

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.164 vom 22. Juni 2018**

SO Obergericht, 2018-06-22, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.164)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.164 du 22 juin 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.164 del 22 giugno 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1965, meldete sich am 23. Oktober 1999 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 3). Mit Verfügung vom 12. Juni 2002 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Wirkung ab 1. Juli 2000 eine ganze Invalidenrente zu (IV-Nr. 30).

1.2 Diese ganze Rente hob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 1. Juni 2012 gestützt auf die Schlussbestimmungen der Änderung des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) vom 18. März 2011 auf (IV-Nr. 55). Weil in der Folge Wiedereingliederungsmassnahmen von Seiten der Beschwerdeführerin abgebrochen wurden, wurde auch die Weiterausrichtung der Rente während längstens zwei Jahren (gemäss Schlussbestimmungen) mit Verfügung vom 8. Juli 2013 aufgehoben (IV-Nr. 73).

### **E. 2**

2.1 Bereits am 19. Juni 2013 hatte sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug angemeldet (IV-Nr. 70). Die Beschwerdegegnerin holte Arztberichte bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin Handchirurgie, vom 20. August 2013 (IV-Nr. 75) und Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 2. November 2013 (IV-Nr. 80) ein. Zusätzlich liess sie bei der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ ein Verlaufsgutachten erstellen (IV-Nrn. 86.1 ■ 86.5).

2.2 Mit Vorbescheid vom 2. April 2015 (IV-Nr. 91) wurde der Beschwerdeführerin in Aussicht gestellt, eine halbe Invalidenrente zuzusprechen.

2.3 Am 1. April 2015 erhielt die Beschwerdegegnerin einen anonymen Hinweis (IV-Nr. 97.1), wonach die Beschwerdeführerin und ihr Mann im Clubhaus des FC [...] Tag und Nacht arbeiten und in [...] mehrere Wohnungen putzen würden. Die Beschwerdegegnerin liess die Beschwerdeführerin in der Folge observieren (Ermittlungsbericht IV-Nr. 97.2 ff.).

2.4 Nach erfolgter Observation liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin erneut begutachten. Das interdisziplinäre Gutachten in den Bereichen Rheumatologie und Psychiatrie wurde am 15. Dezember 2015 von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (IV-Nrn. 102.1 + 103.1).

3. Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 116, 117 und 121) verneinte die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 5. Juli 2016 einen Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen, da keine Invalidität vorliege (IV-Nr. 123.).

### **E. 4**

4.1 Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin wird durch den Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 1. Juni 2012 (IV-Nr. 55) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom

## **E. 5**

5.1 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

5.2 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie spez. Handchirurgie, stellte in ihrem Bericht vom 20. August 2013 (IV-Nr. 75 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin klagt über Schmerzen, Schwellungen in beiden Händen und den oberen Extremitäten sowie Kraftlosigkeit. Da sie ohne starke Schmerzen kaum gehen oder etwas tragen könne, sei sie nicht mehr arbeitsfähig.

5.3 Dr. med. G.\_\_\_\_, Klinik H.\_\_\_\_, erhob in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2013 (IV-Nr. 76) folgende Diagnosen:

A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor unter massiven Tenosynovitiden, vor allen der Beugesehnen beider Hände, und Arthritiden der Handgelenke. Hinzu kämen myalgiforme Beschwerden und eine ausgeprägte Müdigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Putzfrau bestehe seit dem

## **E. 6**

Migräne mit Aura wahrscheinlich.

## **E. 7**

Zustand nach Carpaltunneloperation rechts am 16. Juni 2009.

## **E. 8**

Hemihypästhesie links, organisch nicht zuordenbar, Verdacht auf arterielle Hypertonie.

## **E. 9**

Tachykarder Sinusrhythmus mit vereinzelter Extrasystolie (Blutdruck 145/100 mmHg rechts).

## **E. 10**

Dezember 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es lägen kontinuierliche Dauerschmerzen vor. Schwellungen würden an allen Fingern auftreten, was die Greifkraft vermindere, sowie an den Sprunggelenken und Füßen, was das Gehen beschwerlich mache. Auch andere Tätigkeiten seien wegen des starken Krankheitsgefühls mit Müdigkeit nicht zumutbar. Es müsste sich um eine Arbeit handeln, bei der die Beschwerdeführerin ihre Hände nicht einzusetzen brauche und bei der sie nicht lange gehen oder stehen müsse.

5.4 Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2013 (IV-Nr. 80 S. 3 ff.) folgende Diagnosen:

Bislang sei keine eindeutige Ursache für die Beschwerden gefunden worden. Die Beschwerdeführerin sei derzeit für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Rentenanspruch sei berechtigt, aber die damals gestellte Diagnose wohl falsch.

5.5 Das Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_ vom 27. Juni 2014 (IV-Nrn. 86.1 ■ 86.5) enthält folgende Diagnosen:

A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

B) Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Im Verlauf der rheumatologischen Untersuchung zeige sich ein zunehmend intensiveres Schmerzverhalten, wie es bereits im Gutachten von 2011 beschrieben worden sei. Eine Schonhaltung des linken Armes sei evident. Die Beschwerdeführerin hinterlasse ein deutlich leidensvermittelndes Bild mit inkonstantem Entlastungshinken links, könne aber unbehindert auf einen Schemel steigen und die volle Hocke einnehmen sowie sich beim Aus- und Ankleiden recht flüssig bewegen. Im Hand- und Armeinsatz zeigten sich keine Asymmetrien. Die aktuellen Laboruntersuchungen hätten keine Entzündungszeichen ergeben, das Laborimmunologische Befundbild sei unauffällig. Radiologisch fänden sich an Händen und Vorfüßen keine erosiven Veränderungen und keine kristall-arthropathischen Äquivalente. Das Achsenskelett weise mehrsegmentale degenerative Veränderungen ohne Zeichen eines spondyloarthritischen Wirbelsäulenbefalls auf. Aus einer möglicherweise degenerativ bedingten Schulterbeschwerdesymptomatik heraus habe sich 1999 bis 2001 ein unspezifisches chronifizierendes Schmerzsyndrom herausgebildet, für das sich keine erklärenden Befunde gefunden hätten. Das Beschwerdebild sei rheumatologisch zunächst als linksseitiges Fibromyalgiesyndrom etikettiert, im Gutachten von 2001 dann als nicht typisch für Fibromyalgie bezeichnet worden. 2006 komme es zu OSG-Beschwerden, wobei klinische Zeichen einer entzündlichen Symptomatik zu fehlen schienen. Orthopädisch habe man die Beschwerden einer Fehlstatik zugeordnet, ohne dass entsprechende Massnahmen die Situation verbessert hätten. An der rechten Hand sei 2009 eine Entrapment-Symptomatik aufgetreten; der Operationsbericht zur Karpaltunnelspaltung erwähne keine Synovitiden. 2010 sei dann handchirurgisch eine Flexoren-Sehnenscheidenentzündung des Mittelfingers mit deutlicher Synovitis beschrieben worden. Ende 2012 sei eine im Verlauf immunologisch stumme und als undifferenziert zu etikettierende periphere Polysynovitis vor allem der Hände sowie sonst am Bewegungsapparat (Stammskelett, Füße) erfasst worden. Man habe die Erkrankung rheumasonographisch verifiziert, aber nicht näher klassieren können. Im Blut hätten Entzündungszeichen gefehlt. Das Krankheitsbild sei im Verlauf schwer zu behandeln gewesen, einerseits wegen der medikamentösen Nebenwirkungen, andererseits weil der Behandlungseffekt vom vorbestehenden Schmerzleiden überlagert werde und so kaum dokumentierbar sei. Die jahrelange Schmerzerkrankung zeige Dolenzen über allen Körperteilen, vor allem im linken oberen Quadranten betont, mit sehr niedriger Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und mit mehrfach dokumentiertem deutlichem Schmerzvermeidungsverhalten und intensiver Vermittlung der Schmerz- und Behinderungsüberzeugung durch die Beschwerdeführerin. Daher seien die verschiedenen Krankheitsanteile (Polysynovitis unter Behandlung versus degenerative Veränderungen des Achsenskeletts versus unspezifische Schmerzerkrankung) klinisch nur sehr schwer voneinander abzugrenzen. Es sei zwar von einem suppressiven Effekt der aktuellen Behandlung auf das entzündliche Leiden auszugehen, es könne aber eine Restaktivität persistieren, indem auch die modernsten Immuntherapeutika kein vollständiges Ansprechen

der entzündlichen Konstellationen garantierten. Die Abschätzung der zumutbaren Leistungsfähigkeit sei in einer derartigen Situation mit ausgeprägter Verdeutlichungstendenz äusserst schwierig. Auf Grund der radiomorphologisch objektivierten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts sowie unter Annahme eines möglicherweise etwas fortgeschrittenen degenerativen Leidens an der linken Schulter (als seinerzeit im Arthro-MRI 2001 dokumentiert) seien wohl mittelschwere und schwere Tätigkeitscharakteristika bleibend nicht mehr zuzumuten. Das Ausmass der zumutbaren Leistungsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten sei jedoch etwas arbiträr. Grundsätzlich sei bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen davon auszugehen, dass mit den heute verfügbaren Medikamenten eine Erkrankungsaktivität sehr weitgehend supprimiert werden könne, so dass der Beschwerdeführerin eine signifikante Restarbeitsfähigkeit zumutbar sei. Es gebe jedoch schwere Verläufe, wo diese Feststellung nicht zutreffe. Mit neuesten apparativen Untersuchungen (MRI, Rheuma-Ultraschall) gelinge es gelegentlich, eine subklinische Restaktivität, die sehr wohl Restbeschwerden verursachen könne, zu monitorisieren, was im vorliegenden Fall im Verlauf offenbar nicht mehr stattgefunden habe. Die entsprechenden Untersuchungen seien aufwändig und nur an spezialisierten Zentren verfügbar. Der Stellenwert von geringgradigen apparativen Restbefunden in Bezug auf entsprechende Zumutbarkeiten versus einen klinisch noch deutlichen Befund von Rest-Synovitiden sei versicherungsmedizinisch noch kaum diskutiert. Bei der Beschwerdeführerin scheine unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte, des langjährigen Schmerz-Vorleidens, der seit langem bestehenden, de facto hochgradigen Dekonditionierung, der degenerativen Veränderungen am Achsenskelett, der Unwägbarkeiten des neuen entzündlichen Leidens (das prognostisch über die kommenden Jahre durchaus wieder in eine spontane Remission treten könne) sowie der derzeitigen Aufwendungen für Therapien und Arztkonsultationen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Gutachtenszeitpunkt gerechtfertigt. Gegenüber dem Gutachten von 2011 bestehe auf Grund des entzündlichen Leidens eine zusätzliche Einschränkung des Spektrums an zumutbaren Tätigkeiten, indem ab Gutachtenszeitpunkt nur noch leichte Tätigkeiten mit einem Arbeitsvolumen von 50 % gerechtfertigt seien. Retrospektiv könnte eine subklinische Existenz des entzündlichen Leidens mit entsprechend nachvollziehbarer verstärkter Beschwerdemanifestation am Bewegungsapparat wohl schon ab Zeitpunkt der handchirurgisch festgestellten Tendovaginitis des rechten Mittelfingers im März 2010 vorgelegen haben, zumindest intermittierend, wie es dem oft schubförmigen Verlauf einer derartigen Krankheit entspreche.

