensum zumutbar (S. 31).

3.6.4 Dr. med. O. \_\_\_ hielt zur psychiatrischen Untersuchung vom 17. Mai 2017 fest, während des knapp einstündigen Gespräch stehe die Beschwerdeführerin schmerzbedingt nach zehn und 50 Minuten auf. Ansonsten komme es zu keinen spontanen Schmerzáusserungen. Gestik und Mimik seien nicht reduziert. Für eine Aggravation fänden sich keine Hinweise, eine Verdeutlichungstendenz in Bezug auf die Schmerzen hingegen könne nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert. Der formale Denkablauf sei unauffällig. Es gebe keine inhaltlichen Denkstörungen. Das Denken sei nicht auf die Schmerzen eingengt. Für Halluzinationen etc. gebe es keine Hinweise. Kognitive oder mnestiche Defizite seien nicht ersichtlich, die Beschwerdeführerin könne Daten problemlos angeben und die Aufmerksamkeit während des ganzen Gespräches halten. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, insbesondere nicht ins Depressive verschoben. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin spürbar. Sie wirke leicht deprimiert, sei nervös und leicht angespannt, mache sich Sorgen wegen des Schwindels sowie um die finanzielle Situation. Es seien keine Insuffizienzgefühle spürbar und die Vitalgefühle seien nicht herabgesetzt. Pathologischen Ängste und Zwänge liessen sich nicht eruieren. Es komme hin und wieder zu schmerzbedingten Einschlafstörungen und regelmässig zu Durchschlafstörungen, wobei die Beschwerdeführerin jeweils wieder einschlafen könne (S. 34). Es bestünden kein frühmorgendliches Erwachen und keine circadianen Besonderheiten. Es liege weder ein sozialer Rückzug noch ein Interessenverlust vor, hingegen ein leichter Freudverlust, die Beschwerdeführerin könne sich nur noch über ihre Blumen sowie die Kinder und Enkelkinder freuen. Antrieb und Psychomotorik präsentierten sich unauffällig. Die Beschwerdeführerin gebe an, hin und wieder nicht mehr weiterleben zu wollen, akute Suizidalität werde aber glaubhaft verneint (S. 35). Laut der Beschwerdeführerin habe sich ihr Zustand in den letzten zwei Jahren verschlechtert. Sie berichte im Wesentlichen von den gleichen Symptomen, aber die Rücken- und Nackenschmerzen seien stärker geworden. Die Nackenschmerzen würden sich über den Hinterkopf bis hinter die Augen ausbreiten. Die Schulterschmerzen strahlten in beide Arme bis in die Finger aus, wobei die linke Seite stärker betroffen sei. Die Schmerzen seien Tag und Nacht sowie in jeder Position vorhanden, im Liegen etwas weniger stark. Auf Grund der Schmerzen könne die Beschwerdeführerin nur 30 Minuten am Stück sitzen, bevor sie die Position verändern müsse. Sie könne nicht zu lange gehen und müsse häufig Pausen machen. Täglich nehme sie Schmerzmittel, die nur bedingt helfen würden; die Schmerzen lägen auf einer Schmerzskala bei zehn und gingen nach der Medikamenteneinnahme auf acht bis neun zurück. Schmerzbedingt könne die Beschwerdeführerin auch im Haushalt nur noch leichte Tätigkeiten erledigen, indem sie z.B. aufräume oder abstaube. Bei starken Schmerzen komme es auch zu Schwindelattacken, teils als Dreh- und teils als Schwankschwindel, ausserdem zu einem Kopfzittern. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung lasse sich nicht diagnostizieren: Während des Gesprächs stünden die Schmerzen nicht im Hauptfokus der Aufmerksamkeit. In der Schmerzschilderung wirke die Beschwerdeführerin nicht leidend, sondern eher kontrolliert und ohne Leidensdruck. Wie bereits im Vorgutachten bleibe die Schmerzschilderung eher vage; trotz mehrmaliger Nachfrage könnten keine konkreten Schmerzpunkte angegeben werden (S. 35). Während des

