

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.122 vom 25. April 2019**

SO Obergericht, 2019-04-25, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.122\\_d20190425](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.122_d20190425)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.122 du 25 avril 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.122 del 25 aprile 2019

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1963, meldete sich am 21. März 2007 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden seit 1998 bestehende Depressionen angegeben.

1.2 Die Beschwerdegegnerin tätigte diverse medizinische Abklärungen und gewährte der Beschwerdeführerin berufliche Massnahmen in Form einer Beratung und Unterstützung zwecks Arbeitsplatzhaltung durch die Stellvermittlung (IV-Nr. 24). Mit Verfügung vom 13. November 2007 (IV-Nr. 35) sprach sie dieser gestützt auf einen Invaliditätsgrad von 50 % mit Wirkung ab 1. August 2007 eine halbe Invalidenrente zu.

### **E. 2**

2.1 Ende Juni 2008 wanderte die Beschwerdeführerin nach [...] aus (IV-Nr. 36). Die Beschwerdegegnerin überwies die Akten an die zuständige IV-Stelle für Versicherte im Ausland IVSTA (IV-Nr. 39). Gemäss Verfügung vom 30. Juli 2008 richtete diese der Beschwerdeführerin die halbe IV-Rente ab 1. August 2008 weiterhin aus (IV-Nr. 40).

2.2 Im Jahr 2009 leitete die IVSTA eine Rentenrevision ein (IV-Nr. 41.57). In diesem Zusammenhang wurde bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, ein Gutachten in Auftrag gegeben, das am 4. Juni 2012 erstattet wurde (IV-Nr. 41.29). Mit Verfügung vom 17. April 2013 hob die IVSTA die Rente der Beschwerdeführerin per 1. Juni 2013 auf (IV-Nr. 41.17).

2.3 Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin beim Bundesverwaltungsgericht Beschwerde erheben (IV-Nr. 41.15). Diese wurde mit Urteil vom 13. August 2013 (C-2972/2013, IV-Nr. 41.8) insofern gutgeheissen, dass die Verfügung aufgehoben und die Sache an die IVSTA zurückgewiesen wurde, damit sie die erforderlichen zusätzlichen fachärztlichen (orthopädischen, allgemeinmedizinischen sowie psychiatrischen) Abklärungen durchführe und anschliessend neu verfüge.

### **E. 3**

3.1 Mit Schreiben vom 31. Oktober 2013 teilte die IVSTA der Beschwerdegegnerin mit, dass die Beschwerdeführerin seit 13. Mai 2013 wieder in der Schweiz lebe (IV-Nr. 41.1) und übermittelte dieser zuständigkeitshalber die Akten zur Vollstreckung des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts vom 13. August 2013.

3.2 Die Beschwerdegegnerin gab in der Folge ein polydisziplinäres Gutachten (Psychiatrie, Rheumatologie und Innere Medizin) bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ in Auftrag. Dieses datiert vom 17. November 2014 (IV-Nrn. 53.1 ■ 53.5). Mit Verfügung vom 7. Oktober 2015 (IV-Nr. 73) stellte die Beschwerdegegnerin die Rentenleistung sodann wiederum per 1. Juni 2013 ein.

4. Gegen diese Verfügung liess die Beschwerdeführerin am 9. November 2015 (IV-Nr. 74 S. 3 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben. Das Versicherungsgericht hiess diese mit Urteil vom 24. August 2016 (IV-Nr. 82) gut, hob die Verfügung der Beschwerdegegnerin auf und wies die Sache an diese zurück, damit sie ein neues, polydisziplinäres Gutachten (internistisch, orthopädisch, psychiatrisch) unter Berücksichtigung der seither ergangenen bundesgerichtlichen Schmerzrechtsprechung (BGE 141 V 281) einhole und hierauf neu entscheide.

## **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

5.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen).

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen

Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 209 S. 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

5.4 In Revisionsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sich die von einer früheren abweichende ärztliche Einschätzung nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O., E. 2.4).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob in der angefochtenen Verfügung die mit Verfügung vom 13. November 2007 (IV-Nr. 35) ab 1. August 2007 zugesprochene halbe Rente zu Recht per 1. Juni 2013 aufgehoben wurde. Diese Frage wird durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenzusprechung vom 13. November 2007 und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Revisionsverfügung vom 3. April 2018 bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

6.1 Worauf die Beschwerdegegnerin in medizinischer Hinsicht anlässlich der ursprünglichen Rentenzusprechung abgestützt hat, hat das Versicherungsgericht in seinem Urteil vom 24. August 2016 (VSBES.2015.283) bereits einlässlich dargelegt. Es kann vollumfänglich auf die entsprechenden Erwägungen (Ziff. 7.1) verwiesen werden, die hier der Vollständigkeit halber noch einmal wiedergegeben werden:

«7.1.1 Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt Psychosomatik, Dipl. Psych. L.\_\_\_\_, Dr. med. M.\_\_\_\_, Oberärztin Innere Medizin und Dr. med. N.\_\_\_\_, Stationsärztin, hielten aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin in der Klinik O.\_\_\_\_ vom 27. Oktober bis 20. Dezember 2006 im Austrittsbericht vom 17. Januar 2007 (IV-Nr. 41.15 S. 16 ff.) folgende Diagnosen fest:

- 1.Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.10)
- 2.Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)  
Panikstörung (ICD-10 F41.0)
- 3.Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und paranoiden Persönlichkeitszügen (ICD-10 F60.8)
- 4.Arterielle Hypertonie (ICD-10 I10)
- 5.Dyssomnie (CPAP-Beatmung) bei mixed OSAS (ICD-10 G47.3)  
(bei Dr. Betschart in regelmässiger Kontrolle)
- 6.Hyperreagibles Bronchialsystem (anamnestisch) bei Nikotinabusus von 30 py (ICD-10 J45.9)
- 7.Morbide Adipositas (BMI 44.2 kg/m<sup>2</sup> bei Eintritt, 42.5 kg/m<sup>2</sup> bei Austritt) (ICD-10 E66.0)
- 8.Hypercholesterinämie, unter Simvastation normalisiert (ICD-10 E78.2)
- 9.Gestörte Glucosetoleranz (HbA1c 6,3) (ICD-10 R73.0)
- 10.Degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette rechts (ICD-10 M75.1)

Die Beschwerdeführerin sei zur Behandlung einer rezidivierenden depressiven Störung mit zeitweise psychotischen Symptomen und Verdacht auf eine Angststörung zugewiesen worden. Sie arbeite seit circa 15 Jahren zu 100 % als Charcuterie-Verkäuferin und Kassierin in der P.\_\_\_\_. Seit circa 10 Jahren komme es immer wieder zu Auseinandersetzungen mit einem Vorgesetzten, was bei der Beschwerdeführerin jeweils starke Anspannungsgefühle ausgelöst habe. In den vergangenen Jahren habe die psychische Destabilisierung mit Ängsten, depressiven Symptomen und paranoidem Erleben zugenommen (S. 16 f.). Ziele der stationären Behandlung seien die Stimmungsstabilisation, die Erweiterung der Copingstrategien bei depressiver Verstimmung, Angst, Anspannung sowie Aktivitätsaufbau, Strukturierung des Essverhaltens und Gewichtsabnahme. Dazu habe die Beschwerdeführerin am Therapieprogramm mit Einzelpsychotherapie, Ergotherapie, Achtsamkeitsübungen, Entspannungsübungen, Körperwahrnehmung, Physio- und Bewegungstherapie, Aquatherapie sowie einem Gruppenprogramm für Depressive teilgenommen. Zudem habe die Beschwerdeführerin Ernährungsberatung und Sozialberatung erhalten. Die Medikation sei umgestellt, Haldol und Tolvon seien abgesetzt und neu Abilify und Effexor eingesetzt worden. Die Beschwerdeführerin habe

Ernährungsberatung erhalten und der Sozialdienst habe zwei Arbeitgebergespräche durchgeführt (S. 18). Im Verlauf des Klinikaufenthaltes habe eine Stimmungsaufhellung mit Reduktion der Antriebsschwierigkeiten, verbessertem Selbstwertgefühl, regelmässiger Tagesstruktur und Normalisierung des Schlafes erreicht werden können. Der BDI habe sich von 21 auf 14 Punkte verbessert. Die körperliche Belastbarkeit habe gesteigert und das Gewicht um 4 kg reduziert werden können. Die generalisierten Ängste und die damit verbundenen belastenden Kognitionen hätten soweit kontrolliert werden können, dass die Beschwerdeführerin sich insgesamt ruhiger und sicherer gefühlt habe und bestimmte, negativ konnotierte Schmuckstücke wieder versuchsweise getragen habe. Die Beschwerdeführerin habe teilweise auch ein kontraphobisches Verhalten gezeigt, in dem sie sich angstbesetzten Situationen ausgesetzt habe und beispielsweise wiederholt zum Einkaufen an ihren Arbeitsort zurückgekehrt sei, wo sie Begegnungen mit ihrem Vorgesetzten riskiert habe. Kurz vor dem Austritt habe die Beschwerdeführerin beim Einkaufen in einem anderen Laden eine Panikattacke mit kaltem Schweiß, Zittern und Beklemmungsgefühlen erlitten. Gemäss ihren Angaben sei dies der erste Anfall dieser Art gewesen, wobei frühere Panikattacken aufgrund ihrer geringen Ausprägung oder anderer kausaler Zuschreibungen, z.B. Kreislauf, vermutlich nicht als solche identifiziert worden seien. Die Beschwerdeführerin habe das Ereignis in Verbindung zum bevorstehenden Austritt und der erhöhten Anspannung aufgrund ihrer Arbeitsplatzsituation gebracht. Auf den Wunsch der Beschwerdeführerin, den Aufenthalt mit dem Ziel einer weiteren Gewichtsabnahme zu verlängern, habe nicht eingetreten werden können. Die Beschwerdeführerin werde eine allfällige ambulante Weiterführung der Ernährungsberatung mit ihrer Hausärztin besprechen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei Anfang Januar ein vierwöchiger Arbeitsversuch (50 %) in der Filiale [...] vorgesehen (S. 19). Danach sei der Übergang in ein ordentliches Arbeitsverhältnis mit schrittweiser Erhöhung des Arbeitspensums geplant.

Wegen teils ausgeprägten Unterschenkelödemen, zeitweise auch verbunden mit Lidödemen, sei eine Therapie mit Torem eingeleitet worden, die eine gewisse Erleichterung gebracht habe. Als Ursache der Beinödeme komme am ehesten eine venöse Insuffizienz in Frage. Eine signifikante Herzinsuffizienz sei bei wiederholt normalem BNP (Brain Natriuretic Peptide) weitgehend ausgeschlossen, eine Hypoproteinämie liege nicht vor. Die bekannte Hypertonie sowie die Hypercholesterinämie seien unter der angegebenen Medikation gut unter Kontrolle. Bei einem leicht erhöhten HbA1c und wiederholt mässig erhöhten Blutzuckerwerten im Tagesprofil müsse von einer gestörten Glucosetoleranz ausgegangen werden. Es sei deshalb eine Therapie mit Glucophage eingeleitet und mit der Beschwerdeführerin eingehend über die Wichtigkeit einer Gewichtsreduktion besprochen worden. In der Röntgenaufnahme der rechten Schulter, die wegen der Schmerzen angefertigt worden sei, fänden sich leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette; die Therapie der Schmerzen habe in symptomatischen Massnahmen bestanden (Voltaren Emugel und Physiotherapie). Auf Wunsch der Beschwerdeführerin seien die Rheumafaktoren bestimmt worden, die ■ erwartungsgemäss ■ negativ ausgefallen seien. Als Ursache der fluktuierend leicht erhöhten Leukozytenzahl und einem CRP (C-reaktives Protein) zwischen 6 und 9 mg/l hätten die Ärzte den Nikotinabusus angesehen. Kurz vor dem Austritt sei ein viraler Infekt der oberen Luftwege aufgetreten, der symptomatisch therapiert worden sei (S. 19). Vom 27. Oktober 2006 bis 31. Januar 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit vierwöchigem Arbeitsversuch (50%-Pensum) beim aktuellen Arbeitgeber ab Anfang Januar. Der Übergang in ein

ordentliches Arbeitsverhältnis mit schrittweiser Erhöhung des Arbeitspensums sei geplant.

7.1.2 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Lungenkrankheiten und Innere Medizin FMH, Lungenpraxis Aarau, hielt im Bericht vom 21. Februar 2007 (IV-Nr. 16 S. 11 f.) aufgrund der Reevaluation der nächtlichen Überdruckbeatmung folgende Diagnosen fest:

1. Obstruktives Schlafapnoe/Hypopnoe-Syndrom schweren Grades mit/bei

-gemitteltem Apnoe/Hypopnoe-Index 92 ■ 100/h

-Desaturationen bis Tiefstwert SaO<sub>2</sub> 81 %

-phasenweise dysrhythmischer Atmung vom Typ Cheyne Stokes

-CPAP-Therapie seit 2002

2. Diabetes mellitus Typ II

-unter oraler Antidiabetika

3. Depression

4. Adipositas

In der aktuell durchgeführten nächtlichen Pulsoxymetrie unter CPAP-Therapie habe mit den aktuellen Druckeinstellungen eine durchwegs stabile nächtliche Oxygenation im normoxämischen Bereich dokumentiert werden können. Der CPAP-Druck könne bei dem bisherigen Wert von 9 cmH<sub>2</sub>O belassen werden. Auch drängten sich ansonsten seitens der CPAP-Therapie keine Änderungen auf. Eine nächste ambulante Verlaufskontrolle der CPAP-Therapie sei frühestens in ein bis zwei Jahren angezeigt.

7.1.3 Im Bericht vom 21. März 2007 führte Dr. med. R.\_\_\_\_, Oberarzt in Vertretung, Orthopädische Klinik des V.\_\_\_\_, folgende Diagnosen aus (IV-Nr. 16 S. 9 f.):

Medialbetonte Gonarthrose links, freier Gelenkkörper, Knorpelsubstanzdefekt im medialen Femurcondylus

Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine diffuse Schmerzsymptomatik bei nachgewiesenem freiem Gelenkkörper, beginnender Arthrose mit Knorpelsubstanzdefekt im Bereich des medialen Femurcondylus und intermittierenden Blockadegefühlen. Nach ausführlicher Befundbesprechung werde die Beschwerdeführerin zur ambulanten Kniearthroskopie mit Entfernung des freien Gelenkkörpers, Gelenktoilette, sowie gegebenenfalls Pridie-Bohrung aufgeboten. Dr. med. S.\_\_\_\_ werde gebeten, die nötigen Voruntersuchungen durchzuführen inkl. pulmologischer und kardialer Abklärungen.

7.1.4 Dr. med. S.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 4. April 2007 (IV-Nr. 16 S. 5 ff.) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

-Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und paranoiden Persönlichkeitszügen, seit circa 2003

-Rezidivierende depressive Störung

-Gonarthrose links, seit 2007

-Adipositas per magna

-Panikstörung

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

- Hypertonie
- Hypercholesterinämie
- Diabetes mellitus Typ II
- Degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette rechts
- Obstruktives Schlafapnoe (CPAP-Therapie seit 2002)

Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin vom 15. bis 20. Januar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und ab 21. Januar 2007 bis auf weiteres zu 50 %. Die behandelnde Psychiaterin habe auch Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt. Der Gesundheitszustand sei stationär bzw. sich verschlechternd. Die Behandlung bei Dr. med. S.\_\_\_\_ sei am 24. September 2001 aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin sei psychisch unbelastbar. Für diese Problematik sei sie bei Dr. med. J.\_\_\_\_ in Behandlung. Ihr sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Andere Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Sie könne eine leichte Haushaltsführung selbständig erledigen. Schwere Hausarbeiten wie z.B. Fenster putzen könne sie im Haushalt nicht mehr ausführen.

7.1.5 Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Arztbericht vom 23. April 2007 (IV-Nr. 18) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig leicht bis mittelgradig (ICD-10 F33.1), seit mindestens 1998
- Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Verschiedene somatische Diagnosen, deren Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht beurteilen könne. Momentan Klagen über Schmerzen im linken Knie, Operation 4. Mai 2007.

