

SO_GERICHTE VSBES.2018.185 vom 28. Juni 2018

SO Obergericht, 2018-06-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.185

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.185 du 28 juin 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.185 del 28 giugno 2018

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1963 geborene A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin) meldete sich am 19. August 2004 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Sie gab an, sie leide an Nackenproblemen, Kopfschmerzen und Schwindel. Die Behinderung bestehe seit 27. Oktober 2003 und sei die Folge eines Unfalls. Beantragt wurde eine Rente (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 2).

1.2 Die Beschwerdegegnerin zog die Akten der zuständigen Unfallversicherung bei (IV-Nr. 7) und traf erwerbliche und medizinische Abklärungen. Unter anderem nahm sie Berichte des Hausarztes med. prakt. B.____, Praktischer Arzt, [...], vom 2. März 2005 (IV-Nr. 12), des C.____, Wirbelsäulenklinik, vom 18. Februar 2004 (IV-Nr. 12, S. 9 ff.) sowie des D.____, Psychosomatik E.____, vom 29. April 2005 (IV-Nr. 16, S. 13 f.) und vom 21. September 2005 (IV-Nr. 19.3) über einen stationären Aufenthalt vom 8. bis 26. August 2005 zu den Akten. Sodann gab die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle F.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag, das am 27. April 2006 erstattet wurde (IV-Nr. 26).

1.3 Dr. med. G.____ vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) der Beschwerdegegnerin nahm am 18. Mai 2006 und 21. Februar 2007 zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 31, 41). Die Beschwerdegegnerin zog ausserdem weitere Akten der obligatorischen Unfallversicherung bei; diese stellte ihre Leistungen per 31. Januar 2007 ein (Verfügung vom 10. Januar 2007, IV-Nr. 40.3).

1.4 Mit Verfügung vom 6. November 2007 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin rückwirkend ab 1. Oktober 2004 eine ganze Invalidenrente nebst Kinderrenten zu (IV-Nr. 53).

2. Am 27. November 2012 initiierte die Beschwerdegegnerin eine erste eingliederungsorientierte Rentenrevision. Dabei machte die Beschwerdeführerin geltend, ihr Gesundheitszustand habe sich verschlimmert; sie habe mehr Schmerzen (IV-Nr. 62). Med. prakt. B.____ reichte am 11. Februar 2013 den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Bericht ein (IV-Nr. 64). Er hielt fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin daraufhin am 20. Februar 2013 mit, sie habe weiterhin Anspruch auf die bisherige Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 100 % (IV-Nr. 65).

E. 3

3.1 Eine weitere eingliederungsorientierte Rentenrevision wurde am 2. Dezember 2014 eingeleitet. Die Beschwerdeführerin bezeichnete ihren Gesundheitszustand erneut als sich verschlimmernd und sprach wiederum von «mehr Schmerzen» (IV-Nr. 66).

3.2 Am 28. März 2015 erstattete med. prakt. B.____ den durch die Beschwerdegegnerin angeforderten Arztbericht, dem er weitere Arztberichte beilegte (IV-Nr. 68, S. 1 ff.). Dr. med. H.____, Facharzt für Rheumatologie und allgemeine innere Medizin FMH, [...], beantwortete eine entsprechende Anfrage der Beschwerdegegnerin am 6. Oktober 2015, ebenfalls unter Beilage früherer Berichte (IV-Nr. 69).

3.3 Nach einem Revisionsgespräch vom 12. Januar 2016 empfahl die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Fachärztin für Allgemeine Medizin, es sei ein bidisziplinäres Gutachten (Psychiatrie und Rheumatologie) einzuholen (IV-Nr. 73). Der diesbezügliche Auftrag ging an Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], und Dr. med. K.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation, speziell Rheumaerkrankungen FMH, [...] (vgl. IV-Nr. 74). Dr. med. J.____ erstattete das psychiatrische Teilgutachten am 22. August 2016 (IV-Nr. 78), Dr. med. K.____ das rheumatologische Teilgutachten am 20. September 2016 (IV-Nr. 79.1). Die interdisziplinäre Beurteilung der beiden Gutachter datiert vom 29. September 2016 (IV-Nr. 82). Am 6. Oktober 2016 nahm med. prakt. B.____ zum Gutachten Stellung (IV-Nr. 83).

3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____ empfahl am 13. Dezember 2016, es sei zusätzlich eine konsiliarische neurologische Untersuchung (zum Ausschluss einer Erkrankung des zentralen Nervensystems) durchzuführen (IV-Nr. 85); diese erfolgte am 27. März 2017 durch Dr. med. L.____, Facharzt für Neurologie FMH, Begutachtungsstelle M.____, [...]. Dessen Gutachten datiert vom 29. März 2017 (IV-Nr. 93). Die Beschwerdeführerin, der das Gutachten zugestellt wurde (IV-Nr. 94), äusserte sich dazu nicht. Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____ nahm am 6. Juni 2017 nochmals zum medizinischen Sachverhalt Stellung (IV-Nr. 96).