Gespräch komme es zwar zweimal zu schmerzinduzierten Positionsveränderungen, allerdings falle auf, dass dazwischen keinerlei spontanen Schmerzáusserungen zu verzeichnen seien. Ausserdem scheine die Beschwerdeführerin im sozialen Alltag durch die Schmerzen nicht sehr eingeschränkt. Sie kümmere sich um ihre Blumen, gehe regelmässig alleine oder mit ihrer Tochter spazieren, treffe Kolleginnen zum Kaffeetrinken und habe regelmässig Kontakt zu ihren Kindern sowie zum Enkelkind. Ausserdem fahre sie regelmässig in ihre Heimat in die Ferien; auch zur Begutachtung reise sie alleine mit Zug und Bus an. Ein Rückzug in allen Bereichen des Lebens sei damit auszuschliessen. Bezüglich der psychischen Situation berichte die Beschwerdeführerin, sie fühle sich teils depressiv, sei in ihrem Freudempfinden vermindert, vermehrt vergesslich und schmerzabhängig vermindert konzentrationsfähig. Die Schlafstörungen seien in erster Linie schmerzbedingt. Die objektivierbare depressive Symptomatik lasse sich klinisch allenfalls als leichtgradig einstufen und sei auch im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation zu sehen. Die Beschwerdeführerin Sorge sich um ihre finanzielle Situation, seit der Rentenreduktion von 100 % auf 50 % habe sie Schulden gemacht. Zusammenfassend habe sich das gesundheitliche Zustandsbild seit der letzten Begutachtung im Wesentlichen nicht verändert (S. 36). Die Diagnosen und die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 7. September 2015 seien nicht nachvollziehbar (S. 37).

3.6.5 Im interdisziplinären Konsens gelangten die Experten zum Schluss, dass die objektivierbaren Gesundheitsschädigungen zu qualitativen Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit führten. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule seien im Rahmen der degenerativen Wirbelsäulenveränderungen zu interpretieren, allerdings bestünden keine radikulären Ausfälle in den Extremitäten, in welche die Schmerzen ausstrahlten (S. 49). Bei der beklagten Minderung des oberflächlichen Berührungsempfindens im linken Arm und Bein fehlten Hinweise auf eine organische Genese. Dies gelte auch für die Schwindelbeschwerden und den Kopftremor, welche als funktionell einzustufen seien. Die weiteren subjektiv beklagten Beschwerden erschienen weniger plausibel und seien überwiegend wahrscheinlich auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zurückzuführen. Für eine bewusstseinsnahe Aggravation oder Simulation gebe es keine Anhaltspunkte, aber es bestehe eine gewisse Tendenz zur Verdeutlichung der Beschwerden, welche seit der letzten Begutachtung deutlich zugenommen hätten. Die Beschwerdeführerin verfüge über wenig persönliche Ressourcen. Sie besitze keine abgeschlossene Berufsausbildung und habe seit 1996 nicht mehr gearbeitet. Zudem sei sie soziokulturell hierzulande schlecht integriert; obwohl sie schon seit 36 Jahren in der Schweiz wohne, spreche sie praktisch kein Deutsch (S. 50). Einen typischen Tagesablauf beschreibe die Beschwerdeführerin wie folgt: Sie stehe in der Regel gegen 08:00 Uhr auf, nehme ihre Medikamente, frühstücke (S. 50) und mache fünf bis zehn Minuten Übungen gegen die Schmerzen. Bei schönem Wetter gehe sie spazieren, alleine oder mit der Tochter und der Enkelin. Ansonsten kümmere sie sich um ihre Blumen auf dem Balkon, lese viel, treffe hin und wieder Kolleginnen zum Kaffeetrinken und schaue ansonsten fern, vor allem Serien oder Musiksendungen. Mittags sei sie meistens allein zuhause und esse nur einen Toast oder Reste vom Vorabend. Seitdem sie im Februar 2015 auf der Treppe gestürzt sei und sich den rechten Vorderarm gebrochen habe, getraue sie sich praktisch nicht mehr alleine aus dem Hause. Der Ehemann müsse jetzt alles selber machen. Sie selber verbringe die meiste Zeit auf der Couch vor dem Fernseher. Nach mittags nehme sie ihre Termine z.B. in der Physiotherapie wahr. Im Sommer sitze sie auf der Terrasse. Je nach Schichtende komme ihr Ehemann um 14:30 oder 22:30 Uhr zurück.