In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin/Kassiererin sei die Beschwerdeführerin vom 8. Oktober bis 6. Dezember 2004 zu 100 %, vom 7. Dezember 2004 bis 31. Januar 2005 zu 50 %, vom 14. August 2006 bis 27. Oktober 2006 zu 100 %, vom 27. Oktober 2006 bis 31. Januar 2007 zu 100 % und vom 1. Februar 2007 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Behandlung bei Dr. med. J.\_\_\_\_ laufe seit 10. Juli 2000 mit Unterbrüchen. Momentan arbeite die Beschwerdeführerin zu 50 % im Haushaltartikelverkauf bei P.\_\_\_\_. Dort gehe es jetzt etwas besser, es bestünden keine zwischenmenschlichen Spannungen mehr. Aber es bestehe immer noch eine durch Müdigkeit und Ängste verminderte Konzentration, sie sei rasch ermüdbar und dann gereizt und nervös. Gemäss Personalchef sei dies von aussen nicht sichtbar. Die Beschwerdeführerin scheine ihre Arbeit recht zu machen. Der vorherigen Abteilungsleiterin in [...] sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin mit sich selbst spreche um sich zu beruhigen. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zumutbar, zu vier Stunden pro Tag, damit eine Stabilisierung möglich sei. Dabei sei keine verminderte Leistungsfähigkeit gegeben. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Der Beschwerdeführerin seien keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

7.1.6 Laut Beurteilung der medizinischen Situation durch den RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 23. Juli 2007 (IV-Nr. 21) lägen bei der Beschwerdeführerin jahrelange psychosoziale Belastungen vor, zuletzt Mobbing mit grober psychischer Auffälligkeit und langen Krankenschreibungen. Diagnostisch seien einerseits eine Persönlichkeitsstörung (zumindest laut O.\_\_\_\_), mit der sie immer gearbeitet habe, andererseits auch eine rezidivierende depressive Störung und gen. Angststörung/Panikattacken (was durch die genannten äusseren Probleme ausgelöst worden sei) beschrieben. Im Moment scheine die Beschwerdeführerin, die nicht so schlechte Ressourcen habe, mit einem Verbleib an ihrem alten Arbeitsplatz zu 50 % am oberen Limit ihrer Leistungsfähigkeit. Ob ein Wechsel an einen anderen Platz ihre Erwerbsfähigkeit erhöhen würde, sei unklar, müsse aber eher bezweifelt werden. In diesem Sinn Arbeitsplatzersatz. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wies Dr. med. E.\_\_\_\_ eine «rezidivierende depressive Störung, ICD-10 F33.1» sowie «Panikattacken/Angst, ICD-10 F41.1» aus. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine «Persönlichkeitsstörung, diverse internmedizinische» gegeben. Die funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien psychischer Art und stark auf die aktuelle Arbeitsplatzsituation bezogen, wobei der Arbeitsplatz teils pathogen, teils salutogen wirke. Die Ressourcen seien intrapsychisch wohl nicht so schlecht, was aus dem Bericht O.\_\_\_\_ hervorgehe: gewisse Introspektionsfähigkeit und positive Motivation; beruflich habe die Beschwerdeführerin eine ordentliche Ausbildung in der Heimat absolviert. In der bisherigen Arbeit sei sie 50 % arbeitsfähig. Die Daten zum Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit seien dem Bericht der behandelnden Psychiaterin zu entnehmen. Der RAD äussere sich zur andauernden Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit im medizinischen Sinn. Der RAD sei sich bewusst, dass Fremdfaktoren (jahrelange psychosoziale Belastungen) in diesem Fall eine grosse Rolle spielen würden. Die hätten zu wesentlichen und anhaltenden psychischen Problemen geführt. Gerade durch Arbeitsplatzersatz und Ressourcen habe die Arbeitsfähigkeit mittelfristig verbessert werden können. Die Frage von Verweistätigkeiten stelle sich hier nicht. Es seien keine weiteren Abklärungen notwendig.»

6.2 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2018 präsentierte sich der Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 4. Juni 2012 (IV-Nr. 41.29) folgende Diagnosen fest:

Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2)

-bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4)

-bei gemäss Akten Verdacht auf generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1),

bzw. Panikstörung (ICD-10 41.0)

-mit gemäss Akten multiplen somatischen Erkrankungen (Apnoe-Syndrom, Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, Gonarthrose etc.)

Zusammenfassend sei im Fall der Beschwerdeführerin eine gemischte Angst und depressive Störung gemäss ICD-10 F41.2 bei rezidivierender depressiver Störung, die gegenwärtig remittiert sei (ICD-10 F33.4), festzustellen. In den Akten werde zusätzlich auch eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) bzw. Panikstörung (ICD-10 F41.0) vermutet. Ob sich eigenständige Angststörungen (ICD-10 F41.0, F41.1) tatsächlich objektivierbar abgrenzen liessen, bleibe jedoch unklar und sei aufgrund der aktuellen Untersuchung und

der Akten nicht ausreichend nachvollziehbar. Ausserdem werde auf multiple somatische Erkrankungen hingewiesen. Im aktuellen Querschnitt zeige sich ein objektiv vollständig remittiertes Zustandsbild (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, ICD-10 F33.4). Eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33 sei nicht (mehr) ausreichend zu erkennen. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Bei der Beschwerdeführerin bestehe keines der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades begründen zu können. Die subjektiven Angaben würden sich vollständig durch eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) erklären. Eine Angst und depressive Störung gemischt F41.2 und die damit im Fall der Beschwerdeführerin verbundenen Defizite führten aus rein medizinischer Sicht nicht zu einer relevanten längerfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit. Diese habe aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ihren Gesundheitszustand von vor 2006 bzw. 2007 wieder erreicht. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv gering ausgeprägten und weitgehend im Subjektiven verbliebenen Defizite sei bereits seit 2007 zumutbar. Eine relevante (>20 % von 100 %) Arbeitsunfähigkeit (für die angestammte Tätigkeit als angelernte Verkäuferin, für allfällige Verweistätigkeiten und/oder für Arbeiten im Haushalt) könne nicht (mehr) begründet werden. Für das Jahr 2007 könne aufgrund der Akten von der zu dieser Zeit attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Es könne jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ab wann von der ab März 2012 (Datum der aktuellen Untersuchung) gültigen Einschätzung ausgegangen werden könne. Dies stehe im Widerspruch zu den fachärztlichen Berichten nach 2008, die jedoch nur teilweise nachvollziehbar seien. Der Widerspruch erkläre sich vermutlich durch ein engagiertes Arzt-Patient-Verhältnis sowie psychosoziale Faktoren.

6.2.2 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 17. November 2014 (IV-Nrn. 53.1 ■ 53.5), erstellt von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt:

- Cervicovertebralsyndrom bei mässiger Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit Diskushernie und Spondylarthrose sowie Foraminalstenose C5/6 rechts und Nervenwurzelkompression C6 sowie foraminale Stenose C6/7 links und möglicher Nervenwurzelkompression C7
- Trikompartimentale Gonarthrose rechts bei Nullachse und Status nach Teilmeniskektomie
- Leichte bis mässige mediale Gonarthrose bei Nullachse links und leichter femoropatellärer Inkongruenz
- Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)
- Aktenanamnestisch Zustand nach rezidivierender depressiver Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10 F33.1)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

- Polyarthralgie der Schulter-, Ellbogen- und Handgelenke sowie Hüft- und oberen Sprunggelenke beidseits
- Lumbovertebralsyndrom
- Senkfüsse

- Massive Adipositas
- Akzentuierte emotional instabile ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)
- Metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertension, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Hyperlipidämie
- Status nach Nikotinabusus (30 pack years)
- Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
- Stressinkontinenz Grad II
- Lipödem beider Beine

Aufgrund der Angst- und depressiven Störung gemischt mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin seit dem Datum der letzten gutachterlichen Untersuchung im März 2012 bei voller Stundenpräsenz 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %). Die Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin, einer vorwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit mit häufig inklinierter Körperhaltung, betrage aufgrund des Cervicovertebralsyndroms bei mässiger Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit Discushernie und Spondylarthrose sowie Foraminalstenose C5/6 rechts und Nervenwurzelkompression C6 sowie foraminaler Stenose C6/7 links und möglicher Nervenwurzelkompression C7, der trikompartimentalen Gonarthrose rechts bei Nullachse und Status nach Teilmenishektomie sowie der leichten bis mässigen medialen Gonarthrose bei Nullachse links und leichten femoropatellären Inkongruenz seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Der vorangehende Zeitraum könne retrospektiv orthopädisch nicht beurteilt werden, da die jetzigen Diagnosen von den früheren differierten und nicht klar sei, seit wann sie effektiv bestünden. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig gelaufen werden müsse, insbesondere auf Treppen, Leitern, schrägen Ebenen und unebenem Boden, und die nicht mit häufigen knienden Positionen sowie inklinierten und rotierten Kopfhaltungen verbunden seien, bei denen keine Gegenstände vom Boden über 10 kg, bis Kopfhöhe über 7,5 kg, horizontal über 12,5 kg gehoben werden müssten, vorne nicht über 12,5 kg und einhändig links und rechts nicht über 10 kg getragen werden müssten, könnten seit jeher gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden, wobei es sich seit März 2012 zusätzlich um Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln sollte. Die Arbeitsfähigkeit bestehe seit März 2012 und theoretisch stehe einer sofortigen beruflichen Eingliederung nichts entgegen.

6.2.3 Dr. med. J. \_\_\_ nahm am 11. Dezember 2014 zum psychiatrischen Gutachten Stellung (IV-Nr. 55) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit ihrer Rückkehr aus [...] wieder in regelmässiger Behandlung. Der psychische Zustand habe sich nach der Rentenrevision aufgrund von sozialen Umständen verschlimmert. Der Ehemann der Beschwerdeführerin habe selbst Probleme. Es sei bei ihm eine Krankheit diagnostiziert worden, die möglicherweise nächstes Jahr eine grössere Operation zur Folge haben werde. Das

Gutachten von Dr. med. T.\_\_\_\_ gebe detailliert wieder, unter welchen Symptomen die Beschwerdeführerin leide, hauptsächlich unter Symptomen der Angst und der Depression. Daneben werde von einer akzentuierten Persönlichkeit und einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen. Es werde eine Störung von Krankheitswert diagnostiziert, wobei der Schweregrad der als geringer eingestuft werde als 2006/2007 von der Klinik O.\_\_\_\_ und von ihr selbst. Gemäss ihrer Beobachtung sei der Zustand der Beschwerdeführerin seit dem 19. Juni 2013 sehr schwankend, manchmal seien die Symptome von Angst und Depression stark ausgeprägt, manchmal wieder weniger. Dies hänge auch mit der Schlafstörung zusammen. Sie beobachte ebenfalls Müdigkeit und Erschöpfung. Ebenso schienen ihr kognitive Einschränkungen vorhanden zu sein. Die im Gutachten beschriebene adaptierte Tätigkeit gebe es nur in geschütztem Rahmen, sicher nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt. Eine höhere Arbeitsfähigkeit als 50 % halte sie momentan nicht für möglich.

6.2.4 Dr. med. H.\_\_\_\_ äusserte sich im Schreiben vom 13. Dezember 2014 (IV-Nr. 56) zum rheumatologischen Teilgutachten und hielt fest, die von ihm zusätzlich verifizierte Problematik einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung sei überhaupt nicht zur Kenntnis genommen resp. «gewürdigt» worden.

6.2.5 Die Beschwerdegegnerin hat nach dem erneuten Rückweisungsentscheid durch das Versicherungsgericht ein polydisziplinäres Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ eingeholt (IV-Nr. 101.1).

Im allgemein-internistischen Teil wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin äussere tägliche Knieschmerzen, geschwollene Beine, Probleme mit der Atmung und regelmässige Maskenbeatmung (bei obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom). Sie habe 2006 einen Nervenzusammenbruch erlitten. Sie habe immer Stress gehabt. In [...] sei es etwas besser gewesen. Im Rahmen der Befunderhebung wird massives Übergewicht und damit verbunden eine gewisse Kurzatmigkeit erwähnt. Ansonsten präsentiere sich der Befund unauffällig. Vereinzelt zeige sich ein Pfeifen und Giemen über den Lungenfeldern und das Unterhautgewebe der Unterschenkel sowie Füsse wirke etwas oedematös. Die Finger wirkten ebenfalls leicht geschwollen.

Im orthopädischen Teilgutachten wird ausgeführt, es seien Röntgenbilder vom 12. September 2014 vorgelegt worden, wobei deren Befundung Teil des Gutachtens aus dem Jahr gewesen sei. Die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in beiden Knien. Weiter habe sie Schmerzen im Rücken, zum einen in der Brustwirbelsäule beim Gehen, Stehen und längeren Sitzen, zum anderen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine vor allem links. Eine Besserung durch Schmerzmedikamente erlebe sie nicht. Sie habe seit über 30 Jahren Schmerzen in den Kniegelenken. Wegen Meniskusschäden habe sie Operationen an beiden Kniegelenken gehabt. Die Rückenschmerzen nähmen seit Jahren zu. Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Wirbelsäule stehe im Lot bei Becken- und Schultergeradstand, es bestehe keine Skoliose. In der Seitenansicht fänden sich eine normale Halslordose, eine normale Brustkyphose und eine leicht vermehrte Lendenlordose. Über den Dornfortsätzen bestehe kein Druckschmerz. Ebenfalls bestehe kein Stauchungs- oder Dehnungsschmerz im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Beim Beklopfen der mittleren und unteren BWS sowie LWS werde ein Klopfeschmerz angegeben, auch als Ausstrahlung in das linke Bein. Die paravertebrale Muskulatur sei mässig angespannt, überwiegend im Bereich der oberen BWS, der HWS, aber auch der Lendewülste. Ein Muskeldruckschmerz finde sich beidseits

ohne Seitenbetonung lumbal. Bei Komplexbewegungen falle eine leichte Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit auf, am ehesten der Adipositas geschuldet. An den Schultern bestehe kein Druckschmerz im Bereich des Oberarmkopfes, SC-Gelenks oder AC-Gelenks. Klinisch gebe es keinen Hinweis für eine Rotatorenmanschettenruptur. Komplexbewegungen seien beidseits möglich. Im Bereich des Mittel- und Ringfingers werde ein einschiessender Schmerz bzw. ein Kribbeln beschrieben. Eine leichte Verdickung der Mittelgelenke als Zeichen einer rheumatischen Erkrankung sei denkbar. Schmerzen beim Faustschluss würden nicht geäußert. Der Watsonstest für die Ulnarisinnervation sei negativ. Die Sensorik in den Autonomiegebieten der drei Leitnerven der oberen Extremität sei an der Hand intakt. Das Beklopfen des Karpaltunnels, der Loge de Gyon und des Sulcus ulnaris provoziere keine Dysästhesien. Das Hoffmann-Tinel'sche Zeichen und das Phalenzeichen über dem Karpaltunnel seien negativ. Die Symptomatik in den Fingern lasse sich weder dem Autonomiegebiet des Medianus noch des Ulnaris zuordnen. Am ehesten bestünden radikuläre segmental zuordenbare Schmerzen bei ausgiebigen HWS Degenerationen. Beim Zusammendrücken des Beckens lasse sich sodann kein Druckschmerz auslösen. Ein leichter Druckschmerz bestehe über den Kreuzbein-Darmbein-Gelenken. Beidseits bestünden kein Trochanterklopfschmerz oder Stauchungsschmerz im Bereich der Hüftgelenke. Motorische Ausfälle zeigten sich beidseits ebenfalls keine. Beim Abheben würden Schmerzen am Oberschenkel dorsal angegeben. Das Bewegungsspiel von Hüften und Knien sei auch durch die Adipositas bedingt limitiert. Bei der orientierenden Sensibilitätsprüfung fänden sich im Bereich beider unterer Gliedmassen keine Auffälligkeiten oder Seitendifferenzen. Die vom Rücken aus der LWS-Region ausstrahlenden Schmerzen in den linken Oberschenkel könnten durch Bewegung nicht provoziert werden. Im Bereich der Knie zeige sich beidseits kein Kniegelenkserguss. Rechts mehr als links bestehe ein umschriebener Druckschmerz im Bereich des medialen und lateralen Gelenkspalts diffus ventral oder im Knie. Die Narben im Bereich der Knie seien unauffällig verheilt. Die Meniskuszeichen seien beidseits positiv und die Seitenbänder mässig fest. Die vordere und hintere Schublade sowie der Lachmann-Test seien beidseits negativ. Es bestehe eine Krepitation beim Patellaspiel rechts mehr als links beidseits ohne Klopfeschmerz, das Zeichen nach Zohlen sei negativ. Am oberen und unteren Patellapol sowie an der medialen und lateralen Facette liessen sich Schmerzen durch Betastung und Verschiebung auslösen. Die Bewegung in beiden Kniegelenken sei deutlich eingeschränkt, beidseits bestehe jedoch keine Überstreckbarkeit.

Im psychiatrischen Teilgutachten werden folgende von der Beschwerdeführerin geschilderte Beschwerden wiedergegeben: Sie leide jetzt hauptsächlich unter Schwindel mit Herzrasen, Engegefühl auf der Brust und Angst. Diese Anfälle würden 10 ■ 15 Minuten dauern und drei- bis viermal pro Woche auftreten. Auch im Supermarkt fühle sie sich unwohl. Bei vielen Menschen möchte sie raus. Sie schreie auch den Mann an. Psychisch sei sie nicht stabil. Sie sei schnell müde und mache sich über alles Sorgen, was schon immer der Fall gewesen sei. Erst auf entsprechende Nachfrage gebe sie auch körperliche Beschwerden an. Folgende Befunde werden erhoben: Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit liessen sich nicht erkennen. Die Aufmerksamkeit werde über die ganze Untersuchung hinweg aufrechterhalten. Die Konzentrationsfähigkeit sei nicht erkennbar reduziert. Das Denken wirke nicht eingeeengt auf die Darstellung der körperlichen Beschwerden. Auch Ich-Störungen lägen keine vor. Die Stimmung sei situationsangemessen ernst, aber nicht depressiv. Die Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Der Antrieb sei durchgehend normal. Das Screeningverfahren ergebe

insgesamt das Bild einer Persönlichkeit mit vorherrschend abhängig-selbstunsicheren Persönlichkeitszügen.