E. 4

4.1 Mit Vorbescheid vom 22. Juni 2017 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sie werde die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufheben, weil sich der Gesundheitszustand verbessert habe (IV-Nr. 97). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 16. August und 14. September 2017 Einwand erheben (IV-Nr. 100, 102). Am 19. Oktober 2017 äusserte sich der RAD-Arzt Dr. med. N.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, zu den Argumenten der Beschwerdeführerin (IV-Nr. 104, S. 2 f.).

4.2 Am 31. Januar 2018 erliess die Beschwerdegegnerin einen neuen Vorbescheid; darin teilte sie der Beschwerdeführerin mit, es werde beabsichtigt, die Verfügung vom 6. November 2007 wiedererwägungsweise aufzuheben und die Rente nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats einzustellen (IV-Nr. 105). Die Beschwerdeführerin liess dagegen wiederum Einwände erheben und beantragen, die laufende ganze Rente sei ihr weiterhin auszurichten (IV-Nr. 106, 108).

5. Mit Verfügung vom 28. Juni 2018 entschied die Beschwerdegegnerin im Sinne des Vorbescheids. Sie hob die Verfügung vom 6. November 2007 wiedererwägungsweise auf und verfügte die Aufhebung der Rente auf Ende des Monats, welcher der Zustellung der Verfügung folgt (IV-Nr. 109; A.S. 1 ff.).

6. Gegen diese Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 20. August 2018 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben. Sie stellt und begründet folgende Rechtsbegehren (Aktenseiten [A.S.] 6 ff.):

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 28. Juni 2018 sei aufzuheben.
2. Der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrads von 100 % auszurichten.
3. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin.
7. Die Beschwerdegegnerin beantragt am 24. Oktober 2018, unter Verweis auf die Ausführungen im angefochtenen Entscheid sowie die Akten, die Beschwerde sei abzuweisen. Auf Bemerkungen zur Beschwerde werde verzichtet (A.S. 40).
8. Am 9. November 2018 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 42 ff.).
9. Mit präsidialer Verfügung vom

E. 4.1

mit Hinweisen).

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob er für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232 mit Hinweisen).

4.3 Im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten externer Spezialärzte, die diesen Anforderungen entsprechen, kommt grundsätzlich (voller) Beweiswert zu, solange nicht konkrete Indizien gegen deren Zuverlässigkeit sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). In diesem Sinne vermag die Beurteilung der behandelnden Ärzte ein Administrativgutachten grundsätzlich nur dann in Frage zu stellen und zumindest Anlass zu weiteren Abklärungen zu geben, wenn wichtige Aspekte benannt werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_425/2013 vom 16. September 2013 E. 4.1 mit Hinweisen).

5.

5.1 Die Beschwerdegegnerin hat die Invalidenrente wiedererwägungsweise aufgehoben. Sie ist der Auffassung, die rentenzusprechende Verfügung vom 6. November 2007 sei zweifellos unrichtig gewesen und deshalb aufzuheben. In zweiter Linie wird beantragt, die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2018 sei mit substituierter Begründung zu bestätigen (A.S. 53).

5.2 Die Beschwerdeführerin macht zusammenfassend geltend, die Voraussetzungen für eine wiedererwägungsweise Aufhebung der rentenzusprechenden Verfügung vom 6. November 2007 seien nicht erfüllt, denn diese Verfügung sei nicht zweifellos unrichtig gewesen. Es sei weder eine Leistungszusprache aufgrund falscher, unzutreffend verstandener Rechtsanwendung erfolgt noch seien die massgeblichen Bestimmungen nicht oder unrichtig angewendet worden. Die Beschwerdegegnerin habe damals aufgrund des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006, mithin bei Vorliegen einer

klaren und hinreichend genügenden Aktenlage, eine Ermessensausübung getätigt, die sich als richtig und korrekt erweise. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit der Rentenzusprache nicht verbessert. Der von der Beschwerdegegnerin beauftragte psychiatrische Gutachter Dr. med. J. ___ nehme lediglich eine andere Beurteilung eines an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustands vor, was jedoch keinen Revisionsgrund darstelle. Auch der RAD-Arzt Dr. med. N. ___ gehe von keiner Veränderung und somit von keiner Verbesserung des Gesundheitszustands aus. Schliesslich bildeten weder das rheumatologische noch das psychiatrische Gutachten eine beweistaugliche Grundlage zur Beurteilung des Rentenanspruchs der Beschwerdeführerin. Der Sachverhalt sei folglich mittels einer gerichtlichen Expertise zu klären oder die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Der Beschwerdeführerin sei weiterhin eine ganze IV-Rente auszurichten. Zur Wahrung sämtlicher Rechte der Beschwerdeführerin werde schliesslich festgehalten, dass ihr vor einer allfälligen Aufhebung der Rente berufliche Massnahmen zu gewähren seien (IV-Nr. 14, 21 f.). Eine Aufhebung der Rente im Rahmen der Schlussbestimmungen zur 6. IV-Revision sei gemäss höchstrichterlicher Rechtsprechung unzulässig, weil weder bei der Rentenzusprache noch im Revisionszeitpunkt ausschliesslich ein unklares Beschwerdebild vorgelegen habe (A.S. 62 f.).