Aus neurologischer Sicht sei zusätzlich die Diagnose einer Migräne ohne Aura zu stellen, welche aktuell durchschnittlich etwa zweimal pro Monat auftrete. In einer elektrophysiologischen Verlaufskontrolle vom Februar 2010 sei elektroneurographisch eine relevante Medianus- und Ulnarisneuropathie beiderseits ausgeschlossen worden. Gesamthaft gehe man nicht von einem Rezidiv des CTS aus. Die Migräne schränke die Arbeitsfähigkeit um 10 % ein.

Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine chronische Störung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden, welche bei fehlender psychiatrischer Komorbidität, nur wenigen weiteren Foersterkriterien sowie bloss geringen Einschränkungen der Fähigkeiten, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie auch eine angepasste leichte Arbeitstätigkeit, zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führe.

In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere oder hauptsächlich stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeiten, wie zuletzt im Service, nicht mehr zumutbar seien. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe indessen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vier bis max. fünf Stunden pro Tag mit etwas reduzierter Leistungsgeschwindigkeit resp. leicht erhöhtem Pausenbedarf). Dies gründe auf der gegenüber dem Gutachten von 2011 neu diagnostizierten entzündlich-rheumatologischen Erkrankung. Angepasst seien sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 2 bis 5 kg, ohne gebückte, kniende, kauende oder über Kopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne wiederholtes Greifen mit den Händen, ohne besondere Kraftanwendung mit den Händen und ohne besondere feinmotorische Anforderungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Kälte oder Nässe sowie ohne Staubexposition. Auf Grund der vorliegenden Dokumentation und anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit im Service spätestens ab Zeitpunkt der Diagnose des entzündlichen Leidens Ende 2012 gelten würden. Spätestens ab Gutachtenszeitpunkt könne in einer adaptierten Verweistätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden, begründet durch die teilweise Verbesserung der Symptomatik seit Beginn einer entsprechenden medikamentösen Therapie.

Zusammenfassend hielt der Observationsbericht fest, ein sozialer Rückzug sei auszuschliessen. Die Beschwerdeführerin führe freiwillig und aktiv Gespräche mit Drittpersonen. Eine offensichtliche körperliche Behinderung sei nicht feststellbar. Die Beschwerdeführerin bewege sich normal, ein Hinken etc. sei nicht zu erkennen (IV-Nr. 97.2 S. 64).

Am Bewegungsapparat habe die Beschwerdeführerin generalisierte Druckschmerzen unter Einschluss sämtlicher an typischer Lokalisation gelegenen Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen. Die Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke würden in allen Ebenen als ca. gleich schmerzhaft geschildert, unabhängig davon, ob die Untersuchung in belasteter oder unbelasteter Körperhaltung erfolge. Beim Betreten der Arztpraxis imponiere eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, die während der Beschwerdeschilderung anhalte und während der klinischen Untersuchung zunehme, so dass fünf der fünf Waddell-Zeichen demonstriert würden. Die Beschwerdeführerin halte vielfach den linken Arm angewinkelt am Körper und die linke Hand in einer Flexionshaltung. Sie schildere nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen und diffuse Druckschmerzen. Auf der Untersuchungsliege in Bauchlage könne sie die Arme beidseits vollständig eleviert und flektiert neben dem Kopf ablegen. Als sie dies realisiere, hebe sie den linken Arm an und lasse ihn links neben dem Bett herabhängen. Nach der Verabschiedung und bereits im Treppenhaus wie auf der Strasse bewege sie sich dann unauffällig und halte den linken Arm nicht mehr am Körper.

Im Bereich der Schulter seien die Schulteramplituden passiv geprüft beidseits symmetrisch und dem rechtsseitig aktiv geprüften Ausmass entsprechend. Linksseitig könne kein gesicherter Hinweis auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik objektiviert werden. Soweit die Beschwerdeführerin linksseitig eine Untersuchung zugelassen habe, bestehe kein Hinweis auf eine Läsion der Rotatorenmanschette. In abgelenkter Situation bewege sie ihre linke Hand normal. Auch im Bereich der übrigen peripheren Gelenke bestehe kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung. Die Wirbelsäule sei im Lot, mit

allseits normalen Bewegungsamplituden. Die Bewegungen der ganzen Wirbelsäule würden von der Beschwerdeführerin in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft eingestuft. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund gefunden werden könne. Die vorhandenen, auch die aktuell angefertigten, Röntgenbilder seien ohne wesentliche Befunde

5.7.2 Im psychiatrischen Gutachten wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, diese habe seit Anfang der 1990er Jahre körperliche Schmerzen, die bis heute stetig zugenommen hätten. Gegenwärtig spüre sie Schmerzen im ganzen Körper, in der linken Körperhälfte stärker als in der rechten. Die linke Hand verfärbe sich dunkel. Sie schlafe deshalb unregelmässig. Die Schmerzen seien dauerhaft vorhanden, aber unterschiedlich ausgeprägt. Ihre psychische Befindlichkeit sei ausgeglichen. Manchmal sei sie müde, wenn ihre Schilddrüsenwerte schlecht seien. Hin und wieder grüble sie über Geldsorgen und / oder ihre Schmerzen. Eine ambulante und / oder stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe sie nie in Anspruch genommen. Während Aufenthalte in somatischen Kliniken sei sie auch psychologisch betreut worden. 2014 habe sie zwei Gespräche bei einer Psychologin gehabt. Seit August 2015 treffe sie diese monatlich. Es sei nicht wahr, dass sie zwölf Stunden täglich im Fussballclubheim arbeite. Sie helfe dort nur sporadisch und sehr wenig mit. Sie begleite ihren Mann drei- bis viermal die Woche dorthin und schätze die sozialen Kontakte. Je nach ihren Beschwerden verrichte sie kleinere Handreichungen wie zum Beispiel Kaffee aus der Maschine lassen oder ein Schnitzel servieren. Zu Hause besorge sie den Haushalt selbständig mit Hilfe des Mannes und des Sohnes. Sie nutze vermehrt Pausen und schlafe tagsüber. Sie gehe einkaufen und mit Kollegen Kaffee trinken. Jedes Jahr reise sie nach [ ]. Sie besitze dort ein eigenes Haus, für das noch wenig Hypothekarzinsen zu bezahlen seien.

Folgende Befunde werden erhoben: Der Allgemeinzustand und Antrieb seien gut, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration unauffällig. Es komme ein guter affektiver Rapport zustande. Mit dem Fremdbeurteilungsbogen MADRS könne kein depressives Syndrom objektiviert werden.

5.7.3 Die Gutachter kommen in der interdisziplinären Einschätzung zu folgenden Diagnosen:

mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Zu den in der Vergangenheit beschriebenen entzündlichen Veränderungen hält der rheumatologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise fest, dass in der Vergangenheit vorübergehend von der Arbeitshypothese einer entzündlichen Systemerkrankung ausgegangen worden sei, weshalb man zu Recht entzündungshemmende Wirkstoffe eingesetzt habe. Er stellt weiter fest, dass man mit somatisch ansetzenden Therapiemassnahmen wie einer im Juni 2009 durchgeführten Karpaltunnel-Spaltung keinen Effekt habe erzielen können. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe dadurch die Sensibilitätsstörung in der rechten Hand gelindert werden können, nicht aber die Schmerzen. Dies wird in einleuchtender Art und Weise deshalb als plausibel eingeschätzt, weil die geschilderten Schmerzen eben nicht auf vordergründig somatisch abstützbare Beschwerden hinweisen.

Weiter hält Dr. med. E.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit der Aktenlage fest, dass nach einer am 1. September 2015 durchgeführten Arthro-Sonographie der Hände kein Hinweis mehr auf eine entzündliche Veränderung dokumentiert werde. Korrekterweise sei die Einschätzung einer Entzündungserkrankung gemäss Konsiliumsbericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2015 dann korrigiert worden. Damit in Einklang stehend konnte der Gutachter anlässlich der aktuellen Begutachtung weder anamnestisch, noch klinisch oder humoral einen Hinweis auf eine entzündliche Systemerkrankung erkennen. An den oberen Extremitäten sei ausserdem abgestützt auf die objektivierbaren Befunde kein relevanter klinisch-pathologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektivierbar: Die passive Beweglichkeit in den Schultern sei symmetrisch und normal. In abgelenkter Situation setze die Beschwerdeführerin ihren linken Arm auch normal ein. Die durchgeführten Röntgenaufnahmen zeigten ebenfalls normale Befunde. Im Bereich der Arme könne insbesondere auch kein Hinweis auf eine Fehlhaltung, die somatisch abstützbar sei, auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik, auf eine Arthrose oder eine entzündliche Veränderung objektiviert werden.

Schliesslich nimmt Dr. med. E.\_\_\_\_ Bezug auf ein im rheumatologischen Gutachten 2014 festgestelltes Rezidiv eines Karpaltunnelsyndroms rechts, was als irritierend qualifiziert wird, zumal im damaligen neurologischen Teilgutachten eine relevante Medianus- und Ulnaris-Neuropathie beidseits elektroneurographisch ausgeschlossen worden war. Weiter hält der Gutachter fest, dass die zur Untersuchung mitgebrachten Röntgenaufnahmen der Hände vom Mai 2015 normale Befunde zeigten und dass keine Hinweise auf eine entzündliche Systemaffektion oder eine Kristallablagerungserkrankung vorlägen.

Im Bereich der Wirbelsäule konnte in der klinischen Untersuchung sodann in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Fehlhaltung oder relevante Bewegungseinschränkung objektiviert werden. Es bestünden weder anamnestisch noch klinisch Anhaltspunkte für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation / Kompression des Gefäss- / Nervenbündels. Die im Rahmen der Begutachtung angefertigten Röntgenbilder zeigten keine Arthrose oder eine entzündliche Veränderung. Schliesslich sei auch im Bereich der unteren Extremitäten der Befund unauffällig.

6.3 Aus allgemeinernistischer Sicht wird gutachterlich, abgesehen von einer Adipositas, kein relevanter klinisch-pathologischer Befund erhoben.