Insgesamt werden in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen erhoben:  
mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

6.2.6 Dr. med. H. \_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 23. Juni 2017 (IV-Nr. 103) Folgendes:

Die Röntgenbilder vom 21. Juni 2017 zeigten eine schwerste Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit ventraler Spondylose, eine leichte BWS-Skoliose nach links, Deckplattenunregelmässigkeiten der mittleren BWS, insbesondere Th12 (Osteoporose, Impressionsfraktur älteren Datums?), eine beginnende Coxarthrose links mit Gelenkspaltverschmälerung und osteophytärer Reaktion, eine schwerste mediale Gonarthrose rechts mit weitgehend aufgehobenem Gelenkspalt, eine mittelschwere mediale Gonarthrose links mit Gelenkspaltverschmälerung sowie eine Randsklerose und beginnender osteophytärer Reaktion. Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin sei grotesk. Die Beschwerdeführerin leide unter schwersten beidseitigen Gonarthrosen und chronischen panvertebralen Rückenschmerzen bei beträchtlichen degenerativen Veränderungen. Zusätzlich bestünden multiple internistische Problemkreise, angefangen von Adipositas permagna über Schlafapnoe bis hin zu Diabetes mellitus. Insgesamt könne der Entscheid der Beschwerdegegnerin sehr schlecht nachvollzogen werden, da es sich um eine polymorbide Patientin mit doch erheblichen Einschränkungen am Bewegungsapparat handle, was eine 100%ige Reintegration in den Arbeitsprozess verunmögliche.

6.2.7 In ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 4. Juli 2017 (IV-Nr. 106) führt Dr. med. J. \_\_\_ aus, seit ihrer Beurteilung 2014 habe sich nichts geändert. Der Zustand der Beschwerdeführerin sei wechselhaft. Die Schwankungen, die seit Jahren bestünden, würden mit einer inneren Anspannung zusammenhängen. Diese werde verstärkt durch Ängste und Sorgen, die ebenfalls seit Jahren bestünden, wie auch die Schlafprobleme. Die Beschwerdeführerin selber sage, sie sei gestresst und erschöpft. Sie habe seit 2008 nicht mehr gearbeitet, aber immer wieder nach Teilzeitstellen gesucht. Sie könnte aufgrund der langen Absenz nur langsam eingegliedert werden. Sie führe ein bescheidenes, mit Pausen versehenes Leben. Entsprechend könnte sie auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein. Sie benötige unbedingt Unterstützung durch die Beschwerdegegnerin, um wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden zu können.

7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Die Beschwerdeführerin lässt in formeller Hinsicht gegen das Gutachten vorbringen, dieses sei nicht korrekt zustande gekommen, weil die Beschwerdeführerin zu einem ersten Untersuchungstermin aufgeboten worden sei, bevor die Frist zur Stellungnahme bezüglich der vorgesehenen Gutachter abgelaufen sei. Zudem seien dem Rechtsvertreter die Untersuchungstermine nicht eröffnet worden. Tatsächlich wurde dem Vertreter der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 6. März 2017 mitgeteilt, welche Fachärzte die Begutachtung vornehmen würden und es wurde bis zum 15. März 2017 Frist gesetzt, triftige Einwendungen gegen die genannten Personen schriftlich vorzubringen. Die

Beschwerdeführerin hatte den ersten Untersuchungstermin einen Tag vor Ablauf dieser Frist. Inwiefern das Gutachten aufgrund dessen an einem formellen Mangel leiden sollte, so dass die Beschwerdeführerin einen gewichtigen Nachteil erlitten haben sollte, ist jedoch nicht ersichtlich, zumal gar keine Ausstandsgründe gegen die an der Begutachtung beteiligten Fachexperten vorgebracht wurden. Wäre ein solcher zu Recht geltend gemacht worden, hätte sich eine bereits stattgefundene Untersuchung nachträglich selbstredend als nicht zulässig erwiesen. Dies ist aber vorliegend nicht der Fall. Insofern kommt der kurz nach der Auslosung der entsprechenden Gutachterstelle anberaumte Termin der Beschwerdeführerin zu Gute, da insbesondere diese ein Interesse an einer zügigen Beurteilung ihres Rentenanspruchs hat. Weiter besteht keine gesetzliche Pflicht, die Untersuchungstermine dem Rechtsvertreter einer betroffenen Person förmlich zu eröffnen. Vielmehr sieht das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KVSI) in seinem Anhang V vor, dass die Gutachterstellen die Untersuchungstermine mit den betroffenen Personen direkt vereinbaren. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführerin die Möglichkeit geboten wurde, Einwendungen vorzubringen, womit dem Anspruch auf rechtliches Gehör Genüge getan wurde. Dass die IV-Stelle eine Frist setzte (IV-Nr. 98), welche der Begutachtungsstelle nicht bekannt war und von dieser deshalb nicht beachtet wurde, ist zwar zu bemängeln, wirkt sich aber in der hier gegebenen Konstellation nicht auf die Verwertbarkeit oder die Beweiskraft des Gutachtens aus.

Weiter kann festgestellt werden, dass die beteiligten Gutachter allesamt ausgewiesene Fachärzte in den entsprechenden Gebieten sind. Diese haben ihre Einschätzung nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der von ihr vorgetragenen Beschwerden und in Kenntnis und unter Würdigung der gesamten Aktenlage getroffen. Hinsichtlich Vorhandenseins der gesamten Aktenlage lässt die Beschwerdeführerin zwar vorbringen, dass die Gutachter selber angäben (S. 56), es habe ihnen nicht das gesamte Aktendossier zur Verfügung gestanden. Im entsprechenden Abschnitt, auf den verwiesen wird, wird festgehalten, es falle auf, dass in Zusammenhang mit der Depression im vorliegenden Dossier auf Akten Bezug genommen werde, die aktuell nicht im Original vorhanden seien und wahrscheinlich nicht die Beschwerdeführerin betreffen. Insofern ist die Rede von offenbar fälschlicherweise zu den Akten gelangten Unterlagen, die nicht die Beschwerdeführerin betreffen; nicht aber davon, dass die Beschwerdeführerin betreffende Unterlagen gefehlt hätten. Das Gutachten erfüllt somit die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise.

7.2 Inhaltlich wird in der internistischen Beurteilung nachvollziehbar dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin vor allem eine Adipositas permagna mit metabolischem Syndrom ohne Hinweise für daraus schon resultierende kardiovaskuläre Komplikationen imponiere. Ein aktueller Computertomographiebefund des Abdomens vom 23. März 2017 zeige eine 3.5 cm durchmessende Raumforderung im Bereich der linken Nebenniere. Eine klinische Bedeutung dieser Befunde sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Die aktuelle Symptomschilderung wird als diffus und in Bezug auf die genannten somatischen Diagnosen nicht nachvollziehbar qualifiziert. Dies begründet der Gutachter mit der bestehenden Diskrepanz zwischen der subjektiven Ausprägung der Beschwerden und dem rapportierten Tagesablauf sowie der in der Untersuchung beobachteten guten körperlichen Mobilität, wobei ein bewusstes Verdeutlichungsverhalten nicht sichtbar gewesen sei. Dem ist zuzustimmen. Beispielsweise hat die Beschwerdeführerin zu ihrer Zeit in [...] angegeben, dass sie dort ihren kranken Vater gepflegt habe (S. 8), wobei die geschilderten

gesundheitlichen Beeinträchtigungen sie dabei offensichtlich nicht behindert haben. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung hat sie zur Haushaltsführung ausgeführt, viermal pro Woche in der Wohnung staubzusaugen und den Boden feucht aufzuwischen (S. 42). Insofern überzeugt die Schlussfolgerung, dass aus internistischer Sicht zu jeder Zeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe.

In der orthopädischen Beurteilung wird ausgeführt, dass sich durch die durchgeführten Behandlungen offenbar kein nachhaltiger Erfolg und keine durchgreifende Verbesserung hätten erzielen lassen. Bezüglich der Knie erachtet der Gutachter insbesondere rechts den Gelenkverschleiss als operationswürdig und weist darauf hin, dass die Implantation einer Knie-TEP bereits indiziert worden sei. Schlüssig legt er dar, dass ausdauerndes Stehen und Gehen rasch Schmerzen der Kniegelenke steigere, womit die Belastungsgrenze bei 30 Minuten liege. Dies entspricht den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, die im Rahmen der orthopädischen Begutachtung ausgeführt hat, dass sie seit der letzten Knie-Operation nur noch eine Runde am Tag von ca. 30 Minuten laufe (S. 18). Da kurze Pausen für eine effektive Reduktion nicht genügten, schliesst der Gutachter auf eine maximale konstante Steh- und Gehbelastung von 30 bis 60 Minuten pro Tag. Einen Teil der um etwa einen Drittel in der Beugung geminderten Bewegungsfähigkeit (fehlendes Gelenkspiel) ordnet Dr. med. F.\_\_\_\_ der Adipositas zu, die wiederum zu einer zunehmenden Immobilisierung, Dekonditionierung und Osteoporose führe. Wegen der Rückenschmerzen erachtet er weiter die Beugefähigkeit der Wirbelsäule beim Bücken und für Zwangshaltungen als limitiert, dies einerseits wegen Schmerzen und andererseits aufgrund der Degeneration (Wirbelkörperverschleiss, Verlagerung der Nervenstrukturen). Ein leidenszentriertes Auftreten kann der Gutachter bei der Beschwerdeführerin nicht erkennen, jedoch eine Betonung der körperlichen Befunde, insbesondere der Schmerzen, dies allerdings ohne Aggravationstendenz oder Simulation. Zur gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 25. September 2014 hält Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, dass nicht nachvollziehbar sei, wie in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gesehen werden könne, wenn gleichzeitig erwogen werde, dass durch eine Tätigkeit mit Wiederaufnahme von Zwangshaltungen bestehende Schmerzen zunehmen würden. Er selber erachtet den mehrheitlich stehenden und gehenden Beruf als Verkäuferin als nicht mehr zumutbar und legt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Datum der Vorbegutachtung (25. September 2014) fest. Davor erachtet er eine Einschätzung aufgrund der Tatsache, dass wenige Unterlagen zum Verlauf der Gonarthrose vorlägen, als schwierig. Vermutlich habe bereits 2008 nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Demgegenüber sei eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % möglich. Bereits 2008 hätte aus orthopädischer Sicht umgehend eine Umsetzung einer leidensangepassten Tätigkeit angegangen werden müssen. Komorbiditäten hätten dafür gesorgt, dass dies nicht möglich gewesen sei. Aus rein orthopädischer Sicht lasse sich die jahrelange Arbeitsunfähigkeit nicht begründen, zumal keine richtungsweisende Therapie ergriffen worden sei. Die Anpassungsmöglichkeiten auf die Zukunft hin seien aber immer noch gegeben, auch über die zunehmende Problematik der Knie- und Wirbelsäulenschäden, da im Sitzen der Leidensdruck als gering bis nicht gegeben einzustufen sei. Das angepasste Tätigkeitsprofil präsentiere sich folgendermassen: Zumutbar seien körperlich sehr leichte und teils leichte bis mittelschwere Arbeiten. Mittelschwere Tätigkeiten könnten wegen der Polyarthralgien auch der Schultergelenke nur unter Benutzung ausschliesslich überwiegend der Hände und Arme rumpfnah durchgeführt werden. Die Tätigkeit müsse überwiegend im Sitzen ausgeführt werden (mehr als 80 %), mit Gelegenheit zum Haltungswechsel und

Ausstrecken der Beine, Gewichtsbelastungen beim Tragen und Heben seien bis 5 kg oder 5 ■ 10 kg möglich. Es sei zu erwarten, dass durch die Implantation von Knieprothesen eine deutliche Besserung der Schmerzen erzielt werden könnte. Die konservativ therapeutischen Optionen seien weitgehend ausgeschöpft. Auch diese Schlussfolgerungen erweisen sich als überzeugend.

Dr. med. G. \_\_\_ legt in psychiatrischer Hinsicht schliesslich ebenfalls einleuchtend dar, dass die Beschwerdeführerin eine erhöhte Angstbereitschaft mit Dunkelangst bereits in der Kindheit beschrieben habe. Seit 2005 seien Partnerschaftsprobleme aktenkundig. Zusammen mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz hätten diese zum Auftreten von depressiven Episoden mit der Notwendigkeit stationärer Behandlungen 2005 und 2006 geführt. Eine körperliche Schmerzproblematik bestehe ebenfalls seit 2005. Eine psychiatrische Behandlung erfolge seit 2000 ambulant. Aktuell kann der Gutachter indessen keine depressive Störung diagnostizieren. Dies begründet er mit dem weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund, der erhaltenen sozialen Partizipation (regelmässige und enge Kontakte zur Familie, auch Nichten und Neffen; tägliche Kontakte zum Schwiegervater; Kontakt zu zwei guten Freundinnen; S. 41), der ungestörten Tagesstruktur, einem ungeminderten Antrieb sowie dem vorhandenen Interesse für Fernsehen und soziale Kontakte. Vor diesem Hintergrund erscheint seine Einschätzung stimmig. Die subjektiven Klagen mit lebhaften Träumen und leichter Reizbarkeit sowie erhöhter Ermüdbarkeit lassen den Gutachter indessen an eine Neurasthenie denken. Die allgemeine, schon sehr lange vorhandene Besorgtheit ohne besonderen Anlass weist aus seiner Sicht weiter auf eine generalisierte Angststörung hin, hier auftretend mit Agoraphobie und Panik und auf dem Boden von ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszügen. Eine Persönlichkeitsstörung wird zu Recht als nicht erkennbar erachtet. Die Beschwerdeführerin sei zwar kränkbar, aber ein generelles Minderwertigkeitsgefühl könne nicht konstatiert werden. Es liege auch keine durchweg eingeschränkte Beziehungsfähigkeit vor. Die Beschwerdeführerin unterhalte freundschaftliche Kontakte und nehme an Familientreffen teil. Eine erhebliche Einschränkung des sozialen Aktionsradius sei nicht erkennbar, die Beschwerdeführerin könne alleine einkaufen gehen. Damit einhergehend lassen sich für die Zeit vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung oder auch in Kindheit und Jugend keine entsprechenden Persönlichkeitsauffälligkeiten feststellen. Weiter schliesst Dr. med. G. \_\_\_ auch das Vorliegen einer chronischen somatoformen Schmerzstörung aus. Insbesondere erachtet er das Charakteristikum des Vortragens eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes als vorherrschende Beschwerde, durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt, als nicht gegeben. Tatsächlich hat der Gutachter hierzu im Rahmen der Anamnese festgehalten, dass die Beschwerdeführerin erst auf Nachfrage hin von körperlichen Beschwerden berichtet habe. Sie gibt damit gegenüber dem psychiatrischen Gutachter vorrangig keine Schmerzsymptomatik an. Ausserdem können für die Knie- und Rückenschmerzen degenerative Veränderungen verantwortlich gemacht werden könnten. Der Schmerz tritt, wie Dr. med. G. \_\_\_ treffend darlegt, sodann auch nicht in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommen würde. Zwar könne dies nach gutachterlicher Einschätzung für den Zeitraum 2005 bis 2008 angenommen werden, nicht jedoch zum Untersuchungszeitpunkt. Die Beschwerdeführerin habe in diesem Rahmen keine emotionalen Konflikte angegeben, sondern finanzielle Sorgen und solche um den Ehemann. Die Modifizierbarkeit der