6. Die Rentenverfügung vom 6. November 2007 (IV-Nr. 53) beruhte im Wesentlichen auf folgenden medizinischen Grundlagen:

6.1 Med. prakt. B. ___ diagnostizierte in seinem Bericht vom 29. September 2005 einen Status nach Beschleunigungstrauma Halswirbelsäule bei Verkehrsunfall vom 27. Oktober 2003 und eine schwere Depression. Er attestierte der Beschwerdeführerin für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hilfspflegerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ab 27. Oktober 2003 bis «dauernd». Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Patientin nenne Rückenbeschwerden, Nackenbeschwerden, Schwindel, Gehunsicherheit, allgemeine Müdigkeit und permanente Kopfschmerzen.

Seinem Bericht legte der Arzt den Austrittsbericht des D. ___, Psychosomatik E. ___, vom 21. September 2005 bei; darin stellten Dr. med. O. ___, Oberärztin, und Dr. med. P. ___, Assistenzärztin, folgende Diagnosen (IV-Nr. 19.3):

Die Beschwerdeführerin sei vom 8. bis 26. August 2005 stationär abgeklärt und behandelt worden. Zuweisungsgrund sei eine komplizierte psychosomatische Störung gewesen. Die Beschwerdeführerin leide seit dem Autounfall vom 27. Oktober 2003 an chronischen stechenden, brennenden Schmerzen im Nackenbereich, ausstrahlend nach occipital und vorwiegend in die rechte Schulter, sowie an Schwindel, Kopfschmerzen, Nausea, Gedächtnislücken und Hyperventilation. Zusätzlich klage sie über Ein- und Durchschlafstörungen, verschwommenes Sehen, Konzentrationsstörungen und Gedächtnislücken. Seit dem Unfall könne sie auch nicht mehr selbständig Auto fahren. Bei der Eintrittsuntersuchung habe die Beschwerdeführerin sehr leidend und depressiv gewirkt, mit Neigung zur Hyperventilation. Die übrigen körperlichen Befunde seien normal gewesen, inklusive neurologische Untersuchung. Die Quantifizierung der depressiven Stimmung mittels Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) habe eine schwere Depression ergeben. Die Arbeitsfähigkeit betrage 0 %. Eine weitere Beurteilung habe durch den nachbehandelnden Arzt zu erfolgen. Inwiefern sich eine namhafte Verbesserung des Gesundheitszustands erreichen lasse, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht beurteilt werden und sei in einem Zeitraum von frühestens sechs Monaten der empfohlenen

medikamentösen und physiotherapeutischen Behandlung zu evaluieren.

6.2 Die Ärzte der Begutachtungsstelle F.____ gelangten in ihrem Gutachten vom 27. April 2006 zu folgenden Diagnosen (IV-Nr. 26, S. 26):

Hauptdiagnose (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

Nebendiagnose (ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit)

chronisches lumbospondylogenes Syndrom; mediane Diskushernie L4/L5 ohne Neurokompression