Sie kümmere sich nur noch um ihre Blumen auf dem Balkon, ihre Katze sei inzwischen verstorben. Abends koche sie etwas. In der Regel gehe sie schon um 20:00 Uhr zu Bett. Als psychosoziale Belastungsfaktoren seien die finanziellen Schwierigkeiten zu erwähnen, seitdem die Beschwerdeführerin nur noch eine halbe IV-Rente bekomme. Zudem leide sie unter einer gewissen Einsamkeit, weil sie die meiste Zeit des Tages alleine sei. Die Beziehung zum Ehemann habe sich auch etwas verschlechtert. Die Beschwerdeführerin erfahre aber eine gute Unterstützung durch ihren Mann, der viel im Haushalt übernehme, und durch die in der Nähe wohnende Tochter (S. 51). Die Beschwerdeführerin befinde sich weiterhin in einer ambulanten Gesprächstherapie und nehme morgens und abends je eine Tablette Cymbalta 30 mg. Dies helfe gegen die Nervosität. Die Dosis sei noch nie erhöht worden. Saroten gegen die Schmerzen habe nicht geholfen. Sehr selten nehme sie Temesta 1 mg. Die Therapiestunden erfolgten, je nach ihrem Befinden, einmal monatlich. Den letzten Termin habe sie vor zwei Tagen gehabt, ein neuer sei nicht geplant. Die Kooperation der Beschwerdeführerin sei nach Aktenlage immer gut gewesen. Der aktuell gemessene Duloxetin Spiegel im Blut liege im therapeutischen Bereich. Es sei nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden könne. Seit 1996 habe die Beschwerdeführerin keinerlei Selbsteingliederungsbemühungen mehr unternommen. Die fehlende berufliche Wiedereingliederung sei auf invaliditätsfremde Faktoren (frühe Berentung mit entsprechender Dekonditionierung, subjektive Krankheitsüberzeugung, psychosoziale Belastungssituation mit finanziellen Schwierigkeiten) zurückzuführen (S. 53). Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen wären zumutbar (S. 54). Auf Grund des bisherigen Verlaufs und der (invaliditätsfremden) konstellativen Faktoren seien aber die Erfolgsaussichten sehr gering (S. 48). Eine Diskrepanz bestehe vor allem zwischen der subjektiven Wahrnehmung einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes und den praktisch unveränderten objektiven Befunden. Die Beschwerdeführerin gebe an, zum grössten Teil verrichte der Ehemann die Hausarbeit, sie könne noch kleine Sachen machen. Durch ihre Schmerzen scheine sie im sozialen Alltag nicht sehr eingeschränkt zu sein, ein Rückzug in allen Bereichen des Lebens sei auszuschliessen (S. 54). Zur Aktivität vor Eintritt der Gesundheitsschädigung könne nicht viel gesagt werden, zumal die Beschwerdeführerin seit über 20 Jahren nicht mehr erwerbstätig sei. Alle medizinisch notwendigen therapeutischen Optionen seien in Anspruch genommen worden. Es bestehe keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz (S. 55). Auch wenn die Beschwerdeführerin subjektiv eine deutliche Verschlechterung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit beklage, hätten sich diese objektiv gesehen seit dem 16. Februar 2014 nicht verändert. In ihrer angestammten Tätigkeit als Bestückerin in der Elektronikindustrie bestehe weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit (in Wechselpositionen, nicht nur sitzend und nicht in Zwangshaltung, ohne Heben schwerer Gewichte von repetitiv 7 kg und einmalig 10 kg) sei die Beschwerdeführerin aus interdisziplinärer Sicht nach wie vor zu 100 % arbeitsfähig (S. 55).

### **E. 13**

März 2017 E. 4.3), d.h. es ist Aufgabe des Gutachters, die bildgebenden Befunde anhand der klinischen Untersuchungsergebnisse zu überprüfen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_470/2017 vom 29. Juni 2018 E. 3.2). Der Einwand der Beschwerdeführerin, bei der Verlaufsbeurteilung hätten den Gutachtern keine neueren radiologischen Befunde vorgelegen, trifft nicht. Sowohl der neurologische Experte Dr. med. M.\_\_\_\_ als auch der