Beschwerden lasse sich auch an der Besserung der körperlichen Beschwerden in [...] erkennen, wo eine psychiatrische Behandlung durchgeführt worden sei. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird sodann ebenfalls verneint. Zwar bestünden klinisch gesehen seit mindestens sechs Monaten Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, und diese hätten ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung. Jedoch seien psychische Faktoren nicht ursächlich für Modifizierung des Schweregrads, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen. Rein formal könne aufgrund der Diagnose einer generalisierten Angststörung mit zusätzlicher Agoraphobie und Panik bei ängstlich-selbstunsicheren Zügen und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, deshalb auch keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden. Dies gelte rückblickend auch für den Zeitraum 2005 bis 2008. Noch einmal wird darauf hingewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nicht mit im Vordergrund stehenden Schmerzen präsentiert habe. Eine Schmerzschilderung mit hoher Intensität und wenig Schwankungen, wie bei einem chronischen Schmerz zumeist vorhanden, sei ebenfalls nicht gegeben. Schliesslich wird auch zu Recht auf den Umstand hingewiesen, dass der Schmerz in gewissem Kontext ausgeblendet werden könne, so beim Einkaufen oder im Urlaub. Anhaltspunkte für eine Aggravation sieht der psychiatrische Gutachter sodann keine. So kommt Dr. med. G. \_\_\_ zum nachvollziehbaren Schluss, dass auf dem psychiatrischen Gebiet keine Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Die bisher durchgeführte Therapie kann gutachterlich gesehen nicht beurteilt werden, weil keine klar erkennbar ärztlich verordnete Medikamentenverordnung vorliege und keine therapeutisch wirksamen Spiegel der angegebenen, allenfalls indizierten Medikation, gemessen worden seien. Zu den Ressourcen wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit ihrer Rückkehr in die Schweiz nicht mehr gearbeitet habe und die familiäre Unterstützung aufgrund der Tatsache, dass sich der Grossteil der Familie in [...] befinde, gering sei. Die persönlichen Ressourcen liessen sich nur indirekt einschätzen, wobei die angegebenen sozialen Aktivitäten zu berücksichtigen seien. Die Familientreffen, Urlaube in [...], Treffen mit einer Freundin und regelmässige Versorgung des Haushalts, die kleinen Einkäufe, der Gang mit dem Hund und ein starkes Interesse an Fernsehunterhaltung liessen solche jedenfalls erkennen. Die Alltagsaktivitäten stellten sich damit gegenwärtig als weitgehend uneingeschränkt dar. Dr. med. G. \_\_\_ nimmt schliesslich Stellung zu den bisherigen psychiatrischen Einschätzungen und erachtet die Diagnosen in den Gutachten von Dr. med. T. \_\_\_ sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum 2005 bis 2014 aus aktueller Sicht mit Ausnahme der Diagnose Angst und Depression gemischt als nachvollziehbar. Bei psychosozialer Belastungssituation sei es 2005 zu einer depressiven Dekompensation gekommen, die schon während des stationären Aufenthalts in der Klinik O. \_\_\_ nur noch leicht- bis mittelgradig gewesen sei und von den Angstsymptomen eine generalisierte Besorgtheit und Panik geblieben sei. Mit der Rentenrevision 2013 sei wiederum eine depressive Dekompensation bei Zukunftssorgen erfolgt. Aktuell würden aber keine depressiven Symptome angegeben, sondern nur Panik und agoraphobische Störungen. Die tageweise auftretenden Stimmungsschwankungen seien kontextabhängig und bedingt durch die ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszüge. Somit wird die vom Vorgutachter geäusserte Diagnose konsequenterweise in der aktuellen Begutachtung verneint. Aus psychiatrischer Sicht liege seit Oktober 2014 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

7.3 Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ als beweiskräftig. Zu prüfen bleibt, ob die verschiedenen Einwendungen der Beschwerdeführerin etwas an dieser Beurteilung zu ändern vermögen.

7.3.1 Einerseits wird unter Verweis auf den Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 23. Juni 2017 (IV-Nr. 103) geltend gemacht, es seien keine aktuellen Röntgenbilder erstellt und diejenigen aus dem Jahr 2014 nicht gewürdigt worden. Hierzu ist einerseits festzuhalten, dass es im Ermessen des Gutachters liegt, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Andererseits verweist der orthopädische Gutachter in Bezug auf die 2014 erstellten Röntgenbilder auf die Befunderhebung durch den damaligen Gutachter, Dr. med. I.\_\_\_\_ (S. 14). Inwiefern es notwendig gewesen wäre, diese noch einmal zu wiederholen, ist nicht ersichtlich. Hinsichtlich des Bewegungsapparats kann ausserdem festgestellt werden, dass der aktuelle Gutachter eine eingehende klinische Untersuchung vorgenommen und die Befundlage umfassend dargestellt hat. Zwischen der gutachterlichen Untersuchung und derjenigen durch Dr. med. H.\_\_\_\_ liegen indessen nur vier Monate, weshalb in zeitlicher Hinsicht kaum von einer wesentlichen Verschlechterung des Zustandes zwischen dem gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt und dem Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. H.\_\_\_\_ gesprochen werden kann. Zudem stellt Dr. med. H.\_\_\_\_ keine andere oder schwerere Diagnose in Bezug auf die Gonarthrose, weshalb sein Hinweis, dass die Einschätzung der Beschwerdegegnerin grotesk sei, da die Beschwerdeführerin an schwersten Gonarthrosen leide, fehlschlägt. Auch Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostiziert eine Gonarthrose Grad IV rechts (höchster Schweregrad) und Grad III links. Insofern wird in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, zu der sich Dr. med. H.\_\_\_\_ zwar nicht explizit äussert, lediglich der gleiche medizinische Sachverhalt anders beurteilt. Dr. med. H.\_\_\_\_ nennt aber keine objektivierbaren Aspekte, welche bei der Begutachtung unerwähnt oder ungewürdigt geblieben wären.

7.3.2 Wegen der von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzausstrahlungen in die Beine und Arme sowie Taubheitsgefühle und Ameisenkribbeln wird geltend gemacht, es hätte eine neurologische Begutachtung erfolgen müssen. Der orthopädische Gutachter hat diese anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin in seiner Befunderhebung und Beurteilung berücksichtigt. Gemäss Anhang V des KVSI entscheidet die Gutachterstelle abschliessend darüber, welche Fachdisziplinen ■ neben den von der IV-Stelle gewünschten ■ im Einzelfall zu begutachten sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352 f.). Eine neurologische Untersuchung und Beurteilung wurde aber offensichtlich nicht als angezeigt erachtet, was mit Blick auf die vorhandene Aktenlage auch nachvollziehbar erscheint.

7.3.3 Schliesslich wird hinsichtlich der Knieproblematik moniert, dass der Gutachter gar nicht von einem stationären Zustand ausgehe, da er selber eine Knie-Operation empfehle, und dass sich sein beschriebenes, leidensadaptiertes Tätigkeitsprofil auf die Zeit nach einer erfolgten Operation beziehe. Dem kann nicht gefolgt werden. Dr. med. F.\_\_\_\_ führt in seiner Beurteilung explizit aus, dass eine Knie-Teilprothese diskutiert werden und die Geh- sowie Stehfähigkeit verbessern könne, dies jedoch ohne wesentliche Auswirkung auf die Restarbeitsfähigkeit. Somit hätte eine allfällige Operation, abgesehen von einer kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeit während und nach dem Eingriff, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Daraus lässt sich ohne Weiteres schliessen, dass das vom Gutachter formulierte Tätigkeitsprofil sich auf den Zustand zum Untersuchungszeitpunkt, ohne

empfohlene Operation, bezieht.

7.3.4 Bezüglich des psychiatrischen Gutachtens wird gerügt, dass das Vorliegen einer somatoformen Störung mit abstruser Begründung verneint werde und die Angabe, dass die Beschwerdeführerin keine Schmerzen angebe, aktenwidrig sei. Es werden verschiedene Rügen hinsichtlich der Indikatorenprüfung hervorgebracht, wobei insgesamt geltend gemacht wird, eine solche sei gar nicht erfolgt. Zudem sei keine Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Psychotherapeutin erfolgt. Wie in Ziff. 7.2 vorstehend einlässlich dargelegt, kommt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. G.\_\_\_\_, auf nachvollziehbare Art und Weise zu seiner Beurteilung. Eine somatoforme Störung wird denn auch nicht deshalb verneint, weil die Beschwerdeführerin aus seiner Sicht keine Angaben zu Schmerzen mache, sondern es wird dargelegt, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung durch ihn nicht vorwiegend und auch erst auf Nachfrage von ihren somatischen Schmerzen berichtet habe. Da schlussendlich keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wird, erübrigen sich auch die Rügen zur angeblich unterlassenen Indikatorenprüfung. Denn liegt keine Diagnose mit entsprechender Relevanz vor, können konsequenterweise auch keine vertieften Angaben zu Indikatoren gemacht werden. Festzuhalten bleibt aber, dass den Gutachtern ein Fragenkatalog gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Indikatorenprüfung vorgelegt wurde (IV-Nr. 85) und sich die Indikatoren anhand der psychiatrischen Beurteilung ohne weiteres prüfen lassen (vgl. Ziff. 7.2).

7.4 Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vollumfänglich beweiswertig ist und die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht darauf abgestellt hat. Demgemäss ist die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, in einer (orthopädisch gesehen) leidensadaptierten Tätigkeit besteht hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die psychischen Beeinträchtigungen, die zur Rentenzusprache 2007 geführt haben, liegen nicht mehr in der gleichen Schwere vor, insbesondere ist die depressive Störung remittiert. Damit hat sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht wesentlich verbessert. Orthopädisch gesehen ist zwar seit dem Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, jedoch ist eine leidensangepasste Tätigkeit aus orthopädischer Sicht nach wie vor zu 100 % zumutbar.

Was den Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes anbelangt, so wird gutachterlich festgehalten, die Auswirkungen der orthopädischen Einschränkungen liessen sich kaum bis 2008 rückwirkend nachvollziehen, weshalb als deren Beginn auf das polydisziplinäre Gutachten vom 17. November 2014 (IV-Nr. 53.3) bzw. die orthopädischen Untersuchungen vom 17. und 24. September 2014 abgestützt wird (IV-Nr. 53.3 S. 2). Von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann demnach seit diesem Zeitpunkt ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht wird dargelegt, ähnlich wie zum Untersuchungszeitpunkt durch Dr. med. G.\_\_\_\_ habe es schon im Gutachten 2014 (IV-Nr. 53.3) ausgesehen, wo die Rede von einem aktenanamnestischen Zustand nach rezidivierender depressiver Störung mit mittelgradigen Episoden gewesen sei. Somit wird eine depressive Störung zumindest ab 2014 (Untersuchungszeitpunkt: 17. September 2014) ausgeschlossen. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit gilt ab dem 24. September 2014.

Nach dem Gesagten kann eine Rentenaufhebung per 1. Juni 2013, wie sie in der angefochtenen Verfügung vorgenommen wird, nicht zur Debatte stehen. Wie in Ziff. 4 vorstehend festgehalten, ist für die Rentenherabsetzung oder -aufhebung massgeblich, ab welchem Zeitpunkt die Ärzte eine zumutbare Arbeitsfähigkeit attestieren. Der ursprüngliche Entscheid war korrekt, wenn erneute medizinische Untersuchungen die medizinischen Feststellungen im Rahmen von ersten Abklärungen auch in zeitlicher Hinsicht bestätigen. Dies ist vorliegend nicht der Fall, die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit wird ab dem 24. September 2014 bestätigt. Der psychiatrische Gutachter weist in seiner Beurteilung sogar auf eine 2013 noch stattgehabte Dekompensation in psychischer Hinsicht hin (IV-Nr. 101.1 S. 53). Eine relevante zumutbare Arbeitsfähigkeit ist erst nach Erlass der ersten Aufhebungsverfügung vom 17. April 2013 (IV-Nr. 41.17) eingetreten. Diese erweist sich also nicht als korrekt. Korrekt war hingegen die zweite Aufhebungsverfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2015 (IV-Nr. 73), die nach dem Eintritt der Verbesserung des Gesundheitszustands (am 24. September 2014) erging und durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2015.283 vom 24. August 2016 (IV-Nr. 82) aufgehoben wurde. Die nun festgestellte Veränderung liegt vor dem Zeitpunkt der Verfügung vom 7. Oktober 2015. Zum damaligen Verfügungszeitpunkt hätte die Beschwerdegegnerin die Rente rückwirkend aufheben dürfen. Wäre sie von der ab 24. September 2015 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen, wäre die Rente gestützt auf Art. 88a Abs. 2 IVV rückwirkend, mit Wirkung ab 1. Januar 2015 aufgehoben worden (drei Monate nach Eintritt der Verbesserung des Gesundheitszustandes). Somit ist vorliegend die Rente auf diesen Zeitpunkt aufzuheben.

8. Für den Einkommensvergleich wurde sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen. Dies erscheint angesichts der Tatsache, dass die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt schon seit vielen Jahren andauert, korrekt. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb für den Einkommensvergleich unterschiedliche Tabellen herangezogen wurden. Da eine Rentenaufhebung per Januar 2015 zur Debatte steht, ist auf die zum massgeblichen Zeitpunkt bekannte LSE 2012 abzustellen. Ansonsten erscheinen die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Tabellenlöhne (für das Valideneinkommen TA17, Ziff. 52, Verkauf, Frauen 50, = CHF 4'504.00, und für das Invalideneinkommen TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 = CHF 4'112.00) korrekt, was auch nicht beanstandet wird. Nach Aufrechnung der Teuerung 2012 ■ 2015 (: 101.8 x 103.7) und der Wochenstunden (: 40 x 41.7) ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 57'397.00 und ein Invalideneinkommen von CHF 52'401.00. Das ergibt einen Invaliditätsgrad von 9 % und damit keinen Rentenanspruch.

Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, dass vom Invalideneinkommen der maximal mögliche leidensbedingte Abzug von 25 % vorzunehmen wäre. Diese Frage kann indessen offen bleiben, da selbst beim höchstmöglichen Abzug kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren würde.

Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2015 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die Beschwerde ist damit in Bezug auf den Zeitpunkt der Rentenaufhebung gutzuheissen, im Übrigen ist sie abzuweisen.

9. Die Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, mittels welcher die Rente aufgehoben worden war, fast 54 1/2 Jahre alt und bezog seit dem

1. August 2007, also seit fast 11 Jahren, eine halbe Invalidenrente. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei der revisionsweisen Aufhebung der Rente zu prüfen, ob eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist, wenn eine versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Diese Voraussetzungen sind bei der Beschwerdeführerin nur knapp nicht erfüllt. Ohnehin wäre aber die Selbsteingliederung im vorliegenden Fall als zumutbar zu erachten, denn sie bezog seit 2007 eine halbe Invalidenrente, eine Restarbeitsfähigkeit war stets vorhanden. Das Bundesgericht hat die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit wiederholt bejaht (Urteile des Bundesgerichts 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3, mit Hinweis auf die Urteile 9C\_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2 und 9C\_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3; vgl. auch Urteil 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4, mit weiteren Hinweisen).

10. Die Beschwerdeführerin lässt schliesslich berufliche Massnahmen beantragen. Die Beschwerdegegnerin hat solche mit der Begründung abgewiesen, dass die von der Beschwerdeführerin dargelegte Motivation für berufliche Massnahmen sich nicht auf eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit beziehe. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit sei keine weitergehende Prüfung eines solchen Anspruchs zu prüfen. In diesem Zusammenhang sind auch die Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der aktuellsten Begutachtung zu werten. In der orthopädischen Begutachtung hat die Beschwerdeführerin ausgeführt (IV-Nr. 101.1 S. 17), es fehle ihr die Kraft eine Stelle zu suchen. Sie habe über eine weitere berufliche Tätigkeit nachgedacht. Sie verfüge aber nach eigener Ansicht kaum über persönliche Ressourcen oder Pläne in Bezug auf eine Wiedereingliederung. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter hat sie ebenfalls angegeben (IV-Nr. 101.1 S. 40), sich keine Tätigkeit mehr vorstellen zu können. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin während der gesamten Zeit des Bezugs einer halben Rente die stets vorhandene Restarbeitsfähigkeit nie verwertet hat. Angesichts dessen erscheint die Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen in der angefochtenen Verfügung korrekt. Sollte die Beschwerdeführerin indessen die vorhandene 100%ige Arbeitsfähigkeit doch verwerten wollen, ist es ihr unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin ein entsprechendes Gesuch zu stellen.

11. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I / 9 hiervor).

11.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat im kantonalen Beschwerdeverfahren die obsiegende beschwerdeführende Person einen bundesrechtlichen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die Beschwerdeführerin obsiegt teilweise (Rentenaufhebung zu einem späteren Zeitpunkt). Sie unterliegt jedoch im Hauptpunkt, indem sie eine Weiterführung der Rentenleistungen beantragt hat. Zudem besteht kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und es sind keine nochmaligen Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt vorzunehmen. Es ist daher gerechtfertigt, ihr lediglich eine auf die Hälfte reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen.

11.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung).

11.3 Die vom unentgeltlichen Rechtsbeistand am 16. August 2018 eingereichte Kostennote (A.S. 49 f.) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 7.68 Stunden bei einem Honoraransatz von CHF 250.00 aus. Dies und auch die die geltend gemachten Auslagen von CHF 59.40 erscheinen angemessen. Damit würde eine volle Parteientschädigung zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % CHF 2'131.80 betragen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Hälfte hiervon, mithin CHF 1'065.90, als Parteientschädigung zu bezahlen.

11.4 Aufgrund des nur teilweisen Obsiegens ist die Hälfte des Aufwands und damit 3.84 Stunden über die unentgeltliche Rechtspflege zu entschädigen. Unter Berücksichtigung des Stundenansatzes von CHF 180.00, Auslagen von CHF 29.70 sowie Mehrwertsteuer von CHF 55.50 resultiert demnach eine Entschädigung von CHF 776.40. Vorbehalten bleibt während zehn Jahren die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin, sofern diese dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Des Weiteren ist auch der unentgeltliche Rechtsbeistand während zehn Jahren seit Abschluss des Verfahrens befugt, bei der Beschwerdeführerin die Differenz zum vollen Honorar, d.h. CHF 206.80, einzufordern.