Weiter führten die Gutachter Folgendes aus (IV-Nr. 26, S. 26 ff.): In somatischer Hinsicht seien bereits 2002 chronische lumbale Rückenschmerzen aktenkundig. Es werde von einem chronischen lumbospondylogenen Schmerzsyndrom, sogar von einer chronischen Schmerzkrankheit mit vegetativem Begleitsyndrom und Somatisierungsneigung gesprochen. Wegen chronischer Rückenschmerzen bei therapierefraktärer Versicherte sei eine stationäre Überweisung an das Rehabilitationszentrum des C.____ erfolgt. Die Behandlung sei schwierig gewesen. Im weiteren Verlauf hätten die Rückenschmerzen lumbal weiterhin persistiert. Erneut habe sie im C.____ ambulant untersucht werden müssen. Die Diagnosen seien bestätigt worden. Am 27. Oktober 2003 habe die Beschwerdeführerin einen Autounfall erlitten, indem sie auf einer Hauptstrasse mit ihrem Personenwagen fahrend mit einem von einer Seitenstrasse kommenden Autofahrer kollidiert sei. Dabei sei ihr Fahrzeug um die eigene Achse gedreht worden und schliesslich zum Stillstand gekommen. Gleichentags habe sie sich zum Hausarzt begeben, der eine HWS-Distorsion diagnostiziert und einen Halskragen abgegeben habe. Sie habe sofortigen Schwindel und sofortige Kopf- und Nackenschmerzen mit Ausstrahlung in den rechten Arm beklagt. Im weiteren Verlauf hätten die Kopf- und Nackenschmerzen persistiert. Sämtliche Therapien hätten das Schmerzbild nicht beeinflussen können. Aktuell habe die Versicherte ihre ständigen Kopf- und Nackenschmerzen beklagt, die sich als Dauerschmerzen präsentierten. Bereits die Anamnese sei äusserst schwierig zu erheben gewesen. Sie habe leidend, schmerzgeplagt, erschöpft und deutlich histrionisch gewirkt. Während der Anamnese habe sie den Kopf auf den Tisch und sich auch auf das Bett gelegt, damit sie sich schonen könne. Sie habe eine blumige Vielfalt an Symptomen präsentiert und sehr demonstrativ gewirkt. Es habe sich eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen massiven subjektiven Schmerzklagen und mageren somatischen Befunden gezeigt. In der klinischen Untersuchung habe die HWS-Beweglichkeit nicht geprüft werden können. Die Explorandin habe eine massive Gegeninnervation gezeigt. Die LWS-Beweglichkeit sei nicht eingeschränkt gewesen; hier habe sie aber eine groteske Fallneigung bei der Prüfung des Finger-Boden-Abstands gezeigt. Neurologisch habe ebenfalls eine Diskrepanz zwischen starker Beeinträchtigung, teils widersprüchlichen funktionellen Einschränkungen und fehlenden objektiv fassbaren klinischen Untersuchungsbefunden bestätigt werden können. Psychiatrisch bestehe eine schwere Konversionsstörung mit dissoziativen Zuständen der Bewegung, der Sensibilität, der Aufmerksamkeit bei gleichzeitig bestehender Somatisierungsstörung und Generalisierungstendenz, Regressionstendenz und illness behaviour. Gesamtheitlich, unter Berücksichtigung der somatischen und psychiatrischen Aspekte, sei die Versicherte in ihrer angestammten Tätigkeit als Haushaltsbetreuerin sowie auch in jeder anderen Verweistätigkeit nicht mehr arbeitsfähig. Sie sei in ihrem Zustand, so wie sie sich präsentiert habe, keinem Arbeitgeber zuzumuten. Dieser Zustand könne willentlich auch nicht beeinflusst werden. Hilfsmittel seien nicht indiziert. Eine

psychiatrische/psychotherapeutische oder medikamentöse Therapie könne nicht empfohlen werden. Es sei nicht davon auszugehen, dass dadurch eine nennenswerte Änderung der Situation einträte (IV-Nr. 26, S. 26 ff.).

6.3 Der obligatorische Unfallversicherer, dem das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ ebenfalls zugestellt worden war, holte dazu die Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 14. Juni 2006 ein (IV-Nr. 40.4, S. 1 ff.). Dieser Arzt führte aus, gemäss den Gutachtern liege keine posttraumatische Belastungsstörung vor. Es sei aber zu einer psychischen Fehlverarbeitung des Unfallereignisses und dessen somatischer Folgen in Form einer psychogenen Störung gekommen. Die Gutachter hätten eine schwerste dissoziative Störung diagnostiziert. Diese Störung müsse als selbständige sekundäre Gesundheitsstörung angesehen werden, die aber in natürlichem Kausalzusammenhang mit dem Unfallereignis stehe (psychische Fehlverarbeitung des Unfallereignisses und seiner Folgen). Weiter führte Dr. med. Q.____ aus, die Beurteilung der Gutachter sei nachvollziehbar und schlüssig. Es handle sich hier um eine sekundäre selbständige Gesundheitsstörung. Das Beschwerdebild nach dem Schleudertrauma trete im Vergleich zur psychischen Beeinträchtigung eindeutig in den Hintergrund. Gemäss den Gutachtern habe die Versicherte bereits vor dem Unfallereignis ihre Rückenbeschwerden psychisch fehlverarbeitet, so dass eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung bestanden habe. Man könnte hier allenfalls diskutieren, ob das Unfallereignis zu einer richtungsgebenden Verschlimmerung des Vorzustands geführt und sich die bestehende psychische Fehlverarbeitung (somatoforme Schmerzstörung) zu einer dissoziativen Störung ausgeweitet habe (IV-Nr. 40.4, S. 1 f.). Der Unfallversicherer verneinte in der Folge mit Verfügung vom 10. Januar 2007 einen Anspruch auf weitere Leistungen, weil die noch persistierenden Beschwerden nicht in einem adäquaten Kausalzusammenhang zum Unfallereignis von 27. Oktober 2003 stünden (IV-Nr. 40.3).