6.4 In der psychiatrischen Beurteilung wird schlüssig und in Übereinstimmung zur vorhandenen Aktenlage dargelegt, dass anlässlich der aktuellen Untersuchung objektive psychopathologische Befunde gar nicht bis maximal gering ausgeprägt seien. Dies deckt sich auch mit den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin, die selber keine wesentlichen Symptome nennt. Zusammenfassend wird aus psychiatrisch-psychopathologischer Sicht eine anhaltende Schmerzstörung als Hauptdiagnose genannt, dies aufgrund der subjektiven Beschwerden. Eine von der Beschwerdeführerin geklagte ängstlich-depressive Verstimmung sei ebenfalls vollständig im Subjektiven verblieben und als Teil der anhaltenden Schmerzstörung ohne eigenständigen Krankheitswert zu werten. Die Beschwerdeführerin erlebe sich durch das Schmerzsyndrom insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. In der Folge handelt der psychiatrische Gutachter die diagnostischen Kriterien für eine Diagnose nach ICD-10 F45.40 ab und kommt zum einleuchtenden Schluss, dass das Charakteristikum der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung ■ wiederholtes Darbieten von körperlichen Symptomen in Verbindung mit

hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen ■ nur teilweise erfüllt sei. Denn es würden zumindest auch organische Befunde als Begründung für potenziell schmerzhafte Veränderungen genannt. Schliesslich erklärten somatische Störungen jeweils nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung. Dieses Kriterium sei bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Nur teilweise erfüllt sei das Kriterium, dass ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz als vorherrschend geschildert werde, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt sei: Die Beschwerdeführerin klage zwar über heftige körperliche Schmerzen. Diese seien anlässlich der Untersuchung aber nicht als andauernd, schwer und quälend erkennbar. Ein Auftreten des Schmerzes in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen sei bei der Beschwerdeführerin indessen nicht gegeben. Erfüllt sei wiederum das Kriterium, dass die Beschwerdeführerin beruflich und privat deutlich entlastet werde. Insgesamt kommt Dr. med. F.\_\_\_\_ somit zum Schluss, dass die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur teilweise erfüllt sind, weshalb zusätzlich die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diskutieren sei. Die Kriterien hierfür (seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten, wichtige Rolle psychischer Faktoren für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen, durch den Schmerz verursachtes Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen) seien bei der Beschwerdeführerin ab Beginn ihrer tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit jedoch unklar, im weiteren Verlauf und insbesondere ab 2012 / 2013 nur möglicherweise erfüllt. Somit kommt der Gutachter zum Schluss, dass beide Subtypen der ICD-10-Kategorie F45.4 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv differenziert werden können. Die Ausprägung der bestehenden Störung wird bei der Beschwerdeführerin im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv minimal bis leicht eingestuft. Dem ist beizupflichten. In diesem Zusammenhang wird auch erwähnt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin alltägliche Verrichtungen ausübt, so zum Beispiel den Familienhaushalt besorgt, und soziale und familiäre Kontakte pflegt. Somit ist keine Limitierung des Aktivitätsniveaus, die für alle vergleichbare Lebensbereiche bestehen würde, gegeben. Eine schwere Komorbidität ist aus gutachterlicher Sicht nicht zu sehen, was korrekt erscheint. Schliesslich erwähnt der Gutachter zu Recht, dass sich weder aus den Angaben der Beschwerdeführerin noch aus den Akten Hinweise zu allfälligen Defiziten der Persönlichkeit entnehmen lassen. Auch anlässlich der Untersuchung wurden keine entsprechenden Befunde erhoben. Die Beschwerdeführerin pflegt vielmehr regelmässige und vielfältige soziale Kontakte. Es würden von ihr auch entsprechende persönliche Ressourcen beschrieben, so zum Beispiel eine gute Kommunikationsfähigkeit, ein angepasstes Sozialverhalten und die Reisetätigkeit.

Dr. med. F.\_\_\_\_ weist auch auf eine beim Verlauf der Störung bestehende Aggravation und nicht krankheitsbedingte soziale Faktoren hin. Dadurch erkläre sich die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit jedoch sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der anhaltenden Schmerzstörung für keinen Zeitraum begründbar. Zur im Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ im Jahr 2014 diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren führt Dr. med. F.\_\_\_\_ einleuchtend aus, dass diese noch auf der damaligen Diagnose einer undifferenzierten Polyarthritits gefusst habe, die sich aber im

Nachhinein als nicht gegeben herausgestellt habe.

6.5 Gestützt auf die erhobenen Befunde und die daraus gezogenen Schlüsse kommen die beiden Gutachter in ihrer interdisziplinären Einschätzung zur folgenden, nachvollziehbaren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: In somatischer Hinsicht könne die Einschätzung im Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 4. Juli 2011 bestätigt werden. Damals sei keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt worden. Auch anhand der nach diesem Gutachten datierenden Berichte lasse sich keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit begründen. Hier nehmen die beiden Gutachter auch ausdrücklich Bezug auf das neurologische Teilgutachten vom 27. Mai 2014, in welchem gestützt auf die Diagnose einer Migräne (abstützend auf die Angaben der Beschwerdeführerin) eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % attestiert wurde, obwohl dies im Gutachten aus dem Jahr 2011 noch nicht der Fall war; dies in Kenntnis der Kopfschmerzen. Auch das rheumatologische Teilgutachten vom 3. Juni 2014 überzeugt aus gutachterlicher Sicht nicht vollumfänglich, weil in der Befunderhebung wiederholt auf die Einschätzung der Beschwerdeführerin mit Druck- und Bewegungsschmerzen, die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik sowie auf die klinisch erschwerte Untersuchung hingewiesen werde. Ein klinisch-entzündlich-pathologischer Befund oder ein relevanter klinisch objektivierbarer Befund sei nicht beschrieben worden. Trotzdem werde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Schliesslich liessen die nach dieser Begutachtung gemachten Observations-Aufnahmen nicht auf eine relevante somatisch abstützbare somatische Erkrankung schliessen. Die Beschwerdeführerin verrichte darauf Tätigkeiten, wie sie im Reinigungsbereich, im Service und am Buffet anfielen.

Zusammenfassend ist aus rein somatisch-rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit gegeben bzw. kann für Haushaltsarbeiten mit einem leicht bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. In somatischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 verbessert.

Auch der Einwand, es habe nach der Observation lediglich eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung stattgefunden, wobei auf eine neurologische Expertise verzichtet worden sei, erweist sich als unbegründet. Im Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 wurde in neurologischer Hinsicht einzig eine Migräne ohne Aura, auftretend ca. zweimal im Monat, diagnostiziert. Dieser wurde eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit um 10 % beigemessen, was für sich allein nicht leistungsbegründend wäre. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung erwähnte die Beschwerdeführerin keine derartigen Beschwerden mehr. Zudem kann auf die in Ziff. 7.5 vorstehend wiedergegebenen Einwendungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ zur damaligen gutachterlichen Einschätzung verwiesen werden. Dort wird festgehalten, dass diese Einschränkung einzig auf den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin beruhe.

Die Beschwerdeführerin lässt weiter monieren, dass die Beurteilungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ einzig und alleine auf den Ergebnissen der Observation beruhten. Dem kann nicht zugestimmt werden. Beide Gutachter haben die Beschwerdeführerin gründlich untersucht und ziehen ihre Schlussfolgerungen insbesondere aus den Ergebnissen der klinischen Untersuchung. Die Observationsergebnisse werden lediglich zur Untermauerung des im Rahmen der Untersuchungen Festgestellten herangezogen. Die Differenzen zum

Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2014, das erstellt wurde, bevor die Observationsergebnisse vorlagen, werden im aktuellen Gutachten schlüssig aufgelöst, wie sich den oben stehenden Erwägungen entnehmen lässt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Umstand, dass die damals im Raum stehende Diagnose einer undifferenzierten Polyarthritits in der Zwischenzeit verworfen wurde, relevant. Dr. med. E.\_\_\_\_ im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung auch dar, dass sich verschiedenen Befunde seit 2014 verbessert hätten.

Was die psychiatrische Beurteilung anbelangt, so vermag die Rüge, es werde darin entgegen den Tatsachen behauptet, es finde keine Psychotherapie statt, nicht zu überzeugen. Dr. med. F.\_\_\_\_ erwähnt im Rahmen der Angaben der Beschwerdeführerin nämlich die stattfindenden Termine bei einer Psychologin. Wenn er ausführt, dass keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattfinde, bringt er lediglich zum Ausdruck, dass keine Behandlung bei einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie stattfindet. Dies allein vermag keine Zweifel an seiner gesamten Einschätzung aufkommen lassen.

6.7 Sodann vermag auch die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen lassen. Dr. med. C.\_\_\_\_ ist einerseits kein Facharzt auf den entsprechenden Gebieten. Andererseits ist bezüglich seiner Ausführungen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Der Hausarzt hat die Ergebnisse der Observation nicht gesehen und seine Kritik an der vom psychiatrischen Facharzt durchgeführten Diagnostik enthält keine Gesichtspunkte, die einen Zweifel an der Einschätzung des Psychiaters aufkommen lassen könnten. Auch kann nicht gesehen werden, dass der Umstand, er selber habe nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, derart gewichtet worden wäre, dass die gutachterliche Einschätzung umgestossen werden müsste.

8.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem im Verfahren VSBES.2016.222 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem im Verfahren VSBES.2016.222 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

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

Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Haldemann

### **E. 11**

Anamnestisch Migräne mit Aura, medikamentensensibel.

### **E. 12**

Intermittierend hämorrhoidale Blutung bei verstärkter Obstipation.