11.5 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die Beschwerdegegnerin einen Viertel und die Beschwerdeführerin drei Viertel der Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Anteil der Beschwerdeführerin ist jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

4. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistands, Rechtsanwalt Patrick Thomann, wird auf CHF 776.40 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 206.80, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

5. An die Verfahrenskosten von CHF 600.00 haben die Beschwerdegegnerin CHF 150.00 und die Beschwerdeführerin CHF 450.00 zu bezahlen. Der Kostenanteil der Beschwerdeführerin ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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



sich angstbesetzten Situationen ausgesetzt habe und beispielsweise wiederholt zum Einkaufen an ihren Arbeitsort zurückgekehrt sei, wo sie Begegnungen mit ihrem Vorgesetzten riskiert habe. Kurz vor dem Austritt habe die Beschwerdeführerin beim Einkaufen in einem anderen Laden eine Panikattacke mit kaltem Schweiß, Zittern und Beklemmungsgefühlen erlitten. Gemäss ihren Angaben sei dies der erste Anfall dieser Art gewesen, wobei frühere Panikattacken aufgrund ihrer geringen Ausprägung oder anderer kausaler Zuschreibungen, z.B. Kreislauf, vermutlich nicht als solche identifiziert worden seien. Die Beschwerdeführerin habe das Ereignis in Verbindung zum bevorstehenden Austritt und der erhöhten Anspannung aufgrund ihrer Arbeitsplatzsituation gebracht. Auf den Wunsch der Beschwerdeführerin, den Aufenthalt mit dem Ziel einer weiteren Gewichtsabnahme zu verlängern, habe nicht eingetreten werden können. Die Beschwerdeführerin werde eine allfällige ambulante Weiterführung der Ernährungsberatung mit ihrer Hausärztin besprechen. Bezüglich Arbeitsfähigkeit sei Anfang Januar ein vierwöchiger Arbeitsversuch (50 %) in der Filiale [...] vorgesehen (S. 19). Danach sei der Übergang in ein ordentliches Arbeitsverhältnis mit schrittweiser Erhöhung des Arbeitspensums geplant. Wegen teils ausgeprägten Unterschenkelödemen, zeitweise auch verbunden mit Lidödemen, sei eine Therapie mit Torem eingeleitet worden, die eine gewisse Erleichterung gebracht habe. Als Ursache der Beinödeme komme am ehesten eine venöse Insuffizienz in Frage. Eine signifikante Herzinsuffizienz sei bei wiederholt normalem BNP (Brain Natriuretic Peptide) weitgehend ausgeschlossen, eine Hypoproteinämie liege nicht vor. Die bekannte Hypertonie sowie die Hypercholesterinämie seien unter der angegebenen Medikation gut unter Kontrolle. Bei einem leicht erhöhten HbA1c und wiederholt mässig erhöhten Blutzuckerwerten im Tagesprofil müsse von einer gestörten Glucosetoleranz ausgegangen werden. Es sei deshalb eine Therapie mit Glucophage eingeleitet und mit der Beschwerdeführerin eingehend über die Wichtigkeit einer Gewichtsreduktion besprochen worden. In der Röntgenaufnahme der rechten Schulter, die wegen der Schmerzen angefertigt worden sei, fänden sich leichte degenerative Veränderungen im Bereich der Rotatorenmanschette; die Therapie der Schmerzen habe in symptomatischen Massnahmen bestanden (Voltaren Emugel und Physiotherapie). Auf Wunsch der Beschwerdeführerin seien die Rheumafaktoren bestimmt worden, die – erwartungsgemäss – negativ ausgefallen seien. Als Ursache der fluktuierend leicht erhöhten Leukozytenzahl und einem CRP (C-reaktives Protein) zwischen 6 und 9 mg/l hätten die Ärzte den Nikotinabusus angesehen. Kurz vor dem Austritt sei ein viraler Infekt der oberen Luftwege aufgetreten, der symptomatisch therapiert worden sei (S. 19). Vom 27. Oktober 2006 bis 31. Januar 2007 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit mit vierwöchigem Arbeitsversuch (50%-Pensum) beim aktuellen Arbeitgeber ab Anfang Januar. Der Übergang in ein ordentliches Arbeitsverhältnis mit schrittweiser Erhöhung des Arbeitspensums sei geplant.

7.1.2 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Lungenkrankheiten und Innere Medizin FMH, Lungenpraxis Aarau, hielt im Bericht vom 21. Februar 2007 (IV-Nr. 16 S. 11 f.) aufgrund der Reevaluation der nächtlichen Überdruckbeatmung folgende Diagnosen fest:

1. Obstruktives Schlafapnoe/Hypopnoe-Syndrom schweren Grades mit/bei - gemitteltem Apnoe/Hypopnoe-Index 92 – 100/h - Desaturationen bis Tiefstwert SaO 2 81 % - phasenweise dysrhythmischer Atmung vom Typ Cheyne Stokes - CPAP-Therapie seit 2002
2. Diabetes mellitus Typ II - unter oraler Antidiabetika
3. Depression
4. Adipositas

In der aktuell durchgeführten nächtlichen Pulsoxymetrie unter CPAP-Therapie habe mit den aktuellen Druckeinstellungen eine durchwegs stabile nächtliche Oxygenation im normoxämischen Bereich dokumentiert werden können. Der CPAP-Druck könne bei dem

bisherigen Wert von 9 cmH<sub>2</sub>O belassen werden. Auch drängten sich ansonsten seitens der CPAP-Therapie keine Änderungen auf. Eine nächste ambulante Verlaufskontrolle der CPAP-Therapie sei frühestens in ein bis zwei Jahren angezeigt.

7.1.3 Im Bericht vom 21. März 2007 führte Dr. med. R.\_\_\_\_, Oberarzt in Vertretung, Orthopädische Klinik des V.\_\_\_\_, folgende Diagnosen aus (IV-Nr. 16 S. 9 f.): Medialbetonte Gonarthrose links, freier Gelenkkörper, Knorpelsubstanzdefekt im medialen Femurcondylus Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine diffuse Schmerzsymptomatik bei nachgewiesenem freiem Gelenkkörper, beginnender Arthrose mit Knorpelsubstanzdefekt im Bereich des medialen Femurcondylus und intermittierenden Blockadegefühlen. Nach ausführlicher Befundbesprechung werde die Beschwerdeführerin zur ambulanten Kniearthroskopie mit Entfernung des freien Gelenkkörpers, Gelenktoilette, sowie gegebenenfalls Pridie-Bohrung aufgeboten. Dr. med. S.\_\_\_\_ werde gebeten, die nötigen Voruntersuchungen durchzuführen inkl. pulmonologischer und kardialer Abklärungen.

7.1.4 Dr. med. S.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, hielt im Arztbericht vom 4. April 2007 (IV-Nr. 16 S. 5 ff.) die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und paranoiden Persönlichkeitszügen, seit circa 2003 - Rezidivierende depressive Störung - Gonarthrose links, seit 2007 - Adipositas per magna - Panikstörung Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Hypertonie - Hypercholesterinämie - Diabetes mellitus Typ II - Degenerative Veränderungen der Rotatorenmanschette rechts - Obstruktives Schlafapnoe (CPAP-Therapie seit 2002) Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Kassiererin vom 15. bis 20. Januar 2007 zu 100 % arbeitsunfähig gewesen und ab 21. Januar 2007 bis auf weiteres zu 50 %. Die behandelnde Psychiaterin habe auch Arbeitsunfähigkeiten ausgestellt. Der Gesundheitszustand sei stationär bzw. sich verschlechternd. Die Behandlung bei Dr. med. S.\_\_\_\_ sei am 24. September 2001 aufgenommen worden. Die Beschwerdeführerin sei psychisch unbelastbar. Für diese Problematik sei sie bei Dr. med. J.\_\_\_\_ in Behandlung. Ihr sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Andere Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin nicht zumutbar. Sie könne eine leichte Haushaltsführung selbständig erledigen. Schwere Hausarbeiten wie z.B. Fenster putzen könne sie im Haushalt nicht mehr ausführen.

7.1.5 Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Arztbericht vom 23. April 2007 (IV-Nr. 18) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: - Rezidivierende depressive Störung mit psychotischen Symptomen, gegenwärtig leicht bis mittelgradig (ICD-10 F33.1), seit mindestens 1998 - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: Verschiedene somatische Diagnosen, deren Auswirkungen auf Arbeitsfähigkeit Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht beurteilen könne. Momentan Klagen über Schmerzen im linken Knie, Operation 4. Mai 2007. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Verkäuferin/Kassiererin sei die Beschwerdeführerin vom 8. Oktober bis 6. Dezember 2004 zu 100 %, vom 7. Dezember 2004 bis 31. Januar 2005 zu 50 %, vom 14. August 2006 bis 27. Oktober 2006 zu 100 %, vom 27. Oktober 2006 bis 31. Januar 2007 zu 100 % und vom 1. Februar 2007 bis auf weiteres zu 50 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Behandlung bei Dr. med. J.\_\_\_\_ laufe seit 10. Juli 2000 mit Unterbrüchen. Momentan arbeite die Beschwerdeführerin zu 50 % im Haushaltartikelverkauf bei P.\_\_\_\_. Dort gehe es jetzt etwas besser, es bestünden keine zwischenmenschlichen Spannungen mehr. Aber es bestehe immer noch eine durch Müdigkeit und Ängste verminderte Konzentration, sie sei rasch ermüdbar und dann gereizt

und nervös. Gemäss Personalchef sei dies von aussen nicht sichtbar. Die Beschwerdeführerin scheine ihre Arbeit recht zu machen. Der vorherigen Abteilungsleiterin in [...] sei aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin mit sich selbst spreche um sich zu beruhigen. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zumutbar, zu vier Stunden pro Tag, damit eine Stabilisierung möglich sei. Dabei sei keine verminderte Leistungsfähigkeit gegeben. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Der Beschwerdeführerin seien keine anderen Tätigkeiten zumutbar.

7.1.6 Laut Beurteilung der medizinischen Situation durch den RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, vom 23. Juli 2007 (IV-Nr. 21) lägen bei der Beschwerdeführerin jahrelange psychosoziale Belastungen vor, zuletzt Mobbing mit grober psychischer Auffälligkeit und langen Krankschreibungen. Diagnostisch seien einerseits eine Persönlichkeitsstörung (zumindest laut O.\_\_\_\_), mit der sie immer gearbeitet habe, andererseits auch eine rezidivierende depressive Störung und gen. Angststörung/Panikattacken (was durch die genannten äusseren Probleme ausgelöst worden sei) beschrieben. Im Moment scheine die Beschwerdeführerin, die nicht so schlechte Ressourcen habe, mit einem Verbleib an ihrem alten Arbeitsplatz zu 50 % am oberen Limit ihrer Leistungsfähigkeit. Ob ein Wechsel an einen anderen Platz ihre Erwerbsfähigkeit erhöhen würde, sei unklar, müsse aber eher bezweifelt werden. In diesem Sinn Arbeitsplatzersatz. Als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wies Dr. med. E.\_\_\_\_ eine «rezidivierende depressive Störung, ICD-10 F33.1» sowie «Panikattacken/Angst, ICD-10 F41.1» aus. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien eine «Persönlichkeitsstörung, diverse internmedizinische» gegeben. Die funktionellen Einschränkungen der Beschwerdeführerin seien psychischer Art und stark auf die aktuelle Arbeitsplatzsituation bezogen, wobei der Arbeitsplatz teils pathogen, teils salutogen wirke. Die Ressourcen seien intrapsychisch wohl nicht so schlecht, was aus dem Bericht O.\_\_\_\_ hervorgehe: gewisse Introspektionsfähigkeit und positive Motivation; beruflich habe die Beschwerdeführerin eine ordentliche Ausbildung in der Heimat absolviert. In der bisherigen Arbeit sei sie 50 % arbeitsfähig. Die Daten zum Beginn und Grad der Arbeitsunfähigkeit seien dem Bericht der behandelnden Psychiaterin zu entnehmen. Der RAD äussere sich zur andauernden Arbeitsunfähigkeit/Arbeitsfähigkeit im medizinischen Sinn. Der RAD sei sich bewusst, dass Fremdfaktoren (jahrelange psychosoziale Belastungen) in diesem Fall eine grosse Rolle spielen würden. Die hätten zu wesentlichen und anhaltenden psychischen Problemen geführt. Gerade durch Arbeitsplatzersatz und Ressourcen habe die Arbeitsfähigkeit mittelfristig verbessert werden können. Die Frage von Verweistätigkeiten stelle sich hier nicht. Es seien keine weiteren Abklärungen notwendig.»

6.2 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 3. April 2018 präsentierte sich der Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seinem Gutachten vom 4. Juni 2012 (IV-Nr. 41.29) folgende Diagnosen fest: Angst und depressive Störung, gemischt (ICD-10 F41.2) - bei rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - bei gemäss Akten Verdacht auf generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1), bzw. Panikstörung (ICD-10 41.0) - mit gemäss Akten multiplen somatischen Erkrankungen (Apnoe-Syndrom, Diabetes mellitus Typ II, Adipositas, Gonarthrose etc.) Zusammenfassend sei im Fall der Beschwerdeführerin eine gemischte Angst und depressive Störung gemäss ICD-10 F41.2 bei rezidivierender depressiver Störung, die gegenwärtig remittiert sei (ICD-10 F33.4), festzustellen. In den Akten werde zusätzlich auch eine generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) bzw. Panikstörung (ICD-10 F41.0) vermutet. Ob sich eigenständige Angststörungen (ICD-10 F41.0, F41.1)

tatsächlich objektivierbar abgrenzen liessen, bleibe jedoch unklar und sei aufgrund der aktuellen Untersuchung und der Akten nicht ausreichend nachvollziehbar. Ausserdem werde auf multiple somatische Erkrankungen hingewiesen. Im aktuellen Querschnitt zeige sich ein objektiv vollständig remittiertes Zustandsbild (rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert, ICD-10 F33.4). Eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33 sei nicht (mehr) ausreichend zu erkennen. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Bei der Beschwerdeführerin bestehe keines der genannten Symptome in ausreichender Schwere, bzw. in ausreichender Länge, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades begründen zu können. Die subjektiven Angaben würden sich vollständig durch eine Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) erklären. Eine Angst und depressive Störung gemischt F41.2 und die damit im Fall der Beschwerdeführerin verbundenen Defizite führten aus rein medizinischer Sicht nicht zu einer relevanten längerfristigen Minderung der Arbeitsfähigkeit. Diese habe aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ihren Gesundheitszustand von vor 2006 bzw. 2007 wieder erreicht. Eine Willensanstrengung zur Überwindung der objektiv gering ausgeprägten und weitgehend im Subjektiven verbliebenen Defizite sei bereits seit 2007 zumutbar. Eine relevante (>20 % von 100 %) Arbeitsunfähigkeit (für die angestammte Tätigkeit als angelernte Verkäuferin, für allfällige Verweistätigkeiten und/oder für Arbeiten im Haushalt) könne nicht (mehr) begründet werden. Für das Jahr 2007 könne aufgrund der Akten von der zu dieser Zeit attestierten 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Es könne jedoch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschätzt werden, ab wann von der ab März 2012 (Datum der aktuellen Untersuchung) gültigen Einschätzung ausgegangen werden könne. Dies stehe im Widerspruch zu den fachärztlichen Berichten nach 2008, die jedoch nur teilweise nachvollziehbar seien. Der Widerspruch erkläre sich vermutlich durch ein engagiertes Arzt-Patient-Verhältnis sowie psychosoziale Faktoren.