6.4 Am 21. Februar 2007 stellte der RAD-Arzt Dr. med. G.____ im Rahmen einer Stellungnahme fest, laut der gutachterlichen Beurteilung handle es sich um eine schwerste dissoziative Störung. Das Krankheitsbild werde von verschiedenen Ärzten eindrücklich beschrieben. Ob diese psychiatrische Krankheit nun unfallbedingt sei oder nicht, sei jetzt nur noch eine Rechtsfrage. Zweifellos bestehe aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Die Rentenzusprache bei einer Arbeitsunfähigkeit von 100% sei ausgewiesen, schon alleine unfallfremd (IV-Nr. 41). Bereits am 18. Mai 2006 hatte sich Dr. med. G.____ in einem ähnlichen Sinn geäußert, wobei er damals noch von reinen Unfallfolgen ausgegangen war (IV-Nr. 31).

6.5 Mit der Verfügung vom 6. November 2007 sprach dann die Beschwerdegegnerin, wie erwähnt, der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2004 eine ganze Invalidenrente zu. Zur Begründung führte die Beschwerdegegnerin an, Abklärungen hätten ergeben, dass es der Beschwerdeführerin nicht mehr möglich sei, in dem vor Eintritt des Gesundheitsschadens ausgeübten Beruf als Krankenbetreuerin wie auch in einer anderen geeigneten Tätigkeit arbeitsfähig zu sein (IV-Nr. 53).

7. Die Rentenzusprache durch die Verfügung vom 6. November 2007 (IV-Nr. 53) basierte in erster Linie auf dem Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006. Die Zulässigkeit der von der Beschwerdegegnerin vorgenommenen Wiedererwägung hängt in erster Linie davon ab, ob es zweifellos unrichtig war, diesem Gutachten volle Beweiskraft beizumessen und für die Anspruchsbeurteilung darauf abzustellen.

7.1 Das Gutachten hat zusammengefasst insbesondere folgenden Inhalt:

7.1.1 Der internistische Teilgutachter Dr. med. R. ___ erklärte in seiner Beurteilung, aus rein internistischer Sicht bestehe keine Einschränkung. Es liege eine komplexe Problematik mit einem chronischen Schmerzsyndrom als Vorzustand und einem Status nach HWS-Distorsion mit nachfolgend Klagen über multiple Schmerzen, vorwiegend im Kopf- und Nackenbereich, vor (IV-Nr. 26, S. 11).

7.1.2 Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. S. ___ gelangte zum Ergebnis, aus orthopädischer Sicht bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den vorgetragenen invalidisierenden Schmerzen und dem bildgebenden Befund. Die Beschwerden des Bewegungsapparates könnten somatisch mit strukturellen pathologischen Veränderungen nicht erklärt werden. Eine ausgeprägte psychogene Komponente sei sehr wahrscheinlich (IV-Nr. 26, S. 14).

7.1.3 Der neurologische Teilgutachter Dr. med. T. ___ kam zu folgender Beurteilung: Charakter, Ausdehnung und Intensität des aktuellen Schmerzsyndroms seien bemerkenswert. Die klinische Untersuchung habe «Paresen» an oberen und unteren Extremitäten sowie eine ausgeprägte «Stand- und Gangataxie» ergeben, die aufgrund widersprüchlicher Befunde phänomenologisch auf organischer Grundlage nicht erklärbar seien. Es habe sich eine ausgeprägte Diskrepanz zwischen starker Beeinträchtigung, teils widersprüchlichen funktionellen Einschränkungen, und fehlenden objektiv fassbaren klinischen Untersuchungsbefunden ergeben, die Hinweise weder auf eine zentralnervöse noch auf eine peripher-neurogene Läsion ergeben hätten, sodass insgesamt eine ausgeprägte psychiatrische Komponente anzunehmen sei. Auf ihre Beschwerden vor dem Unfall vom 27. Oktober 2003 angesprochen, habe die Versicherte diese dahingehend relativiert, dass sie keine Arbeitsunfähigkeit bedingt hätten (IV-Nr. 26, S. 17).