### **E. 13**

Adipositas (BMI 31). Aus internistischer Sicht wurde für mittelschwere Tätigkeiten eine Arbeitsfähigkeit von 100 % festgelegt, so auch für die angestammte Tätigkeit im Service. Eine schwere Tätigkeit wurde wegen der allgemeinen Dekonditionierung und der Adipositas als nicht empfehlenswert erachtet. In rheumatologischer Hinsicht wurde am gesamten Bewegungsapparat ein altersentsprechender Status mit normalen Bewegungsausmassen erhoben, die in der aktiven Bewegungsprüfung, insbesondere in der linken oberen und unteren Extremität, als eingeschränkt demonstriert würden. Es wurde auf Inkonsistenzen und Diskrepanzen im Bewegungsablauf sowie im Schmerzmuster hingewiesen. Dies spreche für eine nicht organische Beschwerdekongstellatation. Insgesamt bestehe eine langjährige Schmerzerkrankung. Eine organische Ursache und eine strukturelle Pathologie, welche das Schmerzausmass sowie die demonstrierten Einschränkungen und den Leidensdruck der Beschwerdeführerin belegen könnten, liessen sich nicht objektivieren. Aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 % für bis zu mittelschwere Tätigkeiten, was auch für den angestammten Beruf als Serviceangestellte gelte. Für die muskulotendinösen Beschwerden im Rahmen der Schmerzerkrankung könne kein eigentliches Korrelat objektiviert werden. Die deutliche Limitierung der Belastbarkeit lasse sich nicht mit einer Pathologie der Muskel-, Sehnen- oder Bandstruktur begründen. Bei einer Fibromyalgiesymptomatik seien Zwangshaltungen, repetitive stereotyp-monotone Arbeitsschritte sowie Arbeiten in nasskalter Umgebung zu vermeiden. Ideal wäre ein Wechsel zwischen sitzen, stehen und gehen. Aus neurologischer Sicht wurden aufgrund der Untersuchungsergebnisse keine Anhaltspunkte für eine neurologische Pathologie gesehen. Die demonstrierte Hemi-symptomatik links mit Hypästhesie der linken Körperhälfte streng mittellinienbegrenzt, intermittierender Nichtinnervation des linken Arms und der linken Hand sowie intermittierendem ausgeprägtem Nachziehen und Hinken des linken Beines sei inkonstant: Wenn sich die Beschwerdeführerin unbeobachtet fühle, benutze sie zum Beispiel beide Arme, zeige beim Gehen kein Hinken und bewege sich während der Untersuchung, zum Beispiel beim Ankleiden, unbeeinträchtigt. Ihr Verhalten sei mit einer Verdeutlichungstendenz oder Aggravation vereinbar und habe möglicherweise seelische oder auch anderweitige Ursachen. Zusätzlich zu diesen Diskrepanzen finde sich bei der Kraftprüfung eine ausgeprägte Fehlinnervation der oberen und unteren linken Extremität sowie ein Fehlen von vegetativen Begleitphänomenen wie einem vermehrten Schwitzen bei wiederholter Angabe, während der Untersuchung unter starken Schmerzen zu leiden. Auch MR-Untersuchungen der Lenden- und Halswirbelsäule sowie eine elektrophysiologische Abklärung in den

Jahren 2010 und 2008 hätten keine relevante Pathologie nachgewiesen, welche die Beschwerden erklären würde. Die einzige mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzunehmende Pathologie sei eine – adäquat behandelte – Migräne mit Aura mit ca. ein bis zwei Ereignissen pro Monat. Aus neurologischer Sicht bestehe keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Service oder am Buffet, ebenso in jeder anderen, der Konstitution der Beschwerdeführerin angepassten Arbeit mit leicht bis mittelstarker Belastung. In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, dass die seit vielen Jahren bestehenden Schmerzen mit einem somatischen Befund alleine nicht erklärbar seien. Die Beschwerdeführerin sei funktionell einarmig, sie könne den linken Arm nicht mehr gebrauchen wie den rechten. Die psychosozialen Belastungsfaktoren seien leicht und ein innerpsychischer Konflikt nicht feststellbar. Es bestehe keine Belastungssituation in Beruf und Privatleben, aber die Beschwerdeführerin verfüge über keine Ausbildung. Zudem habe sie eine passive Erwartung und es bestehe ein sekundärer Krankheitsgewinn durch Entlastung und Entschädigung. Demgemäss sei den ICD-10-Kriterien folgend keine anhaltend somatoforme Schmerzstörung zu diagnostizieren. Die Foerster-Kriterien seien nur teilweise erfüllt. Die Beschwerdeführerin habe sich bisher nur einmal einer stationären Rehabilitation unterzogen, es fehle an einer chronischen körperlichen Begleiterkrankung und es liege kein sozialer Rückzug vor, helfe die Beschwerdeführerin doch im Clubhaus. Der Verlauf sei allerdings verfestigt und der sekundäre Krankheitsgewinn eindeutig. Es zeigten sich eine Selbstlimitierung und Fixierung. Eine affektive psychiatrische Erkrankung wie eine depressive Episode oder eine Dysthymie lasse sich nicht feststellen. Zu diagnostizieren sei vielmehr eine Entwicklung von körperlichen Symptomen aus psychischen Gründen. Es lägen Anhaltspunkte für eine Aggravation vor, da das subjektiv beschriebene Leiden mit den erhobenen psychiatrischen Befunden nicht in Einklang stehe, die Beschwerden auf viele verschiedene Therapien nicht ansprächen, die Schmerzbeschreibung vage sei, die Einstellung der Beschwerdeführerin durchwegs passiv bleibe und die Schmerzangaben sich nicht an anatomische Gegebenheiten hielten sowie demonstrativ und wenig nachvollziehbar seien. Für eine Persönlichkeitsstörung oder eine andere psychiatrische Erkrankung gebe es keine Anhaltspunkte. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für eine den körperlichen Beschwerden und Einschränkungen angepasste Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig. Es sei ihr unter Berücksichtigung der zumutbaren Willensanstrengung möglich, eine Hilfstätigkeit zu verrichten. Eine psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung sei bei fehlender Motivation nicht indiziert. Gesamthaft kamen die Gutachter zum Schluss, dass sowohl im angestammten Beruf als auch in irgendeiner anderen Tätigkeit (ausser schweren Arbeiten) eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe.

5. 5.1 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

5.2 Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Chirurgie spez. Handchirurgie, stellte in ihrem Bericht vom 20. August 2013 (IV-Nr. 75 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: - Fibromyalgiesyndrom - rezidivierende Tenosynovialitiden der Beuge- und Strecksehnen beider Extremitäten - chronische zervicospondylogene Schmerzen Die Beschwerdeführerin klagte über Schmerzen, Schwellungen in beiden Händen und den oberen Extremitäten sowie Kraftlosigkeit. Da sie ohne starke Schmerzen kaum gehen oder etwas tragen könne, sei sie nicht mehr arbeitsfähig.

5.3 Dr. med. G.\_\_\_\_, Klinik H.\_\_\_\_, erhob in ihrem Bericht vom 15. Oktober 2013 (IV-Nr. 76) folgende Diagnosen: A) Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - undifferenzierte Polyarthritiden - klinisch rezidivierende Tenosynovitiden linksbetont (rechtsdominant) B) Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: -

rosaceaiforme Dermatose (rechte Wange) - thorakovertebrale Schmerzen - Myogelosen thorakodorsal links - Fibromyalgie - chronische lumbospondylogene Schmerzen links (MRI der Lendenwirbelsäule 2010: kein Hinweis für eine Neurokompression) - chronische zervikospondylogene Schmerzen beidseits (MRI der Halswirbelsäule 2012: keine Neurokompression, leichte degenerative Veränderungen) - Vitamin D 3-Mangel; unter Substitution, DXA am 3. April 2013 nicht pathologisch Die Beschwerdeführerin leide nach wie vor unter massiven Tenosynovitiden, vor allen der Beugesehnen beider Hände, und Arthritiden der Handgelenke. Hinzu kämen myalgiforme Beschwerden und eine ausgeprägte Müdigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Putzfrau bestehe seit dem 10. Dezember 2012 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Es lägen kontinuierliche Dauerschmerzen vor. Schwellungen würden an allen Fingern auftreten, was die Greifkraft vermindere, sowie an den Sprunggelenken und Füßen, was das Gehen beschwerlich mache. Auch andere Tätigkeiten seien wegen des starken Krankheitsgefühls mit Müdigkeit nicht zumutbar. Es müsste sich um eine Arbeit handeln, bei der die Beschwerdeführerin ihre Hände nicht einzusetzen brauche und bei der sie nicht lange gehen oder stehen müsse.

5.4 Der Hausarzt Dr. med. E.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeinmedizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 2. November 2013 (IV-Nr. 80 S. 3 ff.) folgende Diagnosen: - unspezifische Polyarthritiden mit Aspekten einer Kollagenose - Karpaltunnelsyndrom (Erstdiagnose Februar 2012) - chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom linksbetont (Erstdiagnose 2010) - chronisches cervicospondylogenes Schmerzsyndrom beidseits (Erstdiagnose unklar) - Vitamin D 3-Mangel (Relevanz für Arbeitsfähigkeit unklar) Bislang sei keine eindeutige Ursache für die Beschwerden gefunden worden. Die Beschwerdeführerin sei derzeit für jegliche Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Rentenanspruch sei berechtigt, aber die damals gestellte Diagnose wohl falsch.

5.5 Das Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 (IV-Nrn. 86.1 – 86.5) enthält folgende Diagnosen: A) Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Undifferenzierte, peripher betonte, nichterosive Polyarthritiden (Erstdiagnose November 2012), differentialdiagnostisch im Rahmen einer nicht-axialen peripheren Spondyloarthritis mit - rezidivierenden Tendovaginitiden beider Hände, sonographisch bestätigt, Erstmanifestation am Mittelfinger volar rechts im März 2010 - Enthesitiden am Ellenbogen, den Füßen und im Fersenbereich beidseits - Raynaud-Symptomatik anamnestisch, Mundaphthen, grenzwertiger Schirmer-Test (10 mm / 5 min.) - Teilremission unter Methotrexat (seit 2012) und Orenzia subkutan (seit Anfang 2014) - aktuell keine Erhöhung von Entzündungszeichen, laborimmunologische Befunde vom 21. Mai 2014 nicht richtungsweisend (unauffällige Rheumafaktoren, ANA, ENA, Komplemente) 2. Chronische Schulterschmerzen links, leichte degenerative Veränderungen der Supraspinatus-Sehne links (MR-Arthrogramm vom 30. April 2001), entzündliche Schmerzursache aktuell möglich - inkonstantes Schmerzvermeidungsverhalten mit dem linken Arm, dokumentiert seit 2001 3. Chronisches zervikovertebrales und lumbovertebrales Schmerzsyndrom - klinisch leichte Einschränkungen der achsenskelettären Beweglichkeit - radiologisch mehrsegmentale mässige degenerative Wirbelsäulenveränderungen ohne neurokompressive Aspekte und ohne spondyloarthritische Veränderungen (MRI Halswirbelsäule 6. August 2012, MRI Lendenwirbelsäule 27. August 2010, Röntgen Lendenwirbelsäule 21. Mai 2014) 4. Migräne ohne Aura (G43.0), ca. 1994 - altersentsprechende unauffällige Darstellung des Neurokraniums (MRI vom September 2013) 5. Status nach Karpaltunneloperation rechts (Juni 2009) - postoperative Neurographie des Nervus medianus 2010: Normalbefund 6. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41) B) Ohne