6.2.2 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vom 17. November 2014 (IV-Nrn. 53.1 – 53.5), erstellt von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie, Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt: - Cervicovertebralsyndrom bei mässiger Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit Diskushernie und Spondylarthrose sowie Foraminalstenose C5/6 rechts und Nervenwurzelkompression C6 sowie foraminaler Stenose C6/7 links und möglicher Nervenwurzelkompression C7 - Trikompartimentale Gonarthrose rechts bei Nullachse und Status nach Teilmeniskektomie - Leichte bis mässige mediale Gonarthrose bei Nullachse links und leichter femoropatellärer Inkongruenz - Angst- und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) - Aktenanamnestisch Zustand nach rezidivierender depressiver Störung mit mittelgradigen depressiven Episoden (ICD-10 F33.1) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: - Polyarthralgie der Schulter-, Ellbogen- und Handgelenke sowie Hüft- und oberen Sprunggelenke beidseits - Lumbovertebralsyndrom - Senkfüsse - Massive Adipositas - Akzentuierte emotional instabile ängstlich vermeidende Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1) - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertension, Diabetes mellitus Typ 2, Adipositas und Hyperlipidämie - Status nach Nikotinabusus (30 pack years) - Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom - Stressinkontinenz Grad II - Lipödem beider Beine Aufgrund der Angst- und depressiven Störung gemischt mit Beeinträchtigung der emotionalen Belastbarkeit, der geistigen Flexibilität, des Antriebs, der Interessen, der Motivation und der Dauerbelastbarkeit betrage die Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin seit dem Datum der letzten

gutachterlichen Untersuchung im März 2012 bei voller Stundenpräsenz 80 % (Arbeitsunfähigkeit 20 %). Die Arbeitsfähigkeit als Verkäuferin, einer vorwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit mit häufig inklinierter Körperhaltung, betrage aufgrund des Cervicovertebralsyndroms bei mässiger Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit Discushernie und Spondylarthrose sowie Foraminalstenose C5/6 rechts und Nervenwurzelkompression C6 sowie foraminaler Stenose C6/7 links und möglicher Nervenwurzelkompression C7, der trikompartimentalen Gonarthrose rechts bei Nullachse und Status nach Teilmeniskektomie sowie der leichten bis mässigen medialen Gonarthrose bei Nullachse links und leichten femoropatellären Inkongruenz seit dem Zeitpunkt der jetzigen Begutachtung gesamthaft bei voller Stundenpräsenz 50 % (Arbeitsunfähigkeit 50 %). Der vorangehende Zeitraum könne retrospektiv orthopädisch nicht beurteilt werden, da die jetzigen Diagnosen von den früheren differierten und nicht klar sei, seit wann sie effektiv bestünden. Körperlich leichte Tätigkeiten in temperierten Räumen, die abwechslungsweise sitzend und stehend ausgeübt werden könnten, ohne dass dabei häufig gelaufen werden müsse, insbesondere auf Treppen, Leitern, schrägen Ebenen und unebenem Boden, und die nicht mit häufigen knienden Positionen sowie inklinierten und rotierten Kopfhaltungen verbunden seien, bei denen keine Gegenstände vom Boden über 10 kg, bis Kopfhöhe über 7,5 kg, horizontal über 12,5 kg gehoben werden müssten, vorne nicht über 12,5 kg und einhändig links und rechts nicht über 10 kg getragen werden müssten, könnten seit jeher gesamthaft bei voller Stundenpräsenz zu 100 % (Arbeitsunfähigkeit 0 %) zugemutet werden, wobei es sich seit März 2012 zusätzlich um Arbeiten ohne erhöhte emotionale Belastung, ohne Stressbelastung, ohne erforderliche geistige Flexibilität und ohne überdurchschnittliche Dauerbelastung handeln sollte. Die Arbeitsfähigkeit bestehe seit März 2012 und theoretisch stehe einer sofortigen beruflichen Eingliederung nichts entgegen.

6.2.3 Dr. med. J. \_\_\_ nahm am 11. Dezember 2014 zum psychiatrischen Gutachten Stellung (IV-Nr. 55) und führte aus, die Beschwerdeführerin sei seit ihrer Rückkehr aus [...] wieder in regelmässiger Behandlung. Der psychische Zustand habe sich nach der Rentenrevision aufgrund von sozialen Umständen verschlimmert. Der Ehemann der Beschwerdeführerin habe selbst Probleme. Es sei bei ihm eine Krankheit diagnostiziert worden, die möglicherweise nächstes Jahr eine grössere Operation zur Folge haben werde. Das Gutachten von Dr. med. T. \_\_\_ gebe detailliert wieder, unter welchen Symptomen die Beschwerdeführerin leide, hauptsächlich unter Symptomen der Angst und der Depression. Daneben werde von einer akzentuierten Persönlichkeit und einer somatoformen Schmerzstörung ausgegangen. Es werde eine Störung von Krankheitswert diagnostiziert, wobei der Schweregrad der als geringer eingestuft werde als 2006/2007 von der Klinik O. \_\_\_ und von ihr selbst. Gemäss ihrer Beobachtung sei der Zustand der Beschwerdeführerin seit dem 19. Juni 2013 sehr schwankend, manchmal seien die Symptome von Angst und Depression stark ausgeprägt, manchmal wieder weniger. Dies hänge auch mit der Schlafstörung zusammen. Sie beobachte ebenfalls Müdigkeit und Erschöpfung. Ebenso schienen ihr kognitive Einschränkungen vorhanden zu sein. Die im Gutachten beschriebene adaptierte Tätigkeit gebe es nur in geschütztem Rahmen, sicher nicht auf dem ersten Arbeitsmarkt. Eine höhere Arbeitsfähigkeit als 50 % halte sie momentan nicht für möglich.

6.2.4 Dr. med. H. \_\_\_ äusserte sich im Schreiben vom 13. Dezember 2014 (IV-Nr. 56) zum rheumatologischen Teilgutachten und hielt fest, die von ihm zusätzlich verifizierte Problematik einer entzündlich-rheumatischen Erkrankung sei überhaupt nicht zur Kenntnis genommen resp. «gewürdigt» worden.

6.2.5 Die Beschwerdegegnerin hat nach dem erneuten Rückweisungsentscheid durch das

Versicherungsgericht ein polydisziplinäres Gutachten bei der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ eingeholt (IV-Nr. 101.1). Im allgemein-internistischen Teil wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin äussere tägliche Knieschmerzen, geschwollene Beine, Probleme mit der Atmung und regelmässige Maskenbeatmung (bei obstruktivem Schlaf-Apnoe-Syndrom). Sie habe 2006 einen Nervenzusammenbruch erlitten. Sie habe immer Stress gehabt. In [...] sei es etwas besser gewesen. Im Rahmen der Befunderhebung wird massives Übergewicht und damit verbunden eine gewisse Kurzatmigkeit erwähnt. Ansonsten präsentiere sich der Befund unauffällig. Vereinzelt zeige sich ein Pfeifen und Giemen über den Lungenfeldern und das Unterhautgewebe der Unterschenkel sowie Füsse wirke etwas odematös. Die Finger wirkten ebenfalls leicht geschwollen. Im orthopädischen Teilgutachten wird ausgeführt, es seien Röntgenbilder vom 12. September 2014 vorgelegt worden, wobei deren Befundung Teil des Gutachtens aus dem Jahr gewesen sei. Die Beschwerdeführerin gebe an, sie habe Schmerzen und Bewegungseinschränkungen in beiden Knien. Weiter habe sie Schmerzen im Rücken, zum einen in der Brustwirbelsäule beim Gehen, Stehen und längeren Sitzen, zum anderen im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung in die Beine vor allem links. Eine Besserung durch Schmerzmedikamente erlebe sie nicht. Sie habe seit über 30 Jahren Schmerzen in den Kniegelenken. Wegen Meniskusschäden habe sie Operationen an beiden Kniegelenken gehabt. Die Rückenschmerzen nähmen seit Jahren zu. Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Wirbelsäule stehe im Lot bei Becken- und Schultergeradstand, es bestehe keine Skoliose. In der Seitenansicht fänden sich eine normale Halslordose, eine normale Brustkyphose und eine leicht vermehrte Lendenlordose. Über den Dornfortsätzen bestehe kein Druckschmerz. Ebenfalls bestehe kein Stauchungs- oder Dehnungsschmerz im Bereich der gesamten Wirbelsäule. Beim Beklopfen der mittleren und unteren BWS sowie LWS werde ein Klopfschmerz angegeben, auch als Ausstrahlung in das linke Bein. Die paraveretebrale Muskulatur sei mässig angespannt, überwiegend im Bereich der oberen BWS, der HWS, aber auch der Lendewülste. Ein Muskeldruckschmerz finde sich beidseits ohne Seitenbetonung lumbal. Bei Komplexbewegungen falle eine leichte Einschränkung der Wirbelsäulenbeweglichkeit auf, am ehesten der Adipositas geschuldet. An den Schultern bestehe kein Druckschmerz im Bereich des Oberarmkopfes, SC-Gelenks oder AC-Gelenks. Klinisch gebe es keinen Hinweis für eine Rotatorenmanschettenruptur. Komplexbewegungen seien beidseits möglich. Im Bereich des Mittel- und Ringfingers werde ein einschliessender Schmerz bzw. ein Kribbeln beschrieben. Eine leichte Verdickung der Mittelgelenke als Zeichen einer rheumatischen Erkrankung sei denkbar. Schmerzen beim Faustschluss würden nicht geäussert. Der Watsonstest für die Ulnarisinnervation sei negativ. Die Sensorik in den Autonomiegebieten der drei Leitnerven der oberen Extremität sei an der Hand intakt. Das Beklopfen des Karpaltunnels, der Loge de Gyon und des Sulcus ulnaris provoziere keine Dysästhesien. Das Hoffmann-Tinel'sche Zeichen und das Phalenzeichen über dem Karpaltunnel seien negativ. Die Symptomatik in den Fingern lasse sich weder dem Autonomiegebiet des Medianus noch des Ulnaris zuordnen. Am ehesten bestünden radikuläre segmental zuordenbare Schmerzen bei ausgiebigen HWS Degenerationen. Beim Zusammendrücken des Beckens lasse sich sodann kein Druckschmerz auslösen. Ein leichter Druckschmerz bestehe über den Kreuzbein-Darmbein-Gelenken. Beidseits bestünden kein Trochanterklopfeschmerz oder Stauchungsschmerz im Bereich der Hüftgelenke. Motorische Ausfälle zeigten sich beidseits ebenfalls keine. Beim Abheben würden Schmerzen am Oberschenkel dorsal angegeben. Das Bewegungsspiel von Hüften und Knien sei auch durch die Adipositas bedingt limitiert.

Bei der orientierenden Sensibilitätsprüfung fanden sich im Bereich beider unterer Gliedmassen keine Auffälligkeiten oder Seitendifferenzen. Die vom Rücken aus der LWS-Region ausstrahlenden Schmerzen in den linken Oberschenkel könnten durch Bewegung nicht provoziert werden. Im Bereich der Knie zeige sich beidseits kein Kniegelenkserguss. Rechts mehr als links bestehe ein umschriebener Druckschmerz im Bereich des medialen und lateralen Gelenkspalts diffus ventral oder im Knie. Die Narben im Bereich der Knie seien unauffällig verheilt. Die Meniskuszeichen seien beidseits positiv und die Seitenbänder mässig fest. Die vordere und hintere Schublade sowie der Lachmann-Test seien beidseits negativ. Es bestehe eine Krepitation beim Patellaspiel rechts mehr als links beidseits ohne Klopfschmerz, das Zeichen nach Zohlen sei negativ. Am oberen und unteren Patellapol sowie an der medialen und lateralen Facette liessen sich Schmerzen durch Betastung und Verschiebung auslösen. Die Bewegung in beiden Kniegelenken sei deutlich eingeschränkt, beidseits bestehe jedoch keine Überstreckbarkeit. Im psychiatrischen Teilgutachten werden folgende von der Beschwerdeführerin geschilderte Beschwerden wiedergegeben: Sie leide jetzt hauptsächlich unter Schwindel mit Herzrasen, Engegefühl auf der Brust und Angst. Diese Anfälle würden 10 – 15 Minuten dauern und drei- bis viermal pro Woche auftreten. Auch im Supermarkt fühle sie sich unwohl. Bei vielen Menschen möchte sie raus. Sie schreie auch den Mann an. Psychisch sei sie nicht stabil. Sie sei schnell müde und mache sich über alles Sorgen, was schon immer der Fall gewesen sei. Erst auf entsprechende Nachfrage gebe sie auch körperliche Beschwerden an. Folgende Befunde werden erhoben: Störungen der Erinnerungs- und Merkfähigkeit liessen sich nicht erkennen. Die Aufmerksamkeit werde über die ganze Untersuchung hinweg aufrechterhalten. Die Konzentrationsfähigkeit sei nicht erkennbar reduziert. Das Denken wirke nicht eingeengt auf die Darstellung der körperlichen Beschwerden. Auch Ich-Störungen lägen keine vor. Die Stimmung sei situationsangemessen ernst, aber nicht depressiv. Die Schwingungsfähigkeit sei nicht eingeschränkt. Der Antrieb sei durchgehend normal. Das Screeningverfahren ergebe insgesamt das Bild einer Persönlichkeit mit vorherrschend abhängig-selbstunsicheren Persönlichkeitszügen. Insgesamt werden in der polydisziplinären Gesamtbeurteilung folgende Diagnosen erhoben: mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Medial betonte Gonarthrose links Grad III nach Kellgren und Lawrence - Pangoarthrose rechts, radiologisch Grad IV nach Kellgren und Lawrence - Lumbovertebralsyndrom mit / bei Spondylarthrose L4/5 und L5/S1 - Cervicovertebralsyndrom mit / bei mässiger Osteochondrose C5/6 und C6/7 mit Diskushernie und Spondylarthrose sowie Foraminalstenose C5/6 rechts und Nervenwurzelkompression C6 sowie foraminale Stenose C6/7 links und möglicher Nervenwurzelkompression C7 ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Generalisierte Angststörung (ICD-10 F41.1) - Agoraphobie mit Panikattacken (ICD-10 F40.01) - Neurasthenie (ICD-10 F48.0) - Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F33.4) - Abhängige und ängstliche Persönlichkeitszüge (ICD-10 E73) - Primäre Adipositas permagna (BMI 47) - Metabolisches Syndrom mit Diabetes mellitus - Schlaf-Apnoe-Syndrom - Polyarthralgien seit 6. September 2012 mit / bei Verdacht auf rheumatoide Arthritis, derzeit in Remission seit ca. 2014 - Senkspitzfüsse 6.2.6 Dr. med. H. \_\_\_ diagnostiziert in seinem Bericht vom 23. Juni 2017 (IV-Nr. 103) Folgendes: - Multilokuläres Schmerzsyndrom - Schwerste mediale Gonarthrose rechts, weniger ausgeprägt auch links - Polyarthralgien / Arthritiden von Hand-, Finger- und Fussgelenken unklarer Aetiologie - Schlafapnoesyndrom - Metabolisches Syndrom mit Hypertonie, Diabetes mellitus Typ II, Hyperlipidämie und

Adipositas permagna - Carpal tunnel-Syndrom rechts - Cervical- und lumbal-betontes Panvertebral-Syndrom bei schwerster Segm. Degeneration und Spondylose C5/6 und C6/7, schwerster Segm. Degeneration L5/S1, BWS-Skoliose und leichter Deformation mehrerer BWK - Inguinal Hernie links Die Röntgenbilder vom 21. Juni 2017 zeigten eine schwerste Segmentdegeneration C5/6 und C6/7 mit ventraler Spondylose, eine leichte BWS-Skoliose nach links, Deckplattenunregelmäßigkeiten der mittleren BWS, insbesondere Th12 (Osteoporose, Impressionsfraktur älteren Datums?), eine beginnende Coxarthrose links mit Gelenkspaltverschmälerung und osteophytärer Reaktion, eine schwerste mediale Gonarthrose rechts mit weitgehend aufgehobenem Gelenkspalt, eine mittelschwere mediale Gonarthrose links mit Gelenkspaltverschmälerung sowie eine Randsklerose und beginnender osteophytärer Reaktion. Die Beurteilung der Beschwerdegegnerin sei grotesk. Die Beschwerdeführerin leide unter schwersten beidseitigen Gonarthrosen und chronischen panvertebralen Rückenschmerzen bei beträchtlichen degenerativen Veränderungen. Zusätzlich bestünden multiple internistische Problemkreise, angefangen von Adipositas permagna über Schlafapnoe bis hin zu Diabetes mellitus. Insgesamt könne der Entscheid der Beschwerdegegnerin sehr schlecht nachvollzogen werden, da es sich um eine polymorbide Patientin mit doch erheblichen Einschränkungen am Bewegungsapparat handle, was eine 100%ige Reintegration in den Arbeitsprozess verunmögliche. 6.2.7 In ihrer Stellungnahme zum Gutachten vom 4. Juli 2017 (IV-Nr. 106) führt Dr. med. J. \_\_\_ aus, seit ihrer Beurteilung 2014 habe sich nichts geändert. Der Zustand der Beschwerdeführerin sei wechselhaft. Die Schwankungen, die seit Jahren bestünden, würden mit einer inneren Anspannung zusammenhängen. Diese werde verstärkt durch Ängste und Sorgen, die ebenfalls seit Jahren bestünden, wie auch die Schlafprobleme. Die Beschwerdeführerin selber sage, sie sei gestresst und erschöpft. Sie habe seit 2008 nicht mehr gearbeitet, aber immer wieder nach Teilzeitstellen gesucht. Sie könnte aufgrund der langen Absenz nur langsam eingegliedert werden. Sie führe ein bescheidenes, mit Pausen versehenes Leben. Entsprechend könnte sie auf dem ersten Arbeitsmarkt tätig sein. Sie benötige unbedingt Unterstützung durch die Beschwerdegegnerin, um wieder in den Arbeitsprozess eingegliedert werden zu können. 7. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Die Beschwerdeführerin lässt in formeller Hinsicht gegen das Gutachten vorbringen, dieses sei nicht korrekt zustande gekommen, weil die Beschwerdeführerin zu einem ersten Untersuchungstermin aufgeboten worden sei, bevor die Frist zur Stellungnahme bezüglich der vorgesehenen Gutachter abgelaufen sei. Zudem seien dem Rechtsvertreter die Untersuchungstermine nicht eröffnet worden. Tatsächlich wurde dem Vertreter der Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 6. März 2017 mitgeteilt, welche Fachärzte die Begutachtung vornehmen würden und es wurde bis zum 15. März 2017 Frist gesetzt, triftige Einwendungen gegen die genannten Personen schriftlich vorzubringen. Die Beschwerdeführerin hatte den ersten Untersuchungstermin einen Tag vor Ablauf dieser Frist. Inwiefern das Gutachten aufgrund dessen an einem formellen Mangel leiden sollte, so dass die Beschwerdeführerin einen gewichtigen Nachteil erlitten haben sollte, ist jedoch nicht ersichtlich, zumal gar keine Ausstandsgründe gegen die an der Begutachtung beteiligten Fachexperten vorgebracht wurden. Wäre ein solcher zu Recht geltend gemacht worden, hätte sich eine bereits stattgefundenen Untersuchung nachträglich selbstredend als nicht zulässig erwiesen. Dies ist aber vorliegend nicht der Fall. Insofern kommt der kurz nach der Auslösung der entsprechenden Gutachterstelle anberaumte Termin der