7.1.4 Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. U. ___ nahm im Rahmen des psychiatrischen Status zuerst fachspezifische anamnestiche Ergänzungen vor (IV-Nr. 26, S. 17 f.) und gab hierauf die aktuellen subjektiven Beschwerden der Versicherten wieder (IV-Nr. 26, S. 18 f.). Seinen anschliessenden Ausführungen zum objektiven Befund lässt sich Folgendes entnehmen (IV-Nr. 26, S. 19 ff.): Die 43-jährige, altersentsprechend erschöpft und ausgesprochen leidend wirkende Explorandin sei in Begleitung ihres Gatten erschienen. Der Gang vom Warte- ins Untersuchungszimmer sei allein möglich gewesen, wobei sie im ersten Moment noch vom Gatten quasi habe gehalten werden müssen. Dann habe sie sich am Türrahmen festgehalten und sich schwerfällig und mit äusserst auffällig schmerzhafter Mimik niedergesetzt. Sie habe sofort recht guten Blickkontakt aufgenommen. Der affektive Rapport habe sich gut herstellen lassen. Sie spreche recht gut Deutsch. Bei der Biographieerhebung sei aufgefallen, dass sie manchmal wie kommentierende Selbstgespräche geführt und recht oft auch Gegenfragen gestellt habe. Sie sei sauber gekleidet gewesen, habe mittellange, rötlich-braune Haare, ausgesprochen starke rote Wangen und trockene Lippen, erschöpft leidend und deutlich histrionisch gewirkt. Während der Anamneseerhebung sei ihr der Kopf manchmal fast auf den Tisch gefallen. Sie habe laut gestöhnt und ein ausgesprochenes Krankheitsverhalten gezeigt. Gesamthaft sei sie verlangsamt, klagsam, jammerig, zeitweilig auch nervös, unruhig, zeitweilig auch wieder ausgesprochen ruhig gewesen, fast hypnotisiert. Zeitweilig habe sie ihren traurig leeren Blick gezeigt, dann wiederum habe sich ihr Blick mit einem gewissen Halt gefüllt. Auch ihre Stimme habe gewechselt. Sie habe mit lauter sthenischer Stimme sprechen können, dann plötzlich habe sie fast geflüstert. Sie sei kaum mehr hörbar gewesen, habe den

Kopf aufstützen müssen und diesen schliesslich nicht mehr halten können, so dass er wieder auf ihren Arm auf den Tisch gefallen sei. Sie habe sich dabei über den anstrengenden Tag und die anstrengenden Untersuchungen bei der Gutachterstelle beklagt. Sie habe sich beklagt, dass es hier kein Bett gebe und nebenbei erwähnt, dass sie sich ins Auto habe legen müssen. Ihr Klagen sei jedoch nicht sonderlich anklagend oder narzisstisch gekränkt gewesen und eher beiläufig vorgebracht worden. Dann habe sie gefragt, ob sie sich nicht hinlegen dürfte. Sie habe sich dann auf die Liege gelegt und sich vom Gutachter aus ihrem Wintermantel helfen lassen. Wie er diesen Mantel auf den Stuhl habe legen wollen, habe sie klar gebeten, ihr den Mantel zu geben, dass sie den Kopf drauflegen könne. Dann habe sie sich auf die Seite zum Gutachter hingewandt. Er, der Gutachter, sei drei Meter vis-à-vis am Schreibtisch gesessen. Das Gespräch habe so stattgefunden. Auffallend sei ihre sehr demonstrative, deutlich histrionisch gefärbte, von verschiedenen psychischen Zuständen geprägte Seinsweise während der Untersuchung gewesen. Zeitweilig habe sie völlig kohärent gewirkt, fast vernünftig, immer jedoch schmerzgeplagt. In anderen Momenten sei sie in einen fast flüsternden, kindlich naiven und schwerstleidenden Zustand geraten, wobei aufgefallen sei, dass ein vernünftiges, adäquates Gespräch immer möglich sei. Ihr Bewusstsein sei intakt gewesen. Sie habe die Fragen gehört und prompte Antworten gegeben. Interessant seien gewisse Antworten von ihr auf gewisse Fragen gewesen. So habe sie auf die Frage, ob sie denn je in einer psychiatrischen Behandlung gewesen sei, folgende Antwort gegeben: «Da gibt es keine Hilfe, Reden macht Druck im Kopf. Wenn etwas nicht hilft, dann mag ich es nicht. Den Schmerz nimmt das Gespräch auch nicht. Ich brauche niemanden». Wie sie der Gutachter auf Ehe und später auf die Sexualität angesprochen habe, habe sie zuerst mit einer Gegenfrage geantwortet: «Was fragt ihr da?» Dann habe sie Antwort gegeben und erwähnt, dass die Sexualität nicht mehr gut sei. Zeitweilig habe sie im Denken etwas zerfahren und etwas unstrukturiert gewirkt, wobei keine eigentliche Denkstörung zu eruieren gewesen sei, vor allem nicht im formalen Bereich. Inhaltlich habe eine deutliche und schwerst chronifizierte Fixierung auf eine Somatogenese und auf die Schmerzen bestanden. Sie sei darauf fixiert gewesen, dass in ihrem Nacken etwas zerstört worden sei, wobei sie Ängste völlig abgespaltet und verneint habe. Die einzige Angst, die die Explorandin bejaht habe, sei die Angst beim Autofahren. Aber auch hier habe sie kein Vermeidungsverhalten entwickelt, sondern fahre weiter mit ihrem Gatten Auto. Irgendwelche Hinweise auf Symptome aus dem Formenkreis der posttraumatischen Belastungsstörung hätten sich überhaupt nicht eruieren lassen, auch auf Nachfragen nicht. Die Explorandin sei während der Untersuchung in keinem einzigen Moment auch nur annähernd ängstlich oder angespannt gewesen. Sie sei mehrheitlich ruhig geblieben, allerdings schmerzgeplagt, mit einer deutlichen histrionischen Verhaltensstörung und immer wieder schwerst leidend. Zeitweilig habe sie fast aufgestöhnt. Einmalig habe sie sogar kurz aufgeschrien, um im nächsten Moment friedlich und entspannt auf der Liege zu liegen und fast die Stille zu geniessen. Die Wechselhaftigkeit ihrer Psychozustände sei auffällig gewesen. Gesamthaft sei sie ratlos, hilflos ihren Symptomen und ihren Schmerzen ausgeliefert gewesen. Sie habe in keinem Moment in ihrem Denken einen Ansatz dafür gezeigt, dass sie eine eigene Erklärung, eine eigene Copingstrategie hätte, wie sie mit ihren Schmerzen besser klarkommen könnte. Sie bestehe aus Schmerz, erwarte, dass dieser weggehe oder weggemacht werde und zeige keine Hinweise darauf, dass sie sich auch nur annähernd einen Gedanken mache, dass sie selbst etwas dazu beitragen müsste. Gesamthaft sei sie ausgesprochen freundlich gewesen, in keinem einzigen Moment dysphorisch gereizt. Zeitweilig habe man das Gefühl gehabt, dass sie wie abgespalten über einen Zustand