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Generalisierte muskuloskelettäre Schmerzsymptomatik mit ausgeprägter Schmerzverdeutlichungstendenz in der Untersuchungssituation - Status nach mehreren rheumatologischen Etikettierungen, auch teils einer (atypischen) Fibromyalgie-Symptomatik mit Betonung der linken Körperseite seit 1999 2. Urinsediment mit Ecurie, Bakteriurie, ohne Proteinurie, kontrollbedürftig 3. Vitiligo an der Bauchhaut rechts 4. Rosacea der Gesichtshaut 5. Status nach Spaltung des ersten Strecksehnenfaches an der rechten Hand am 16. März 2012 bei Tendovaginitis de Quervain 6. Adipositas (BMI 32) Im Verlauf der rheumatologischen Untersuchung zeige sich ein zunehmend intensiveres Schmerzverhalten, wie es bereits im Gutachten von 2011 beschrieben worden sei. Eine Schonhaltung des linken Armes sei evident. Die Beschwerdeführerin hinterlasse ein deutlich leidensvermittelndes Bild mit inkonstantem Entlastungshinken links, könne aber unbehindert auf einen Schemel steigen und die volle Hocke einnehmen sowie sich beim Aus- und Ankleiden recht flüssig bewegen. Im Hand- und Armeinsatz zeigten sich keine Asymmetrien. Die aktuellen Laboruntersuchungen hätten keine Entzündungszeichen ergeben, das Laborimmunologische Befundbild sei unauffällig. Radiologisch fänden sich an Händen und Vorfüßen keine erosiven Veränderungen und keine kristall-arthropathischen Äquivalente. Das Achsenskelett weise mehrsegmentale degenerative Veränderungen ohne Zeichen eines spondyloarthritischen Wirbelsäulenbefalls auf. Aus einer möglicherweise degenerativ bedingten Schulterbeschwerdesymptomatik heraus habe sich 1999 bis 2001 ein unspezifisches chronifizierendes Schmerzsyndrom herausgebildet, für das sich keine erklärenden Befunde gefunden hätten. Das Beschwerdebild sei rheumatologisch zunächst als linksseitiges Fibromyalgiesyndrom etikettiert, im Gutachten von 2001 dann als nicht typisch für Fibromyalgie bezeichnet worden. 2006 komme es zu OSG-Beschwerden, wobei klinische Zeichen einer entzündlichen Symptomatik zu fehlen schienen. Orthopädisch habe man die Beschwerden einer Fehlstatik zugeordnet, ohne dass entsprechende Massnahmen die Situation verbessert hätten. An der rechten Hand sei 2009 eine Entrapment-Symptomatik aufgetreten; der Operationsbericht zur Karpaltunnelspaltung erwähne keine Synovitiden. 2010 sei dann handchirurgisch eine Flexoren-Sehnenscheidenentzündung des Mittelfingers mit deutlicher Synovitis beschrieben worden. Ende 2012 sei eine im Verlauf immunologisch stumme und als undifferenziert zu etikettierende periphere Polysynovitis vor allem der Hände sowie sonst am Bewegungsapparat (Stammskelett, Füße) erfasst worden. Man habe die Erkrankung rheumasonographisch verifiziert, aber nicht näher klassieren können. Im Blut hätten Entzündungszeichen gefehlt. Das Krankheitsbild sei im Verlauf schwer zu behandeln gewesen, einerseits wegen der medikamentösen Nebenwirkungen, andererseits weil der Behandlungseffekt vom vorbestehenden Schmerzleiden überlagert werde und so kaum dokumentierbar sei. Die jahrelange Schmerzerkrankung zeige Dolenzen über allen Körperteilen, vor allem im linken oberen Quadranten betont, mit sehr niedriger Selbsteinschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit und mit mehrfach dokumentiertem deutlichem Schmerzvermeidungsverhalten und intensiver Vermittlung der Schmerz- und Behinderungsüberzeugung durch die Beschwerdeführerin. Daher seien die verschiedenen Krankheitsanteile (Polysynovitis unter Behandlung versus degenerative Veränderungen des Achsenskeletts versus unspezifische Schmerzerkrankung) klinisch nur sehr schwer voneinander abzugrenzen. Es sei zwar von einem suppressiven Effekt der aktuellen Behandlung auf das entzündliche Leiden auszugehen, es könne aber eine Restaktivität persistieren, indem auch die modernsten Immuntherapeutika kein vollständiges Ansprechen der entzündlichen Konstellationen garantierten. Die Abschätzung der zumutbaren

Leistungsfähigkeit sei in einer derartigen Situation mit ausgeprägter Verdeutlichungstendenz äusserst schwierig. Auf Grund der radiomorphologisch objektivierten degenerativen Veränderungen des Achsenskeletts sowie unter Annahme eines möglicherweise etwas fortgeschrittenen degenerativen Leidens an der linken Schulter (als seinerzeit im Arthro-MRI 2001 dokumentiert) seien wohl mittelschwere und schwere Tätigkeitscharakteristika bleibend nicht mehr zuzumuten. Das Ausmass der zumutbaren Leistungsfähigkeit für angepasste leichte Tätigkeiten sei jedoch etwas arbiträr. Grundsätzlich sei bei entzündlich-rheumatischen Erkrankungen davon auszugehen, dass mit den heute verfügbaren Medikamenten eine Erkrankungsaktivität sehr weitgehend supprimiert werden könne, so dass der Beschwerdeführerin eine signifikante Restarbeitsfähigkeit zumutbar sei. Es gebe jedoch schwere Verläufe, wo diese Feststellung nicht zutrefte. Mit neuesten apparativen Untersuchungen (MRI, Rheuma-Ultraschall) gelinge es gelegentlich, eine subklinische Restaktivität, die sehr wohl Restbeschwerden verursachen könne, zu monitorisieren, was im vorliegenden Fall im Verlauf offenbar nicht mehr stattgefunden habe. Die entsprechenden Untersuchungen seien aufwändig und nur an spezialisierten Zentren verfügbar. Der Stellenwert von geringgradigen apparativen Restbefunden in Bezug auf entsprechende Zumutbarkeiten versus einen klinisch noch deutlichen Befund von Rest-Synovitiden sei versicherungsmedizinisch noch kaum diskutiert. Bei der Beschwerdeführerin scheine unter Berücksichtigung sämtlicher Aspekte, des langjährigen Schmerz-Vorleidens, der seit langem bestehenden, de facto hochgradigen Dekonditionierung, der degenerativen Veränderungen am Achsenskelett, der Unwägbarkeiten des neuen entzündlichen Leidens (das prognostisch über die kommenden Jahre durchaus wieder in eine spontane Remission treten könne) sowie der derzeitigen Aufwendungen für Therapien und Arztkonsultationen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % ab Gutachtenszeitpunkt gerechtfertigt. Gegenüber dem Gutachten von 2011 bestehe auf Grund des entzündlichen Leidens eine zusätzliche Einschränkung des Spektrums an zumutbaren Tätigkeiten, indem ab Gutachtenszeitpunkt nur noch leichte Tätigkeiten mit einem Arbeitsvolumen von 50 % gerechtfertigt seien. Retrospektiv könnte eine subklinische Existenz des entzündlichen Leidens mit entsprechend nachvollziehbarer verstärkter Beschwerdemanifestation am Bewegungsapparat wohl schon ab Zeitpunkt der handchirurgisch festgestellten Tendovaginitis des rechten Mittelfingers im März 2010 vorgelegen haben, zumindest intermittierend, wie es dem oft schubförmigen Verlauf einer derartigen Krankheit entspreche. Aus neurologischer Sicht sei zusätzlich die Diagnose einer Migräne ohne Aura zu stellen, welche aktuell durchschnittlich etwa zweimal pro Monat auftrete. In einer elektrophysiologischen Verlaufskontrolle vom Februar 2010 sei elektroneurographisch eine relevante Medianus- und Ulnarisneuropathie beidseits ausgeschlossen worden. Gesamthaft gehe man nicht von einem Rezidiv des CTS aus. Die Migräne schränke die Arbeitsfähigkeit um 10 % ein. Aus psychiatrischer Sicht könne lediglich eine chronische Störung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert werden, welche bei fehlender psychiatrischer Komorbidität, nur wenigen weiteren Foersterkriterien sowie bloss geringen Einschränkungen der Fähigkeiten, bezogen auf die zuletzt ausgeübte Tätigkeit sowie auch eine angepasste leichte Arbeitstätigkeit, zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % führe. In der interdisziplinären Konsensbesprechung kamen die Gutachter zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin körperlich schwere und mittelschwere oder hauptsächlich stehend und gehend zu verrichtende Tätigkeiten, wie zuletzt im Service, nicht mehr zumutbar seien. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe indessen eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (vier

bis max. fünf Stunden pro Tag mit etwas reduzierter Leistungsgeschwindigkeit resp. leicht erhöhtem Pausenbedarf). Dies gründe auf der gegenüber dem Gutachten von 2011 neu diagnostizierten entzündlich-rheumatologischen Erkrankung. Angepasst seien sämtliche körperlich leichten Tätigkeiten ohne Heben, Stossen und Ziehen von Lasten von mehr als 2 bis 5 kg, ohne gebückte, kniende, kauernde oder über Kopf zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne wiederholtes Greifen mit den Händen, ohne besondere Kraftanwendung mit den Händen und ohne besondere feinmotorische Anforderungen, ohne Besteigen von Leitern oder Gerüsten, ohne Kälte oder Nässe sowie ohne Staubexposition. Auf Grund der vorliegenden Dokumentation und anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin sei davon auszugehen, dass die aktuellen Angaben zur Arbeitsfähigkeit im Service spätestens ab Zeitpunkt der Diagnose des entzündlichen Leidens Ende 2012 gelten würden. Spätestens ab Gutachtenszeitpunkt könne in einer adaptierten Verweistätigkeit eine zumutbare Arbeitsfähigkeit von 50 % angenommen werden, begründet durch die teilweise Verbesserung der Symptomatik seit Beginn einer entsprechenden medikamentösen Therapie.