Beschwerdeführerin zu Gute, da insbesondere diese ein Interesse an einer zügigen Beurteilung ihres Rentenanspruchs hat. Weiter besteht keine gesetzliche Pflicht, die Untersuchungstermine dem Rechtsvertreter einer betroffenen Person förmlich zu eröffnen. Vielmehr sieht das Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KVSI) in seinem Anhang V vor, dass die Gutachterstellen die Untersuchungstermine mit den betroffenen Personen direkt vereinbaren. Zusammenfassend ist festzustellen, dass der Beschwerdeführerin die Möglichkeit geboten wurde, Einwendungen vorzubringen, womit dem Anspruch auf rechtliches Gehör Genüge getan wurde. Dass die IV-Stelle eine Frist setzte (IV-Nr. 98), welche der Begutachtungsstelle nicht bekannt war und von dieser deshalb nicht beachtet wurde, ist zwar zu bemängeln, wirkt sich aber in der hier gegebenen Konstellation nicht auf die Verwertbarkeit oder die Beweiskraft des Gutachtens aus. Weiter kann festgestellt werden, dass die beteiligten Gutachter allesamt ausgewiesene Fachärzte in den entsprechenden Gebieten sind. Diese haben ihre Einschätzung nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der von ihr vorgetragene Beschwerden und in Kenntnis und unter Würdigung der gesamten Aktenlage getroffen. Hinsichtlich Vorhandenseins der gesamten Aktenlage lässt die Beschwerdeführerin zwar vorbringen, dass die Gutachter selber angäben (S. 56), es habe ihnen nicht das gesamte Aktendossier zur Verfügung gestanden. Im entsprechenden Abschnitt, auf den verwiesen wird, wird festgehalten, es falle auf, dass in Zusammenhang mit der Depression im vorliegenden Dossier auf Akten Bezug genommen werde, die aktuell nicht im Original vorhanden seien und wahrscheinlich nicht die Beschwerdeführerin betreffen. Insofern ist die Rede von offenbar fälschlicherweise zu den Akten gelangten Unterlagen, die nicht die Beschwerdeführerin betreffen; nicht aber davon, dass die Beschwerdeführerin betreffende Unterlagen gefehlt hätten. Das Gutachten erfüllt somit die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise.

7.2 Inhaltlich wird in der internistischen Beurteilung nachvollziehbar dargelegt, dass bei der Beschwerdeführerin vor allem eine Adipositas permagna mit metabolischem Syndrom ohne Hinweise für daraus schon resultierende kardiovaskuläre Komplikationen imponiere. Ein aktueller Computertomographiebefund des Abdomens vom 23. März 2017 zeige eine 3.5 cm durchmessende Raumforderung im Bereich der linken Nebenniere. Eine klinische Bedeutung dieser Befunde sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht gegeben. Die aktuelle Symptomschilderung wird als diffus und in Bezug auf die genannten somatischen Diagnosen nicht nachvollziehbar qualifiziert. Dies begründet der Gutachter mit der bestehenden Diskrepanz zwischen der subjektiven Ausprägung der Beschwerden und dem rapportierten Tagesablauf sowie der in der Untersuchung beobachteten guten körperlichen Mobilität, wobei ein bewusstes Verdeckungsverhalten nicht sichtbar gewesen sei. Dem ist zuzustimmen. Beispielsweise hat die Beschwerdeführerin zu ihrer Zeit in [...] angegeben, dass sie dort ihren kranken Vater gepflegt habe (S. 8), wobei die geschilderten gesundheitlichen Beeinträchtigungen sie dabei offensichtlich nicht behindert haben. Im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung hat sie zur Haushaltsführung ausgeführt, viermal pro Woche in der Wohnung staubzusaugen und den Boden feucht aufzuwischen (S. 42). Insofern überzeugt die Schlussfolgerung, dass aus internistischer Sicht zu jeder Zeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestanden habe. In der orthopädischen Beurteilung wird ausgeführt, dass sich durch die durchgeführten Behandlungen offenbar kein nachhaltiger Erfolg und keine durchgreifende Verbesserung hätten erzielen lassen. Bezüglich der Knie erachtet der Gutachter insbesondere rechts den Gelenkverschleiss als operationswürdig und weist darauf hin, dass die Implantation einer Knie-TEP bereits indiziert worden sei. Schlüssig legt er dar, dass

ausdauerndes Stehen und Gehen rasch Schmerzen der Kniegelenke steigern, womit die Belastungsgrenze bei 30 Minuten liege. Dies entspricht den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, die im Rahmen der orthopädischen Begutachtung ausgeführt hat, dass sie seit der letzten Knie-Operation nur noch eine Runde am Tag von ca. 30 Minuten laufe (S. 18). Da kurze Pausen für eine effektive Reduktion nicht genügen, schliesst der Gutachter auf eine maximale konstante Steh- und Gehbelastung von 30 bis 60 Minuten pro Tag. Einen Teil der um etwa ein Drittel in der Beugung geminderten Bewegungsfähigkeit (fehlendes Gelenkspiel) ordnet Dr. med. F.\_\_\_\_ der Adipositas zu, die wiederum zu einer zunehmenden Immobilisierung, Dekonditionierung und Osteoporose führe. Wegen der Rückenschmerzen erachtet er weiter die Beugefähigkeit der Wirbelsäule beim Bücken und für Zwangshaltungen als limitiert, dies einerseits wegen Schmerzen und andererseits aufgrund der Degeneration (Wirbelkörperverschleiss, Verlagerung der Nervenstrukturen). Ein leidenszentriertes Auftreten kann der Gutachter bei der Beschwerdeführerin nicht erkennen, jedoch eine Betonung der körperlichen Befunde, insbesondere der Schmerzen, dies allerdings ohne Aggravationstendenz oder Simulation. Zur gutachterlichen Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 25. September 2014 hält Dr. med. F.\_\_\_\_ fest, dass nicht nachvollziehbar sei, wie in der angestammten Tätigkeit als Verkäuferin eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gesehen werden könne, wenn gleichzeitig erwogen werde, dass durch eine Tätigkeit mit Wiederaufnahme von Zwangshaltungen bestehende Schmerzen zunehmen würden. Er selber erachtet den mehrheitlich stehenden und gehenden Beruf als Verkäuferin als nicht mehr zumutbar und legt eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem Datum der Vorbegutachtung (25. September 2014) fest. Davor erachtet er eine Einschätzung aufgrund der Tatsache, dass wenige Unterlagen zum Verlauf der Gonarthrose vorlägen, als schwierig. Vermutlich habe bereits 2008 nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Demgegenüber sei eine leidensangepasste Tätigkeit zu 100 % möglich. Bereits 2008 hätte aus orthopädischer Sicht umgehend eine Umsetzung einer leidensangepassten Tätigkeit angegangen werden müssen. Komorbiditäten hätten dafür gesorgt, dass dies nicht möglich gewesen sei. Aus rein orthopädischer Sicht lasse sich die jahrelange Arbeitsunfähigkeit nicht begründen, zumal keine richtungsweisende Therapie ergriffen worden sei. Die Anpassungsmöglichkeiten auf die Zukunft hin seien aber immer noch gegeben, auch über die zunehmende Problematik der Knie- und Wirbelsäulenschäden, da im Sitzen der Leidensdruck als gering bis nicht gegeben einzustufen sei. Das angepasste Tätigkeitsprofil präsentiere sich folgendermassen: Zumutbar seien körperlich sehr leichte und teils leichte bis mittelschwere Arbeiten. Mittelschwere Tätigkeiten könnten wegen der Polyarthralgien auch der Schultergelenke nur unter Benutzung ausschliesslich überwiegend der Hände und Arme rumpfnah durchgeführt werden. Die Tätigkeit müsse überwiegend im Sitzen ausgeführt werden (mehr als 80 %), mit Gelegenheit zum Haltungswechsel und Ausstrecken der Beine, Gewichtsbelastungen beim Tragen und Heben seien bis 5 kg oder 5 – 10 kg möglich. Es sei zu erwarten, dass durch die Implantation von Knieprothesen eine deutliche Besserung der Schmerzen erzielt werden könnte. Die konservativ therapeutischen Optionen seien weitgehend ausgeschöpft. Auch diese Schlussfolgerungen erweisen sich als überzeugend. Dr. med. G.\_\_\_\_ legt in psychiatrischer Hinsicht schliesslich ebenfalls einleuchtend dar, dass die Beschwerdeführerin eine erhöhte Angstbereitschaft mit Dunkelangst bereits in der Kindheit beschrieben habe. Seit 2005 seien Partnerschaftsprobleme aktenkundig. Zusammen mit Schwierigkeiten am Arbeitsplatz hätten diese zum Auftreten von depressiven Episoden mit der Notwendigkeit stationärer Behandlungen 2005 und 2006 geführt. Eine körperliche Schmerzproblematik bestehe

ebenfalls seit 2005. Eine psychiatrische Behandlung erfolge seit 2000 ambulant. Aktuell kann der Gutachter indessen keine depressive Störung diagnostizieren. Dies begründet er mit dem weitgehend unauffälligen psychopathologischen Befund, der erhaltenen sozialen Partizipation (regelmässige und enge Kontakte zur Familie, auch Nichten und Neffen; tägliche Kontakte zum Schwiegervater; Kontakt zu zwei guten Freundinnen; S. 41), der ungestörten Tagesstruktur, einem ungeminderten Antrieb sowie dem vorhandenen Interesse für Fernsehen und soziale Kontakte. Vor diesem Hintergrund erscheint seine Einschätzung stimmig. Die subjektiven Klagen mit lebhaften Träumen und leichter Reizbarkeit sowie erhöhter Ermüdbarkeit lassen den Gutachter indessen an eine Neurasthenie denken. Die allgemeine, schon sehr lange vorhandene Besorgtheit ohne besonderen Anlass weist aus seiner Sicht weiter auf eine generalisierte Angststörung hin, hier auftretend mit Agoraphobie und Panik und auf dem Boden von ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszügen. Eine Persönlichkeitsstörung wird zu Recht als nicht erkennbar erachtet. Die Beschwerdeführerin sei zwar kränkbar, aber ein generelles Minderwertigkeitsgefühl könne nicht konstatiert werden. Es liege auch keine durchweg eingeschränkte Beziehungsfähigkeit vor. Die Beschwerdeführerin unterhalte freundschaftliche Kontakte und nehme an Familientreffen teil. Eine erhebliche Einschränkung des sozialen Aktionsradius sei nicht erkennbar, die Beschwerdeführerin könne alleine einkaufen gehen. Damit einhergehend lassen sich für die Zeit vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung oder auch in Kindheit und Jugend keine entsprechenden Persönlichkeitsauffälligkeiten feststellen. Weiter schliesst Dr. med. G.\_\_\_\_ auch das Vorliegen einer chronischen somatoformen Schmerzstörung aus. Insbesondere erachtet er das Charakteristikum des Vortragens eines andauernden, schweren und quälenden Schmerzes als vorherrschende Beschwerde, durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht hinreichend erklärt, als nicht gegeben. Tatsächlich hat der Gutachter hierzu im Rahmen der Anamnese festgehalten, dass die Beschwerdeführerin erst auf Nachfrage hin von körperlichen Beschwerden berichtet habe. Sie gibt damit gegenüber dem psychiatrischen Gutachter vorrangig keine Schmerzsymptomatik an. Ausserdem können für die Knie- und Rückenschmerzen degenerative Veränderungen verantwortlich gemacht werden könnten. Der Schmerz tritt, wie Dr. med. G.\_\_\_\_ treffend darlegt, sodann auch nicht in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen auf, denen die Hauptrolle für Beginn, Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen zukommen würde. Zwar könne dies nach gutachterlicher Einschätzung für den Zeitraum 2005 bis 2008 angenommen werden, nicht jedoch zum Untersuchungszeitpunkt. Die Beschwerdeführerin habe in diesem Rahmen keine emotionalen Konflikte angegeben, sondern finanzielle Sorgen und solche um den Ehemann. Die Modifizierbarkeit der Beschwerden lasse sich auch an der Besserung der körperlichen Beschwerden in [...] erkennen, wo eine psychiatrische Behandlung durchgeführt worden sei. Eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren wird sodann ebenfalls verneint. Zwar bestünden klinisch gesehen seit mindestens sechs Monaten Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, und diese hätten ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung. Jedoch seien psychische Faktoren nicht ursächlich für Modifizierung des Schweregrads, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen. Rein formal könne aufgrund der Diagnose einer generalisierten Angststörung mit zusätzlicher Agoraphobie und Panik bei ängstlich-selbstunsicheren Zügen und einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig remittiert, deshalb auch keine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert

werden. Dies gelte rückblickend auch für den Zeitraum 2005 bis 2008. Noch einmal wird darauf hingewiesen, dass sich die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Begutachtung nicht mit im Vordergrund stehenden Schmerzen präsentiert habe. Eine Schmerzschilderung mit hoher Intensität und wenig Schwankungen, wie bei einem chronischen Schmerz zumeist vorhanden, sei ebenfalls nicht gegeben. Schliesslich wird auch zu Recht auf den Umstand hingewiesen, dass der Schmerz in gewissem Kontext ausgeblendet werden könne, so beim Einkaufen oder im Urlaub. Anhaltspunkte für eine Aggravation sieht der psychiatrische Gutachter sodann keine. So kommt Dr. med. G. \_\_\_ zum nachvollziehbaren Schluss, dass auf dem psychiatrischen Gebiet keine Funktionsstörungen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen. Die bisher durchgeführte Therapie kann gutachterlich gesehen nicht beurteilt werden, weil keine klar erkennbar ärztlich verordnete Medikamentenverordnung vorliege und keine therapeutisch wirksamen Spiegel der angegebenen, allenfalls indizierten Medikation, gemessen worden seien. Zu den Ressourcen wird festgehalten, dass die Beschwerdeführerin seit ihrer Rückkehr in die Schweiz nicht mehr gearbeitet habe und die familiäre Unterstützung aufgrund der Tatsache, dass sich der Grossteil der Familie in [...] befinde, gering sei. Die persönlichen Ressourcen liessen sich nur indirekt einschätzen, wobei die angegebenen sozialen Aktivitäten zu berücksichtigen seien. Die Familientreffen, Urlaube in [...], Treffen mit einer Freundin und regelmässige Versorgung des Haushalts, die kleinen Einkäufe, der Gang mit dem Hund und ein starkes Interesse an Fernsehunterhaltung liessen solche jedenfalls erkennen. Die Alltagsaktivitäten stellten sich damit gegenwärtig als weitgehend uneingeschränkt dar. Dr. med. G. \_\_\_ nimmt schliesslich Stellung zu den bisherigen psychiatrischen Einschätzungen und erachtet die Diagnosen in den Gutachten von Dr. med. T. \_\_\_ sowie die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit für den Zeitraum 2005 bis 2014 aus aktueller Sicht mit Ausnahme der Diagnose Angst und Depression gemischt als nachvollziehbar. Bei psychosozialer Belastungssituation sei es 2005 zu einer depressiven Dekompensation gekommen, die schon während des stationären Aufenthalts in der Klinik O. \_\_\_ nur noch leicht- bis mittelgradig gewesen sei und von den Angstsymptomen eine generalisierte Besorgtheit und Panik geblieben sei. Mit der Rentenrevision 2013 sei wiederum eine depressive Dekompensation bei Zukunftssorgen erfolgt. Aktuell würden aber keine depressiven Symptome angegeben, sondern nur Panik und agoraphobische Störungen. Die tageweise auftretenden Stimmungsschwankungen seien kontextabhängig und bedingt durch die ängstlich-abhängigen Persönlichkeitszüge. Somit wird die vom Vorgutachter geäusserte Diagnose konsequenterweise in der aktuellen Begutachtung verneint. Aus psychiatrischer Sicht liege seit Oktober 2014 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

7.3 Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_ als beweiskräftig. Zu prüfen bleibt, ob die verschiedenen Einwendungen der Beschwerdeführerin etwas an dieser Beurteilung zu ändern vermögen.