spreche, als ob er sie gar nicht betreffen würde; ausser den Schmerzreaktionen habe sie immer gezeigt, dass dieser zu ihr gehöre. Eine demonstrative Komponente sei absolut offensichtlich, wobei man in keinem einzigen Moment das Gefühl habe, dass die Explorandin irgendetwas bewusst oder mit einer gewissen Zielstrebigkeit mache oder eine Absicht dahinterstecken würde. Sie funktioniere völlig nach den Regeln ihres Unterbewusstseins. Interessant sei auch ihre Beschwerdeschilderung gewesen. Ausser den Nacken- und Kopfschmerzen, die permanent und immer vorhanden seien, habe sie deutlich wechselhafte Schmerzzustände, Sensibilitätsstörungen, zeitweilige Schwindelerscheinungen, Schmerzen mit Herzbefall, Schmerzen wechselhaft in der linken oberen Körperapertur und gelegentliche Sehstörungen geschildert. Alle diese Symptome seien wechselhaft, mal mehr, mal weniger, mal intensiver vorhanden, mal auch wieder weg gewesen. Es habe keine Gesetzmässigkeit gegeben, ausser bei den Nackenschmerzen (IV-Nr. 26, S. 19 ff.).

Im Rahmen seiner Beurteilung (IV-Nr. 26, S. 22 ff.) führte Dr. med. U. ___ aus, die Explorandin sei in geordneten Verhältnissen in [] aufgewachsen. Sie habe acht Jahre die Schule besucht und eine Schneiderinnenlehre resp. -anlehre getätigt. Sie sei seit dem 19. Lebensjahr verheiratet und habe vier Kinder geboren. Eine Tochter sei kurz nach der Geburt gestorben. Sie sei heute Mutter von drei erwachsenen Söhnen, die alle noch zu Hause lebten. Es bestünden keine offensichtlichen Schwierigkeiten mit den Söhnen. Allerdings falle auf, dass der älteste Sohn zurzeit arbeitslos sei und der jüngste Sohn keine Lehrstelle gefunden habe, so dass gewisse psychosoziale Belastungsmomente bei den Kindern zumindest bezüglich Finanzen angenommen werden dürften. Der Gatte habe als Bauarbeiter gearbeitet und schon vor ihrem Unfall 2003 ■ wann genau könne nicht geklärt werden ■ einen Unfall gehabt. Er habe dann jedoch weitergearbeitet und vermutlich einen Rückfall erlitten, 2004 die Arbeit verloren, sei 2005 arbeitslos gewesen und heute ausgesteuert, erhalte aber gleichzeitig offenbar ein Suva-Taggeld. Vermutlich sei der Unfall des Gatten noch nicht abgeschlossen. Die Beschwerdeführerin selbst habe nach ihrer Einreise 1982, 19-jährig, in einem Altersheim, in einer Fabrik und zuletzt zirka sechs Jahre als Haushälterin bei einer älteren Dame gearbeitet. Arbeitsplatzkonflikte hätten nie bestanden, auch an ihrem letzten Arbeitsplatz nicht. Psychosozial falle lediglich auf, dass die Explorandin über lange Jahre doppelt belastet gewesen sei, indem sie zu 100 % ausser Haus gearbeitet habe und daneben den Haushalt mit den drei Söhnen und dem Ehemann habe führen müssen. Am 27. Oktober 2003 habe sie auf dem Weg zur Arbeit einen Arbeitsunfall erlitten. Sie sei vortrittsberechtigt gewesen und von rechts angefahren worden. Ein Kopfanprall habe nicht stattgefunden. Von jenem Moment an habe sie zunehmend unter Nackenschmerzen gelitten. Sie habe sich noch am gleichen Tag wegen Kopf- und Nackenschmerzen zum Hausarzt begeben, der eine Distorsion der HWS diagnostiziert und ihr für kurze Zeit einen Halskragen abgegeben habe. Von jenem Moment an habe sie die Arbeit nicht wiederaufnehmen können. Im April 2004 sei wegen chronischer Schmerzen eine Hospitalisation im Spital C. ___ erfolgt, die ohne Erfolg geblieben sei. Am 1. Juli 2005 sei sie von einer Psychologin in [...] untersucht worden, die auf die fehlende Compliance, das mangelnde Krankheitsverständnis und auf die Abdelegation des Schmerzes hingewiesen habe. Die Psychologin habe die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt. Am 22. April 2005 habe Dr. med. V. ___, Oberarzt im Spital D. ___, Psychosomatik E. ___, die Versicherte untersucht. Er habe die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung und einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt. Im Hauptaustrittsbericht derselben Klinik am 21. September 2005