rheumatologische Experte Dr. med. R.\_\_\_\_ beziehen sich auf die MRI-Aufnahmen der Hals- und Lendenwirbelsäule vom 7. Januar 2016 resp. 8. Februar 2017 (s. IV-Nr. 115 S. 25, 27 und 30). Der Bericht zur MRT-Untersuchung der Halswirbelsäule vom 11. März 2019 (Beschwerdebeilage Nr. 3), den die Beschwerdeführerin an der Verhandlung eingereicht hat, ist hier unerheblich, da er ein Jahr nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung erging und keine Rückschlüsse auf den Gesundheitszustand in der vorhergehenden Zeit erlaubt. Die Beschwerdeführerin wendet weiter ein, das Verlaufsgutachten vom 13. Oktober 2017 habe nicht alle somatischen Beschwerden berücksichtigt, indem es auf die Otosklerose mit Schwerhörigkeit, den Tinnitus und den Drehschwindel nicht eingegangen sei. Dies ist unzutreffend. Das Verlaufsgutachten ordnete die Otosklerose und den Tinnitus unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein, wie es schon im Gutachten vom 16. Februar 2014 geschehen war. Den Schwindel (und den Kopftremor) wiederum erachtete das Verlaufsgutachten im interdisziplinären Konsens als nicht organisch bedingt (IV-Nr. 115 S. 50). Der neurologische Gutachter befasste sich auch 2017 mit dem Schwindel (S. 28) und hielt fest, dass sich auf seinem Fachgebiet seit dem Vorgutachten von 2014 keine Veränderung ergeben habe (S. 31). Das Vorgutachten indes hatte sich damals ausführlich mit der Schwindelsymptomatik auseinandergesetzt (s. IV-Nr. 73 S. 38 f. / 40 oben / 53 f. / 54 f.). Die übrigen Arztberichte enthalten keine Angaben, welche andere Schlussfolgerungen nahelegen. Zur Frage einer adaptierten Tätigkeit äussert sich in somatischer Hinsicht lediglich Dr. med. G.\_\_\_\_, der von einer Arbeitsfähigkeit von 50 % spricht. Er begründet diese Aussage aber nicht näher und relativiert sie sogleich dahingehend, dass letztlich die Beschwerdegegnerin das genaue Ausmass einer Restarbeitsfähigkeit bestimmen müsse. Daraus lässt sich nichts zu Gunsten der Beschwerdeführerin ableiten. Es finden sich auch nirgends relevante Befunde, die den Gutachtern entgangen wären. Die behandelnden Ärzte beschreiben ebenfalls eine in weiten Teilen unauffällige Befundlage, welche mit den geklagten Beschwerden nur teilweise korrespondiert. Einzig Dr. med. F.\_\_\_\_ legt eingehend dar, welche Genese der Schwindel seiner Auffassung nach hat. Diese Ausführungen sind jedoch kaum verständlich und für das Gericht nicht nachvollziehbar, weshalb diese Berichte nicht berücksichtigt werden können. Der Einwand, die Gutachter gingen nicht auf die Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ ein, ist nicht stichhaltig. Entscheidend ist, dass den Gutachtern sämtliche (relevanten) Unterlagen zur Verfügung standen. Das K.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. Februar 2014 fasst die beiden Berichte von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2011 und 3. Dezember 2012 unter der Überschrift «Aktenauszug» zusammen (IV-Nr. 73 S. 14 f. + 20 f.), erging also in Kenntnis dieser Berichte (s. Urteil des Bundesgerichts 9C\_276/2017 vom 23. April 2018 E. 4.3.2). Ausserdem ging der neurologische Experte Dr. med. M.\_\_\_\_ auf die Feststellungen von Dr. med. F.\_\_\_\_ ein und gab an, warum er diesen nicht folgt (IV-Nr. 73 S. 39).

3.7.3 Was die psychiatrische Seite angeht, so liegt mit den Berichten von Dr. med. H.\_\_\_\_ in der Tat eine abweichende fachärztliche Beurteilung vor. Abweichende Auffassungen behandelnder Ärzte genügen jedoch für sich allein nicht, um ein Gutachten in Zweifel zu ziehen. Der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten unterscheiden sich voneinander (Urteil des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Zusammenhang gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 65 E. 4.5. S. 470; Urteil des Bundesgerichts 8C\_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.2). Zudem kann eine

psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte lege artis vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare – also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende – Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2 und 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4). Dies ist hier nicht der Fall. Dr. med. H. \_\_\_ nahm zwar einen Psychostatus auf. Seine Berichte enthalten jedoch weder eine Anamnese noch eine nähere Begründung der Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeit. Dr. med. H. \_\_\_ geht insbesondere mit keinem Wort auf die nach heutiger Praxis entscheidende Frage ein, über welche Ressourcen die Beschwerdeführerin verfügt. Seine beiden Berichte können schon von daher nicht das gleiche Gewicht wie die umfassenden und detaillierten K. \_\_\_-Gutachten beanspruchen. Sie enthalten auch keine Hinweise auf methodische Fehler resp. eine Missachtung wissenschaftlicher Standards durch den psychiatrischen Experten Dr. med. O. \_\_\_. Dies muss umso mehr gelten, als sich Dr. med. H. \_\_\_ in seinem zweiten Bericht in keiner Weise mit dem Erstgutachten vom 16. Februar 2014 auseinandersetzt. Was das strukturierte Beweisverfahren bei psychischen Krankheitsbildern betrifft, so soll der Rechtsanwender keine losgelöste juristische Parallelüberprüfung durchführen. Er hat vielmehr frei zu prüfen, ob die funktionellen Auswirkungen medizinisch anhand der Indikatoren schlüssig und widerspruchsfrei festgestellt wurden und somit den normativen Vorgaben Rechnung tragen (BGE 141 V 281 E. 5.2.3; Urteil des Bundesgerichts 8C\_635/2018 vom 21. Dezember 2018 E. 6.1). Im vorliegenden Fall hat das Verlaufsgutachten vom 13. Oktober 2017 alle massgeblichen Indikatoren behandelt (in der Struktur, welche die Beschwerdegegnerin im Begutachtungsauftrag vorgegeben hat) und die unbeachtlichen invaliditätsfremden Faktoren ausgeschieden. Damit wurden die Vorgaben gemäss Rechtsprechung eingehalten. Die Einschätzung im Verlaufsgutachten, dass der psychische Gesundheitszustand keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, ist überzeugend. Für die Fähigkeit der Beschwerdeführerin, eine uneingeschränkte berufliche Leistung zu erbringen, sprechen in der Gesamtwürdigung namentlich die verschiedenen sozialen Aktivitäten, welche keinen Rückzug erkennen lassen, die unauffällige Persönlichkeitsstruktur, die Selbstlimitierung, die Diskrepanzen in der Beschwerdeschilderung sowie die unzureichende Behandlungsfrequenz von einer Therapiesitzung pro Monat (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_793/2016 vom

## **E. 15**

September 2017 E. 8.2). Die Beschwerdeführerin rügt einzig, dass sich das Verlaufsgutachten nicht näher zum Schweregrad der Störungen äussere. Dies ist jedoch unzutreffend. Das Gutachten geht vielmehr auf die «Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde» sowie die «konkreten Erscheinungsformen der Gesundheitsschädigung» ein (IV-Nr. 115 S. 49 Ziff. I/1 + 2). Aus diesen Ausführungen ergibt sich sowohl das begrenzte Ausmass der somatischen Befunde als auch, dass nur eine leichte depressive Episode vorliegt. 3.8 Bei dieser Beweislage ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Beurteilung vom 28. Oktober 2009 nicht geändert hat. Damit entfällt eine Rentenanpassung im Sinne von Art. 17 Abs. 1 IVG, d.h. es kommt weder eine Erhöhung

der Rente noch deren Aufhebung resp. Reduktion in Frage. 3.9 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C\_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1, 9C\_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3 und 9C\_559/2012 vom 27. November 2012 E. 5). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C\_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2). Im vorliegenden Fall besteht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit keine Eingliederungsbereitschaft, sieht sich die Beschwerdeführerin doch als vollständig arbeitsunfähig an. Dies ergibt sich einerseits daraus, dass sie bis zur angefochtenen Verfügung keinerlei Bemühungen unternahm, sich wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren, obwohl ihr der behandelnde Psychiater Dr. med. H.\_\_\_\_ am 1. September 2015 in einer adaptierten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 40 % bescheinigt hatte (s. Urteil des Bundesgerichts 8C\_351/2014 vom 14. August 2014 E. 4). Andererseits halten die beiden K.\_\_\_\_-Gutachten fest, der Beschwerdeführerin fehle es an der Motivation und die Erfolgsaussichten von Eingliederungsmassnahmen seien aus invaliditätsfremden Gründen sehr gering (IV-Nr. 73 S. 57 Ziff. 7.9 / Nr. 115 S. 48 Ziff. 7.9 und S. 53 Ziff. 5). Hinzu kommt, dass sich die Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren nicht zur beruflichen Wiedereingliederung äusserte (s. IV-Nrn. 122 – 124). Im Beschwerdeverfahren beantragte sie zwar berufliche Massnahmen, ging darauf aber in der Beschwerdebegründung und im Parteivortrag an der Verhandlung nicht weiter ein. Vor diesem Hintergrund bestand im Verfügungszeitpunkt mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit kein Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen. 3.10 Die Beschwerde stellt sich zusammenfassend als unbegründet heraus und ist abzuweisen, ebenso der Antrag der Beschwerdegegnerin auf eine reformatio in peius. 4. 4.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu. Die Beschwerdegegnerin wiederum hat als mit öffentlich-rechtlichen Aufgaben betraute Organisation – abgesehen von hier nicht interessierenden Ausnahmen – keinen Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. etwa BGE 128 V 133 E. 5b, 126 V 150 E. 4a). 4.2 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die unterlegene Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen. Diese werden mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet.

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