5.6 Nach dem anonymen Hinweis vom 1. April 2015, wonach die Beschwerdeführerin Tag und Nacht im Clubhaus des FC [...] arbeite, liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin observieren. Das Bundesgericht hat die Observationsergebnisse in seinem Urteil vom 22. Juni 2018 als verwertbar qualifiziert, womit diese für die Beurteilung des hier fraglichen Sachverhalts miteinbezogen werden dürfen. Konkret liegen ein Ermittlungsbericht und mehrere von der Überwachungsperson verfasste Observationsjournale (IV-Nr. 97.2) sowie Tagesrapporte (IV-Nr. 97.3) vor. Aus diesen Beweismitteln ergeben sich folgende Beobachtungen: 1) 23. April 2015, 9:00 – 13:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde während der Beobachtungszeit nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 12). 2) 27. April 2015, 8:45 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 13). 3) 28. April 2015, 6:30 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 14). 4) 29. April 2015, 6:30 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 15). 5) 30. April 2015, 6:30 – 23:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 16). 6) 1. Mai 2015, 6:30 – 10:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde nicht an ihrer Wohnadresse angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 17). 7) 10. Juni 2015, 17:30 – 18:45 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde um 17:40 Uhr im Clubhaus identifiziert, wo sie während der restlichen Beobachtungszeit abwechselnd an der Theke bediente und Gläser von den Tischen räumte resp. an einem Tisch sass und sich mit anderen Leuten unterhielt (IV-Nr. 97.2 S. 18 ff.). 8)

#### **E. 17**

Juni 2015, 10:00 - 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 12:14 bis 12:25 sowie von 14:40 bis zum Ende der Beobachtung im Clubhaus auf. Am Nachmittag und Abend bediente sie an der Theke oder servierte Speisen an den Tischen (gemäss Videoaufzeichnung offenbar auch der Überwachungsperson, s. ab 18:48). Ausserdem trug sie eine Plastikkiste ins Haus, saugte den gedeckten Sitzplatz und entsorgte u.a. einen 110 Liter-Kehrichtsack im Container (IV-Nr. 97.2 S. 21 ff.). 9)

#### **E. 18**

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 18:25 festgestellt (als die Überwachungsperson dort Nachschau hielt); sie bediente die

Gäste, sass an einem Tisch und unterhielt sich mit Leuten auf dem Sitzplatz (IV-Nr. 97.2 S. 26 f.). 10)

#### **E. 19**

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin betrat das Areal um 11:00, verschob einen Abfallcontainer und ging um 11:28 wieder. Bei einer physischen Nachschau vor Ort wurde um 17:05 die Anwesenheit der Beschwerdeführerin auf dem Sitzplatz festgestellt, wo sie Spielertrikots zusammenlegte. Sie bediente die Überwachungsperson und äusserte sich gemäss Eintrag im Observationsjournal wie folgt: «Am Samstag und Sonntag ist das Clubhaus geschlossen, da Clubturniere stattfinden. Die Bewirtung organisiert der Club im gedeckten Sitzplatz. Sie würde jedoch kurz vorbeischaun. Es sei auch mal schön, ein freies Wochenende zu geniessen. Sie arbeite ja sieben Tage die Woche (diese Unterhaltung an der Theke wurde gefilmt, s. ab 17:06, aber ohne Ton). Später reinigte die Beschwerdeführerin die Tische und entsorgte zwei Kehrichtsäcke. Sie blieb bis zum Ende der Überwachung auf dem Gelände (IV-Nr. 97.2 S. 28 ff.). 11)

#### **E. 20**

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 14:02 bis 15:00 auf dem Areal auf, wobei das Clubhaus geschlossen war (IV-Nr. 97.2 S. 34 f.). 12)

#### **E. 21**

Juni 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 14:03 bis 14:30 auf dem Areal auf, wobei das Clubhaus geschlossen war. Sie konsumierte ein Getränk und unterhielt sich mit Besuchern (IV-Nr. 97.2 S. 36 ff.). 13)

#### **E. 22**

Juni 2015, 8:00 – 13:15 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 11:00 bis 12:10 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 39 f.). 14) 11. Juli 2015, 16:30 – 19:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde beim Clubhaus nicht angetroffen (IV-Nr. 97.3 S. 1 f.). 15)

#### **E. 27**

Juli 2015, 8:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 41). 16)

#### **E. 28**

Juli 2015, 6:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 42). 17)

#### **E. 29**

Juli 2015, 6:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 43). 18)

#### **E. 30**

Juli 2015, 6:30 – 23:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 44). 19)

#### **E. 31**

Juli 2015, 6:30 – 11:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin wurde an der Wohnadresse nicht angetroffen (IV-Nr. 97.2 S. 45). 20) 8. August 2015, 13:45 – 19:30: Die Beschwerdeführerin bediente im Clubhaus mehrere Zuschauer, wobei sie Getränkeflaschen

herausgab, Kaffee zubereitete, einkassierte und auf der Kasse tippte. Die Überwachungsperson hielt fest, beide Hände würden gleichwertig und gleichzeitig eingesetzt, eine Einschränkung sei nicht erkennbar (IV-Nr. 97.3 S. 3 ff.). 21) 9. August 2015, 10:00 – 13:00: Die Beschwerdeführerin wurde weder an ihrer Wohnadresse noch beim Clubhaus angetroffen (IV-Nr. 97.3 S. 8). 22) 10. August 2015, 8:00 – 12:00: Die Beschwerdeführerin wurde weder an ihrer Wohnadresse noch beim Clubhaus angetroffen (IV-Nr. 97.3 S. 9). 23) 14. August 2015, 8:15 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 10:25 festgestellt. Später entsorgte sie Karton in einem Container (IV-Nr. 97.2 S. 46 f.). 24) 15. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 14:16 bis 18:30 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 48 f.). 25) 16. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich von 12:12 bis 20:08 im Clubhaus auf. Sie entsorgte u.a. zwei 110 Liter-Abfallsäcke (IV-Nr. 97.2 S. 50 ff.). 26) 16. August 2015, 16:45 – 18:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin bediente die Gäste (darunter die Überwachungsperson) und schaute sich zwischendurch das Fussballspiel an (IV-Nr. 97.3 S. 10 ff.). Bemerkung: Diese Beobachtungen korrespondieren nicht mit denjenigen im Observationsjournal für den 16. August 2015 / 8:00 – 0:00, wo Datum und Uhrzeit durch die Videoaufnahme belegt sind. Deshalb ist davon auszugehen, dass es sich hier bei der Datumsangabe um ein Versehen handelt und die fragliche Observation an einem anderen Tag erfolgte. 27) 17. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich ab 10:12 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 53 f.). 28) 18. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Beschwerdeführerin hielt sich ab 16:49 im Clubhaus auf (IV-Nr. 97.2 S. 55). 29) 19. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 12:57 festgestellt. Sie bediente Gäste (darunter die Überwachungsperson, s. Aufnahme ab 16:53), räumte Geschirr ab und reinigte Tische (IV-Nr. 97.2 S. 56 ff.). 30) 20. August 2015, 8:00 – 0:00 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 16:45 festgestellt. Sie bediente verschiedene Gäste, u.a. die Überwachungsperson (IV-Nr. 97.2 S. 60 f.). 31) 21. August 2015, 8:00 – 15:30 Uhr: Die Beschwerdeführerin betrat das Areal um 9:57 und später wieder um 14:07. Sie goss Topfpflanzen (IV-Nr. 97.2 S. 62 f.). 32) 23. August 2015, 14:45 – 16:45 Uhr: Die Anwesenheit der Beschwerdeführerin im Clubhaus wurde um 15:03 festgestellt. Sie bediente die Gäste (IV-Nr. 97.3 S. 17 ff.). Zusammenfassend hielt der Observationsbericht fest, ein sozialer Rückzug sei auszuschliessen. Die Beschwerdeführerin führe freiwillig und aktiv Gespräche mit Drittpersonen. Eine offensichtliche körperliche Behinderung sei nicht feststellbar. Die Beschwerdeführerin bewege sich normal, ein Hinken etc. sei nicht zu erkennen (IV-Nr. 97.2 S. 64).

5.7 Nach der Observation der Beschwerdeführerin erfolgte eine erneute rheumatologische und psychiatrische Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, (IV-Nrn. 102.1 + 103.1).

5.7.1 Der rheumatologische Gutachter hält folgende Untersuchungsbefunde fest: Im Neurostatus zeige sich eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen linken Armes und des ganzen linken Beines für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn. Die rohe Kraft sei allseits erhalten und die Eigenreflexe allseits symmetrisch auslösbar. Es bestünden keine Muskelhypotrophie oder Pyramidenbahnzeichen. Am Bewegungsapparat habe die Beschwerdeführerin generalisierte Druckschmerzen unter Einschluss sämtlicher an typischer Lokalisation gelegenen Fibromyalgie-Triggerpunkt-Zonen. Die Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke würden in allen Ebenen als ca. gleich schmerzhaft geschildert, unabhängig davon, ob die Untersuchung in belasteter oder unbelasteter

Körperhaltung erfolge. Beim Betreten der Arztpraxis imponiere eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, die während der Beschwerdeschilderung anhalte und während der klinischen Untersuchung zunehme, so dass fünf der fünf Waddell-Zeichen demonstriert würden. Die Beschwerdeführerin halte vielfach den linken Arm angewinkelt am Körper und die linke Hand in einer Flexionshaltung. Sie schildere nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen und diffuse Druckschmerzen. Auf der Untersuchungsfläche in Bauchlage könne sie die Arme beidseits vollständig eleviert und flektiert neben dem Kopf ablegen. Als sie dies realisiere, hebe sie den linken Arm an und lasse ihn links neben dem Bett herabhängen. Nach der Verabschiedung und bereits im Treppenhaus wie auf der Strasse bewege sie sich dann unauffällig und halte den linken Arm nicht mehr am Körper. Im Bereich der Schulter seien die Schulteramplituden passiv geprüft beidseits symmetrisch und dem rechtsseitig aktiv geprüften Ausmass entsprechend. Linksseitig könne kein gesicherter Hinweis auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik objektiviert werden. Soweit die Beschwerdeführerin linksseitig eine Untersuchung zugelassen habe, bestehe kein Hinweis auf eine Läsion der Rotatorenmanschette. In abgelenkter Situation bewege sie ihre linke Hand normal. Auch im Bereich der übrigen peripheren Gelenke bestehe kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung. Die Wirbelsäule sei im Lot, mit allseits normalen Bewegungsamplituden. Die Bewegungen der ganzen Wirbelsäule würden von der Beschwerdeführerin in allen Ebenen als etwa gleich schmerzhaft eingestuft. Die Palpation der paravertebralen Weichteile der ganzen Wirbelsäule werde als schmerzhaft beschrieben, ohne dass ein korrelierender Weichteilbefund gefunden werden könne. Die vorhandenen, auch die aktuell angefertigten, Röntgenbilder seien ohne wesentliche Befunde.

5.7.2 Im psychiatrischen Gutachten wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, diese habe seit Anfang der 1990er Jahre körperliche Schmerzen, die bis heute stetig zugenommen hätten. Gegenwärtig spüre sie Schmerzen im ganzen Körper, in der linken Körperhälfte stärker als in der rechten. Die linke Hand verfärbte sich dunkel. Sie schlafe deshalb unregelmässig. Die Schmerzen seien dauerhaft vorhanden, aber unterschiedlich ausgeprägt. Ihre psychische Befindlichkeit sei ausgeglichen. Manchmal sei sie müde, wenn ihre Schilddrüsenwerte schlecht seien. Hin und wieder grübele sie über Geldsorgen und / oder ihre Schmerzen. Eine ambulante und / oder stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung habe sie nie in Anspruch genommen. Während Aufenthalte in somatischen Kliniken sei sie auch psychologisch betreut worden. 2014 habe sie zwei Gespräche bei einer Psychologin gehabt. Seit August 2015 treffe sie diese monatlich. Es sei nicht wahr, dass sie zwölf Stunden täglich im Fussballclubheim arbeite. Sie helfe dort nur sporadisch und sehr wenig mit. Sie begleite ihren Mann drei- bis viermal die Woche dorthin und schätze die sozialen Kontakte. Je nach ihren Beschwerden verrichte sie kleinere Handreichungen wie zum Beispiel Kaffee aus der Maschine lassen oder ein Schnitzel servieren. Zu Hause besorge sie den Haushalt selbständig mit Hilfe des Mannes und des Sohnes. Sie nutze vermehrt Pausen und schlafe tagsüber. Sie gehe einkaufen und mit Kollegen Kaffee trinken. Jedes Jahr reise sie nach [...]. Sie besitze dort ein eigenes Haus, für das noch wenig Hypothekenzinsen zu bezahlen seien. Folgende Befunde werden erhoben: Der Allgemeinzustand und Antrieb seien gut, Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration unauffällig. Es komme ein guter affektiver Rapport zustande. Mit dem Fremdbeurteilungsbogen MADRS könne kein depressives Syndrom objektiviert werden.