7.3.1 Einerseits wird unter Verweis auf den Bericht von Dr. med. H. \_\_\_ vom 23. Juni 2017 (IV-Nr. 103) geltend gemacht, es seien keine aktuellen Röntgenbilder erstellt und diejenigen aus dem Jahr 2014 nicht gewürdigt worden. Hierzu ist einerseits festzuhalten, dass es im Ermessen des Gutachters liegt, welche Untersuchungen er durchführt. Nach der Rechtsprechung kommt den Gutachtern bei der Wahl der Untersuchungsmethoden ein weiter Ermessensspielraum zu (Urteil des Bundesgerichts 9C\_753/2015 vom 20. April 2016 E. 3.3 mit Hinweisen). Andererseits verweist der orthopädische Gutachter in Bezug auf die 2014 erstellten Röntgenbilder auf die Befunderhebung durch den damaligen Gutachter, Dr. med. I. \_\_\_ (S. 14). Inwiefern es notwendig gewesen wäre, diese noch einmal

zu wiederholen, ist nicht ersichtlich. Hinsichtlich des Bewegungsapparats kann ausserdem festgestellt werden, dass der aktuelle Gutachter eine eingehende klinische Untersuchung vorgenommen und die Befundlage umfassend dargestellt hat. Zwischen der gutachterlichen Untersuchung und derjenigen durch Dr. med. H. \_\_\_ liegen indessen nur vier Monate, weshalb in zeitlicher Hinsicht kaum von einer wesentlichen Verschlechterung des Zustandes zwischen dem gutachterlichen Untersuchungszeitpunkt und dem Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. H. \_\_\_ gesprochen werden kann. Zudem stellt Dr. med. H. \_\_\_ keine andere oder schwerere Diagnose in Bezug auf die Gonarthrose, weshalb sein Hinweis, dass die Einschätzung der Beschwerdeführerin grotesk sei, da die Beschwerdeführerin an schwersten Gonarthrosen leide, fehlschlägt. Auch Dr. med. F. \_\_\_ diagnostiziert eine Gonarthrose Grad IV rechts (höchster Schweregrad) und Grad III links. Insofern wird in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit, zu der sich Dr. med. H. \_\_\_ zwar nicht explizit äussert, lediglich der gleiche medizinische Sachverhalt anders beurteilt. Dr. med. H. \_\_\_ nennt aber keine objektivierbaren Aspekte, welche bei der Begutachtung unerwähnt oder ungewürdigt geblieben wären.

7.3.2 Wegen der von der Beschwerdeführerin angegebenen Schmerzausstrahlungen in die Beine und Arme sowie Taubheitsgefühle und Ameisenkribbeln wird geltend gemacht, es hätte eine neurologische Begutachtung erfolgen müssen. Der orthopädische Gutachter hat diese anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin in seiner Befunderhebung und Beurteilung berücksichtigt. Gemäss Anhang V des KVSI entscheidet die Gutachterstelle abschliessend darüber, welche Fachdisziplinen – neben den von der IV-Stelle gewünschten – im Einzelfall zu begutachten sind (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 352 f.). Eine neurologische Untersuchung und Beurteilung wurde aber offensichtlich nicht als angezeigt erachtet, was mit Blick auf die vorhandene Aktenlage auch nachvollziehbar erscheint.

7.3.3 Schliesslich wird hinsichtlich der Knieproblematik moniert, dass der Gutachter gar nicht von einem stationären Zustand ausgehe, da er selber eine Knie-Operation empfehle, und dass sich sein beschriebenes, leidensadaptiertes Tätigkeitsprofil auf die Zeit nach einer erfolgten Operation beziehe. Dem kann nicht gefolgt werden. Dr. med. F. \_\_\_ führt in seiner Beurteilung explizit aus, dass eine Knie-Teilprothese diskutiert werden und die Geh- sowie Stehfähigkeit verbessern könne, dies jedoch ohne wesentliche Auswirkung auf die Restarbeitsfähigkeit. Somit hätte eine allfällige Operation, abgesehen von einer kurzzeitigen Arbeitsunfähigkeit während und nach dem Eingriff, keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Daraus lässt sich ohne Weiteres schliessen, dass das vom Gutachter formulierte Tätigkeitsprofil sich auf den Zustand zum Untersuchungszeitpunkt, ohne empfohlene Operation, bezieht.

7.3.4 Bezüglich des psychiatrischen Gutachtens wird gerügt, dass das Vorliegen einer somatoformen Störung mit abstruser Begründung verneint werde und die Angabe, dass die Beschwerdeführerin keine Schmerzen angebe, aktenwidrig sei. Es werden verschiedene Rügen hinsichtlich der Indikatorenprüfung hervorgebracht, wobei insgesamt geltend gemacht wird, eine solche sei gar nicht erfolgt. Zudem sei keine Auseinandersetzung mit den Berichten der behandelnden Psychotherapeutin erfolgt. Wie in Ziff. 7.2 vorstehend einlässlich dargelegt, kommt der psychiatrische Gutachter, Dr. med. G. \_\_\_, auf nachvollziehbare Art und Weise zu seiner Beurteilung. Eine somatoforme Störung wird denn auch nicht deshalb verneint, weil die Beschwerdeführerin aus seiner Sicht keine Angaben zu Schmerzen mache, sondern es wird dargelegt, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung durch ihn nicht vorwiegend und auch erst auf Nachfrage von ihren somatischen Schmerzen berichtet habe. Da schlussendlich keine psychiatrische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wird, erübrigen sich auch die Rügen zur angeblich unterlassenen

Indikatorenprüfung. Denn liegt keine Diagnose mit entsprechender Relevanz vor, können konsequenterweise auch keine vertieften Angaben zu Indikatoren gemacht werden. Festzuhalten bleibt aber, dass den Gutachtern ein Fragenkatalog gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung zur Indikatorenprüfung vorgelegt wurde (IV-Nr. 85) und sich die Indikatoren anhand der psychiatrischen Beurteilung ohne weiteres prüfen lassen (vgl. Ziff. 7.2).

7.4 Zusammenfassend kann also festgestellt werden, dass das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vollumfänglich beweiswertig ist und die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung für die Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zu Recht darauf abgestellt hat. Demgemäss ist die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar, in einer (orthopädisch gesehen) leidensadaptierten Tätigkeit besteht hingegen eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Die psychischen Beeinträchtigungen, die zur Rentenzusprache 2007 geführt haben, liegen nicht mehr in der gleichen Schwere vor, insbesondere ist die depressive Störung remittiert. Damit hat sich der Gesundheitszustand in psychiatrischer Hinsicht wesentlich verbessert. Orthopädisch gesehen ist zwar seit dem Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, jedoch ist eine leidensangepasste Tätigkeit aus orthopädischer Sicht nach wie vor zu 100 % zumutbar. Was den Zeitpunkt der Verbesserung des Gesundheitszustandes anbelangt, so wird gutachterlich festgehalten, die Auswirkungen der orthopädischen Einschränkungen liessen sich kaum bis 2008 rückwirkend nachvollziehen, weshalb als deren Beginn auf das polydisziplinäre Gutachten vom 17. November 2014 (IV-Nr. 53.3) bzw. die orthopädischen Untersuchungen vom 17. und 24. September 2014 abgestützt wird (IV-Nr. 53.3 S. 2). Von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann demnach seit diesem Zeitpunkt ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht wird dargelegt, ähnlich wie zum Untersuchungszeitpunkt durch Dr. med. G.\_\_\_\_ habe es schon im Gutachten 2014 (IV-Nr. 53.3) ausgesehen, wo die Rede von einem akuten anamnestischen Zustand nach rezidivierender depressiver Störung mit mittelgradigen Episoden gewesen sei. Somit wird eine depressive Störung zumindest ab 2014 (Untersuchungszeitpunkt: 17. September 2014) ausgeschlossen. Die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit gilt ab dem 24. September 2014. Nach dem Gesagten kann eine Rentenaufhebung per 1. Juni 2013, wie sie in der angefochtenen Verfügung vorgenommen wird, nicht zur Debatte stehen. Wie in Ziff. 4 vorstehend festgehalten, ist für die Rentenherabsetzung oder -aufhebung massgeblich, ab welchem Zeitpunkt die Ärzte eine zumutbare Arbeitsfähigkeit attestieren. Der ursprüngliche Entscheid war korrekt, wenn erneute medizinische Untersuchungen die medizinischen Feststellungen im Rahmen von ersten Abklärungen auch in zeitlicher Hinsicht bestätigen. Dies ist vorliegend nicht der Fall, die zumutbare Arbeitsfähigkeit in einer leidensadaptierten Tätigkeit wird ab dem 24. September 2014 bestätigt. Der psychiatrische Gutachter weist in seiner Beurteilung sogar auf eine 2013 noch stattgehabte Dekompensation in psychischer Hinsicht hin (IV-Nr. 101.1 S. 53). Eine relevante zumutbare Arbeitsfähigkeit ist erst nach Erlass der ersten Aufhebungsverfügung vom 17. April 2013 (IV-Nr. 41.17) eingetreten. Diese erweist sich also nicht als korrekt. Korrekt war hingegen die zweite Aufhebungsverfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. Oktober 2015 (IV-Nr. 73), die nach dem Eintritt der Verbesserung des Gesundheitszustands (am 24. September 2014) erging und durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2015.283 vom 24. August 2016 (IV-Nr. 82) aufgehoben wurde. Die nun festgestellte Veränderung liegt vor dem Zeitpunkt der Verfügung vom 7. Oktober 2015. Zum damaligen Verfügungszeitpunkt hätte die Beschwerdegegnerin die Rente rückwirkend

aufheben dürfen. Wäre sie von der ab 24. September 2015 eingetretenen Verbesserung des Gesundheitszustandes ausgegangen, wäre die Rente gestützt auf Art. 88a Abs. 2 IVV rückwirkend, mit Wirkung ab 1. Januar 2015 aufgehoben worden (drei Monate nach Eintritt der Verbesserung des Gesundheitszustandes). Somit ist vorliegend die Rente auf diesen Zeitpunkt aufzuheben. 8. Für den Einkommensvergleich wurde sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen. Dies erscheint angesichts der Tatsache, dass die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt schon seit vielen Jahren andauert, korrekt. Nicht nachvollziehbar ist, weshalb für den Einkommensvergleich unterschiedliche Tabellen herangezogen wurden. Da eine Rentenaufhebung per Januar 2015 zur Debatte steht, ist auf die zum massgeblichen Zeitpunkt bekannte LSE 2012 abzustellen. Ansonsten erscheinen die von der Beschwerdegegnerin herangezogenen Tabellenlöhne (für das Valideneinkommen TA17, Ziff. 52, Verkauf, Frauen 50, = CHF 4'504.00, und für das Invalideneinkommen TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 = CHF 4'112.00) korrekt, was auch nicht beanstandet wird. Nach Aufrechnung der Teuerung 2012 – 2015 (: 101.8 x 103.7) und der Wochenstunden (: 40 x 41.7) ergibt sich ein Valideneinkommen von CHF 57'397.00 und ein Invalideneinkommen von CHF 52'401.00. Das ergibt einen Invaliditätsgrad von 9 % und damit keinen Rentenanspruch. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, dass vom Invalideneinkommen der maximal mögliche leidensbedingte Abzug von 25 % vorzunehmen wäre. Diese Frage kann indessen offen bleiben, da selbst beim höchstmöglichen Abzug kein rentenrelevanter Invaliditätsgrad resultieren würde. Nach dem Gesagten hat die Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2015 keinen Anspruch mehr auf eine Invalidenrente. Die Beschwerde ist damit in Bezug auf den Zeitpunkt der Rentenaufhebung gutzuheissen, im Übrigen ist sie abzuweisen. 9. Die Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung, mittels welcher die Rente aufgehoben worden war, fast 54 1/2 Jahre alt und bezog seit dem 1. August 2007, also seit fast 11 Jahren, eine halbe Invalidenrente. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist bei der revisionsweisen Aufhebung der Rente zu prüfen, ob eine Selbsteingliederung ohne vorgängige berufliche Massnahmen zumutbar ist, wenn eine versicherte Person das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat. Diese Voraussetzungen sind bei der Beschwerdeführerin nur knapp nicht erfüllt. Ohnehin wäre aber die Selbsteingliederung im vorliegenden Fall als zumutbar zu erachten, denn sie bezog seit 2007 eine halbe Invalidenrente, eine Restarbeitsfähigkeit war stets vorhanden. Das Bundesgericht hat die Zumutbarkeit der Selbsteingliederung bei einer stets vorhandenen, aber nicht verwerteten Restarbeitsfähigkeit wiederholt bejaht (Urteile des Bundesgerichts 9C\_754/2014 vom 11. Juni 2015 E. 5.3, mit Hinweis auf die Urteile 9C\_726/2011 vom 1. Februar 2012 E. 5.2 und 9C\_752/2013 vom 27. Juni 2014 E. 4.3; vgl. auch Urteil 9C\_819/2014 vom 19. Juni 2015 E. 4, mit weiteren Hinweisen). 10. Die Beschwerdeführerin lässt schliesslich berufliche Massnahmen beantragen. Die Beschwerdegegnerin hat solche mit der Begründung abgewiesen, dass die von der Beschwerdeführerin dargelegte Motivation für berufliche Massnahmen sich nicht auf eine 100%ige Restarbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit beziehe. Mangels subjektiver Eingliederungsfähigkeit sei keine weitergehende Prüfung eines solchen Anspruchs zu prüfen. In diesem Zusammenhang sind auch die Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der aktuellsten Begutachtung zu werten. In der orthopädischen Begutachtung hat die Beschwerdeführerin ausgeführt (IV-Nr. 101.1 S. 17), es fehle ihr die Kraft eine Stelle zu suchen. Sie habe über eine weitere berufliche Tätigkeit

nachgedacht. Sie verfüge aber nach eigener Ansicht kaum über persönliche Ressourcen oder Pläne in Bezug auf eine Wiedereingliederung. Gegenüber dem psychiatrischen Gutachter hat sie ebenfalls angegeben (IV-Nr. 101.1 S. 40), sich keine Tätigkeit mehr vorstellen zu können. Hinzu kommt die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin während der gesamten Zeit des Bezugs einer halben Rente die stets vorhandene Restarbeitsfähigkeit nie verwertet hat. Angesichts dessen erscheint die Verneinung eines Anspruchs auf berufliche Massnahmen in der angefochtenen Verfügung korrekt. Sollte die Beschwerdeführerin indessen die vorhandene 100%ige Arbeitsfähigkeit doch verwerten wollen, ist es ihr unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin ein entsprechendes Gesuch zu stellen. 11. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Ziff. I / 9 hiervor). 11.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat im kantonalen Beschwerdeverfahren die obsiegende beschwerdeführende Person einen bundesrechtlichen Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Diese werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und nach der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Die Beschwerdeführerin obsiegt teilweise (Rentenaufhebung zu einem späteren Zeitpunkt). Sie unterliegt jedoch im Hauptpunkt, indem sie eine Weiterführung der Rentenleistungen beantragt hat. Zudem besteht kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und es sind keine nochmaligen Abklärungen zum medizinischen Sachverhalt vorzunehmen. Es ist daher gerechtfertigt, ihr lediglich eine auf die Hälfte reduzierte Parteientschädigung zuzusprechen. 11.2 Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif [GT, BGS 615.11], in der ab 1. Januar 2018 geltenden Fassung). 11.3 Die vom unentgeltlichen Rechtsbeistand am 16. August 2018 eingereichte Kostennote (A.S. 49 f.) weist einen Zeitaufwand von insgesamt 7.68 Stunden bei einem Honoraransatz von CHF 250.00 aus. Dies und auch die die geltend gemachten Auslagen von CHF 59.40 erscheinen angemessen. Damit würde eine volle Parteientschädigung zuzüglich Mehrwertsteuer von 7.7 % CHF 2'131.80 betragen. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin die Hälfte hiervon, mithin CHF 1'065.90, als Parteientschädigung zu bezahlen. 11.4 Aufgrund des nur teilweisen Obsiegens ist die Hälfte des Aufwands und damit 3.84 Stunden über die unentgeltliche Rechtspflege zu entschädigen. Unter Berücksichtigung des Stundenansatzes von CHF 180.00, Auslagen von CHF 29.70 sowie Mehrwertsteuer von CHF 55.50 resultiert demnach eine Entschädigung von CHF 776.40. Vorbehalten bleibt während zehn Jahren die Nachzahlungspflicht der Beschwerdeführerin, sofern diese dazu in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Des Weiteren ist auch der unentgeltliche Rechtsbeistand während zehn Jahren seit Abschluss des Verfahrens befugt, bei der Beschwerdeführerin die Differenz zum vollen Honorar, d.h. CHF 206.80, einzufordern. 11.5 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die Beschwerdegegnerin einen Viertel und die Beschwerdeführerin drei Viertel der Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Anteil der Beschwerdeführerin ist jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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