5.7.3 Die Gutachter kommen in der interdisziplinären Einschätzung zu folgenden Diagnosen: mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - keine ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: -

Anhaltende Schmerzstörung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung - Chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom - nicht ausreichend somatisch abstützbar - krankheitsfremde Faktoren - primäres Fibromyalgie-Syndrom - nicht dermatombezogene Hyposensibilität des ganzen linken Armes und des ganzen linken Beines für ausschliesslich taktile Reize bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn - betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte - betont im Bereich der linken im Vergleich zur rechten Körperhälfte - Panalgie - diffuse Druckschmerzangabe - Polyarthralgien axialer und peripherer Gelenke - multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauchraum, Brustschmerzen - Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in alle Extremitäten - Adipositas mit Body-Mass-Index von 31,5 kg/m<sup>2</sup> - Gestörte Gluconeogenese - Anamnestisch Reizmagen-Syndrom - Verdacht auf subklinische Hypothyreose

6. 6.1 Die Beschwerdegegnerin stellt im angefochtenen und rentenablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ von 15. Dezember 2015 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann zunächst gesagt werden, dass das Gutachten in Kenntnis sämtlicher vorhandener Akten, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Angaben und von den auf den entsprechenden Fachgebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt wurde. Insofern sind die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt. Ebenfalls verliert das Gutachten nicht an Beweiswert, weil die Observationsergebnisse darin mitberücksichtigt werden. Dies hat das Bundesgericht in seinem Urteil vom 22. Juni 2018 abschliessend entschieden.

6.2 Inhaltlich verweist der rheumatologische Gutachter zunächst darauf, dass kurz nach der letzten interdisziplinären Begutachtung am 27. Juni 2014 im Rahmen der Observation von der Beschwerdeführerin ein normales Bewegungsmuster dokumentiert worden sei, wobei man auch im erwähnten Gutachten auf eine erschwerte Beurteilbarkeit wegen der Gegeninnervationen und Selbstlimitierungen der Beschwerdeführerin hingewiesen habe. Die vorhandenen Observationen dokumentierten indessen flüssige Bewegungsmuster in verschiedenen Situationen. Dem ist nach Konsultation des entsprechenden Bildmaterials beizupflichten. Weiter verweist Dr. med. E.\_\_\_\_ auf das in der aktuellen Begutachtung vorhandene Ausmass der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik, das gemessen an den Befunden überraschend sei. Dies liess sich bereits anlässlich von früheren Begutachtungen beobachten. Weiter wird nachvollziehbar dargelegt, dass die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik vordergründig nicht mit einem bekannten somatisch-pathologischen Krankheitsbild begründet werden könne. In der klinischen Untersuchung imponierten neben der schmerzvermittelnden Mimik und Gestik auch diffuse Druckschmerzen, Bewegungsschmerzen aller axialen und peripheren Gelenke und nicht dermatombezogene Sensibilitätsstörungen, dies alles bei ansonsten weitgehend normalen Befunden. Dass die Beschwerdeführerin sämtliche Bewegungen, egal ob in belasteter oder entlasteter Körperhaltung, als gleich schmerzhaft schildere, weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn für solche wäre zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung eindeutig schmerzhafter geschildert werde als die andere. Diese Einschätzung erweist sich als schlüssig, ebenso wie die Äusserung, dass die Beschwerdeführerin eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität ausschliesslich für taktile Reize des gesamten linken Armes und Beines schildere. Als weiteren, entkräftigenden Aspekt nennt der Gutachter die Tatsache, dass die sensiblen Qualitäten für den Vibrations- und Lagesinn allseits als normal geschildert würden. Dies decke sich mit dem Untersuchungsbefund bezüglich der Muskelreflexe, die symmetrisch und nicht

gesteigert auslösbar seien. Weiter kann der Gutachter auch die als partiell geschilderte Sensibilitätsstörung der linken Extremitäten nicht auf ein bekanntes somatisch-rheumatologisch-neurologisches Krankheitsbild abstützen. Die diffusen Druckschmerzen fänden ebenfalls keinen korrelierenden klinisch-pathologischen Befund. Zusammen mit den diskutierten Beschwerden erachtet der Gutachter sodann ein Fibromyalgie-Syndrom als gegeben, wobei einleuchtend dargelegt wird, dass diese Diagnose nur auf die Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt werde. Dies bedeute konkret, dass bei ärztlicher Diagnostizierung eines primären Fibromyalgie-Syndroms vom somatisch orientierten Arzt die geschilderten Beschwerden nicht automatisch auf eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion abstützbar seien. Zudem müsse eine fachärztlich festgestellte psychosomatisch-psychiatrische Affektion nicht zwingend Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben. In den ergänzend durchgeführten Abklärungen sei kein Hinweis auf ein sekundäres Fibromyalgie-Syndrom gefunden worden. Aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und dem Verhalten während der Begutachtung einerseits sowie den objektivierbaren Befunden andererseits. Zu den in der Vergangenheit beschriebenen entzündlichen Veränderungen hält der rheumatologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise fest, dass in der Vergangenheit vorübergehend von der Arbeitshypothese einer entzündlichen Systemerkrankung ausgegangen worden sei, weshalb man zu Recht entzündungshemmende Wirkstoffe eingesetzt habe. Er stellt weiter fest, dass man mit somatisch ansetzenden Therapiemassnahmen wie einer im Juni 2009 durchgeführten Karpaltunnel-Spaltung keinen Effekt erzielen können. Gemäss Angaben der Beschwerdeführerin habe dadurch die Sensibilitätsstörung in der rechten Hand gelindert werden können, nicht aber die Schmerzen. Dies wird in einleuchtender Art und Weise deshalb als plausibel eingeschätzt, weil die geschilderten Schmerzen eben nicht auf vordergründig somatisch abstützbare Beschwerden hinweisen. Weiter hält Dr. med. E.\_\_\_\_ in Übereinstimmung mit der Aktenlage fest, dass nach einer am 1. September 2015 durchgeführten Arthro-Sonographie der Hände kein Hinweis mehr auf eine entzündliche Veränderung dokumentiert werde. Korrekterweise sei die Einschätzung einer Entzündungserkrankung gemäss Konsiliumsbericht des Spitals H.\_\_\_\_ vom 6. Oktober 2015 dann korrigiert worden. Damit in Einklang stehend konnte der Gutachter anlässlich der aktuellen Begutachtung weder anamnestisch, noch klinisch oder humoral einen Hinweis auf eine entzündliche Systemerkrankung erkennen. An den oberen Extremitäten sei ausserdem abgestützt auf die objektivierbaren Befunde kein relevanter klinisch-pathologischer Befund und kein Hinweis auf eine funktionelle Einschränkung objektivierbar: Die passive Beweglichkeit in den Schultern sei symmetrisch und normal. In abgelenkter Situation setze die Beschwerdeführerin ihren linken Arm auch normal ein. Die durchgeführten Röntgenaufnahmen zeigten ebenfalls normale Befunde. Im Bereich der Arme könne insbesondere auch kein Hinweis auf eine Fehlhaltung, die somatisch abstützbar sei, auf eine periphere Nerveneinklemmungsproblematik, auf eine Arthrose oder eine entzündliche Veränderung objektiviert werden. Schliesslich nimmt Dr. med. E.\_\_\_\_ Bezug auf ein im rheumatologischen Gutachten 2014 festgestelltes Rezidiv eines Karpaltunnelsyndroms rechts, was als irritierend qualifiziert wird, zumal im damaligen neurologischen Teilgutachten eine relevante Medianus- und Ulnaris-Neuropathie beidseits elektroneurographisch ausgeschlossen worden war. Weiter hält der Gutachter fest, dass die zur Untersuchung mitgebrachten Röntgenaufnahmen der Hände vom Mai 2015 normale Befunde zeigten und dass keine Hinweise auf eine entzündliche Systemaffektion oder eine

Kristallablagerungserkrankung vorlägen. Im Bereich der Wirbelsäule konnte in der klinischen Untersuchung sodann in keinem axialen Bewegungssegment eine relevante Fehllage oder relevante Bewegungseinschränkung objektiviert werden. Es bestünden weder anamnestisch noch klinisch Anhaltspunkte für ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder eine Irritation / Kompression des Gefäss- / Nervenbündels. Die im Rahmen der Begutachtung angefertigten Röntgenbilder zeigten keine Arthrose oder eine entzündliche Veränderung. Schliesslich sei auch im Bereich der unteren Extremitäten der Befund unauffällig.

6.3 Aus allgemeinärztlicher Sicht wird gutachterlich, abgesehen von einer Adipositas, kein relevanter klinisch-pathologischer Befund erhoben.

6.4 In der psychiatrischen Beurteilung wird schlüssig und in Übereinstimmung zur vorhandenen Aktenlage dargelegt, dass anlässlich der aktuellen Untersuchung objektive psychopathologische Befunde gar nicht bis maximal gering ausgeprägt seien. Dies deckt sich auch mit den eigenen Angaben der Beschwerdeführerin, die selber keine wesentlichen Symptome nennt. Zusammenfassend wird aus psychiatrisch-psychopathologischer Sicht eine anhaltende Schmerzstörung als Hauptdiagnose genannt, dies aufgrund der subjektiven Beschwerden. Eine von der Beschwerdeführerin geklagte ängstlich-depressive Verstimmung sei ebenfalls vollständig im Subjektiven verblieben und als Teil der anhaltenden Schmerzstörung ohne eigenständigen Krankheitswert zu werten. Die Beschwerdeführerin erlebe sich durch das Schmerzsyndrom insuffizient und im Selbstwertgefühl reduziert. In der Folge handelt der psychiatrische Gutachter die diagnostischen Kriterien für eine Diagnose nach ICD-10 F45.40 ab und kommt zum einleuchtenden Schluss, dass das Charakteristikum der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung – wiederholtes Darbieten von körperlichen Symptomen in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen – nur teilweise erfüllt sei. Denn es würden zumindest auch organische Befunde als Begründung für potenziell schmerzhafte Veränderungen genannt. Schliesslich erklärten somatische Störungen jeweils nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung. Dieses Kriterium sei bei der Beschwerdeführerin erfüllt. Nur teilweise erfüllt sei das Kriterium, dass ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz als vorherrschend geschildert werde, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt sei: Die Beschwerdeführerin klage zwar über heftige körperliche Schmerzen. Diese seien anlässlich der Untersuchung aber nicht als andauernd, schwer und quälend erkennbar. Ein Auftreten des Schmerzes in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Belastungen sei bei der Beschwerdeführerin indessen nicht gegeben. Erfüllt sei wiederum das Kriterium, dass die Beschwerdeführerin beruflich und privat deutlich entlastet werde. Insgesamt kommt Dr. med. F. \_\_\_ somit zum Schluss, dass die diagnostischen Kriterien einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nur teilweise erfüllt sind, weshalb zusätzlich die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu diskutieren sei. Die Kriterien hierfür (seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung hätten, wichtige Rolle psychischer Faktoren für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen, durch den Schmerz verursachtes Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen) seien bei der Beschwerdeführerin ab Beginn ihrer tatsächlichen Arbeitsunfähigkeit jedoch unklar, im weiteren Verlauf und insbesondere ab 2012 / 2013 nur möglicherweise erfüllt. Somit kommt der Gutachter zum Schluss, dass

beide Subtypen der ICD-10-Kategorie F45.4 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit objektiv differenziert werden können. Die Ausprägung der bestehenden Störung wird bei der Beschwerdeführerin im Vergleich zu ähnlichen Störungsbildern als objektiv minimal bis leicht eingestuft. Dem ist beizupflichten. In diesem Zusammenhang wird auch erwähnt, dass die Beschwerdeführerin weiterhin alltägliche Verrichtungen ausübt, so zum Beispiel den Familienhaushalt besorgt, und soziale und familiäre Kontakte pflegt. Somit ist keine Limitierung des Aktivitätenniveaus, die für alle vergleichbare Lebensbereiche bestehen würde, gegeben. Eine schwere Komorbidität ist aus gutachterlicher Sicht nicht zu sehen, was korrekt erscheint. Schliesslich erwähnt der Gutachter zu Recht, dass sich weder aus den Angaben der Beschwerdeführerin noch aus den Akten Hinweise zu allfälligen Defiziten der Persönlichkeit entnehmen lassen. Auch anlässlich der Untersuchung wurden keine entsprechenden Befunde erhoben. Die Beschwerdeführerin pflegt vielmehr regelmässige und vielfältige soziale Kontakte. Es würden von ihr auch entsprechende persönliche Ressourcen beschrieben, so zum Beispiel eine gute Kommunikationsfähigkeit, ein angepasstes Sozialverhalten und die Reisetätigkeit. Dr. med. F. \_\_\_ weist auch auf eine beim Verlauf der Störung bestehende Aggravation und nicht krankheitsbedingte soziale Faktoren hin. Dadurch erkläre sich die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit jedoch sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht aufgrund der anhaltenden Schmerzstörung für keinen Zeitraum begründbar. Zur im Gutachten von Dr. med. I. \_\_\_ im Jahr 2014 diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren führt Dr. med. F. \_\_\_ einleuchtend aus, dass diese noch auf der damaligen Diagnose einer undifferenzierten Polyarthritits gefusst habe, die sich aber im Nachhinein als nicht gegeben herausgestellt habe.

6.5 Gestützt auf die erhobenen Befunde und die daraus gezogenen Schlüsse kommen die beiden Gutachter in ihrer interdisziplinären Einschätzung zur folgenden, nachvollziehbaren Beurteilung der Arbeitsfähigkeit: In somatischer Hinsicht könne die Einschätzung im Gutachten der Begutachtungsstelle D. \_\_\_ vom 4. Juli 2011 bestätigt werden. Damals sei keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestätigt worden. Auch anhand der nach diesem Gutachten datierenden Berichte lasse sich keine anhaltende Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit begründen. Hier nehmen die beiden Gutachter auch ausdrücklich Bezug auf das neurologische Teilgutachten vom 27. Mai 2014, in welchem gestützt auf die Diagnose einer Migräne (abstützend auf die Angaben der Beschwerdeführerin) eine Arbeitsunfähigkeit von 10 % attestiert wurde, obwohl dies im Gutachten aus dem Jahr 2011 noch nicht der Fall war; dies in Kenntnis der Kopfschmerzen. Auch das rheumatologische Teilgutachten vom 3. Juni 2014 überzeugt aus gutachterlicher Sicht nicht vollumfänglich, weil in der Befunderhebung wiederholt auf die Einschätzung der Beschwerdeführerin mit Druck- und Bewegungsschmerzen, die schmerzvermittelnde Mimik und Gestik sowie auf die klinisch erschwerte Untersuchung hingewiesen werde. Ein klinisch-entzündlich-pathologischer Befund oder ein relevanter klinisch objektivierbarer Befund sei nicht beschrieben worden. Trotzdem werde eine Arbeitsunfähigkeit attestiert. Schliesslich liessen die nach dieser Begutachtung gemachten Observations-Aufnahmen nicht auf eine relevante somatisch abstützbare somatische Erkrankung schliessen. Die Beschwerdeführerin verrichte darauf Tätigkeiten, wie sie im Reinigungsbereich, im Service und am Buffet anfielen. Zusammenfassend ist aus rein somatisch-rheumatologischer wie auch aus psychiatrischer Sicht für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeiten keine Arbeitsunfähigkeit gegeben bzw. kann für Haushaltsarbeiten

mit einem leicht bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. In somatischer Hinsicht habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch die Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 verbessert. 6.6 Nach dem Gesagten erweist sich das Gutachten der Dres. med. E.\_\_\_\_ und F.\_\_\_\_ vom 15. Dezember 2015 als beweiskräftig und die Beschwerdegegnerin hat zu Recht darauf abgestellt. Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwände nichts zu ändern: Auf die Rüge der Unverwertbarkeit der Observationsergebnisse ist nach dem bundesgerichtlichen Urteil vom 22. Juni 2018 nicht mehr weiter einzugehen. Die Observationsergebnisse können verwertet werden. Auch der Einwand, es habe nach der Observation lediglich eine rheumatologische und psychiatrische Begutachtung stattgefunden, wobei auf eine neurologische Expertise verzichtet worden sei, erweist sich als unbegründet. Im Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ vom 27. Juni 2014 wurde in neurologischer Hinsicht einzig eine Migräne ohne Aura, auftretend ca. zweimal im Monat, diagnostiziert. Dieser wurde eine Einschränkung der Arbeitsunfähigkeit um 10 % beigemessen, was für sich allein nicht leistungsbegründend wäre. Im Rahmen der aktuellen Begutachtung erwähnte die Beschwerdeführerin keine derartigen Beschwerden mehr. Zudem kann auf die in Ziff. 7.5 vorstehend wiedergegebenen Einwendungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ zur damaligen gutachterlichen Einschätzung verwiesen werden. Dort wird festgehalten, dass diese Einschränkung einzig auf den anamnestischen Angaben der Beschwerdeführerin beruhte. Die Beschwerdeführerin lässt weiter monieren, dass die Beurteilungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ und Dr. med. F.\_\_\_\_ einzig und alleine auf den Ergebnissen der Observation beruhten. Dem kann nicht zugestimmt werden. Beide Gutachter haben die Beschwerdeführerin gründlich untersucht und ziehen ihre Schlussfolgerungen insbesondere aus den Ergebnissen der klinischen Untersuchung. Die Observationsergebnisse werden lediglich zur Untermauerung des im Rahmen der Untersuchungen Festgestellten herangezogen. Die Differenzen zum Gutachten der Begutachtungsstelle D.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2014, das erstellt wurde, bevor die Observationsergebnisse vorlagen, werden im aktuellen Gutachten schlüssig aufgelöst, wie sich den oben stehenden Erwägungen entnehmen lässt. In diesem Zusammenhang ist insbesondere der Umstand, dass die damals im Raum stehende Diagnose einer undifferenzierten Polyarthritits in der Zwischenzeit verworfen wurde, relevant. Dr. med. E.\_\_\_\_ im Rahmen der rheumatologischen Beurteilung auch dar, dass sich verschiedenen Befunde seit 2014 verbessert hätten. Was die psychiatrische Beurteilung anbelangt, so vermag die Rüge, es werde darin entgegen den Tatsachen behauptet, es finde keine Psychotherapie statt, nicht zu überzeugen. Dr. med. F.\_\_\_\_ erwähnt im Rahmen der Angaben der Beschwerdeführerin nämlich die stattfindenden Termine bei einer Psychologin. Wenn er ausführt, dass keine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung stattfinde, bringt er lediglich zum Ausdruck, dass keine Behandlung bei einem Facharzt oder einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie stattfindet. Dies allein vermag keine Zweifel an seiner gesamten Einschätzung aufkommen lassen. 6.7 Sodann vermag auch die Stellungnahme des Hausarztes Dr. med. C.\_\_\_\_ keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen lassen. Dr. med. C.\_\_\_\_ ist einerseits kein Facharzt auf den entsprechenden Gebieten. Andererseits ist bezüglich seiner Ausführungen auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte aufgrund des bestehenden Vertrauensverhältnisses eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Der Hausarzt hat die Ergebnisse der Observation nicht gesehen und seine Kritik an der vom psychiatrischen Facharzt durchgeführten Diagnostik enthält keine Gesichtspunkte, die einen Zweifel an der

Einschätzung des Psychiaters aufkommen lassen könnten. Auch kann nicht gesehen werden, dass der Umstand, er selber habe nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert, derart gewichtet worden wäre, dass die gutachterliche Einschätzung umgestossen werden müsste.

7. Zusammenfassend ergibt sich damit, dass die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgehen durfte, dass die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Im Vergleich zur letzten materiellen Rentenprüfung liegt keine Verschlechterung des Gesundheitszustands vor. Fehlt es an einer rentenerheblichen Veränderung, so ist auf das für psychische Erkrankungen grundsätzlich vorgesehene strukturierte Beweisverfahren zu verzichten (Urteil des Bundesgerichts 8C\_454/2018 vom 16. November 2018 E. 6.4). Ausserdem erübrigt sich ein Einkommensvergleich oder die Prüfung von beruflichen Massnahmen. Es liegt kein invalidisierendes Leiden vor. Die Beschwerde erweist sich als unbegründet und ist abzuweisen.

8. 8.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 8.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem im Verfahren VSBES.2016.222 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

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