sei nur noch von einem Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung die Rede gewesen, jedoch weiterhin eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und eine schwere Depression diagnostiziert worden. Aus psychiatrischer Sicht könne heute sicher ausgesagt werden, dass kein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe. Weder seien die Kriterien des Unfallereignisses geeignet, eine solche psychische traumatische Reaktion auszulösen, noch seien die Psychopathologie und die Klinik vorhanden, eine solche Diagnose anzunehmen. Eine posttraumatische Belastungsstörung bestehe sicher nicht und habe nie bestanden. Aus psychiatrischer Sicht müsse aufgrund des klinischen Eindrucks heute während der Untersuchung, die über eineinhalb Stunden gedauert habe und sehr eindrücklich gewesen sei, eine deutliche Konversionsstörung angenommen werden, mit deutlich histrionischen Elementen bei zusätzlich bestehender Somatisierungsstörung. Diese Somatisierungsstörung sei im Grunde genommen eine ähnliche Diagnose wie die anhaltende somatoforme Schmerzstörung. Bei der Somatisierungsstörung gehe man davon aus, dass die Symptome in mehreren Körperkompartimenten wechselhaft aufträten, deren Ursache organisch nicht begründet werden könne. Insofern stimmten die Diagnosen mit dem D.____ heute überein. Dr. med. U.____ hielt weiter fest, die Depressivität stehe nicht im Vordergrund. Die ganze Verhaltensauffälligkeit, die fast flüsternde Stimmlage, die Antriebsverminderung und die gleichzeitig gute psychische Präsenz in gewissen Momenten und der sthenischen Fähigkeit, auch argumentativ auf etwas einzugehen, die ganze Wechselhaftigkeit, seien im Zusammenhang mit einer schwersten Konversionsstörung zu interpretieren. Bei der Konversionsstörung nehme man an, dass intrapsychische Konflikte und Ängste bestünden, die unbewusst seien und quasi via diverse wechselhafte Körpersymptome nach aussen kommuniziert und ausgetragen würden. Psychiatrisch habe sich klar gezeigt, dass diese Explorandin seit dem Unfall an einer schwersten Konversionsstörung leide, die sich mit einer blumigen Symptomvielfalt äussere, was auch erkläre, dass so viele verschiedene psychiatrische Diagnosen gestellt würden. Die Symptomvielfalt und die Präsentation derselben lasse auch eine schwerste Depression vermuten; diese sei aufgrund des klinischen Eindrucks heute nur leicht ausgeprägt. Die Explorandin habe einen völlig anderen Eindruck hinterlassen als eine schwerst depressive Patientin, die mutistisch nur noch im Bett liege und sich nicht mehr ernähre. Eine solche Patientin würde nämlich auch im Gespräch gar nicht so interessant und argumentativ auf diverse Fragen eingehen, wäre eben stumm und depressiv. Eine solche Stummheit sei bei dieser Explorandin gar nicht vorhanden. Sie rede recht viel, auch wenn zeitweilig fast flüsternd und leise und zeitweilig fast beschwörend etwas laut. Aus psychiatrischer Sicht dürfte es schwierig werden, die Konversionsstörung mit therapeutischen Massnahmen zu beheben. Sie benötige vermutlich eine längere wohlwollende Therapie, wo das Vertrauensverhältnis aufgebaut werden könne. Gleichzeitig müsste mit ihr vermutlich auch auf der Körperebene gearbeitet werden, weil sie längstens ein Vermeidungsverhalten entwickelt habe und deutliche histrionische Tendenzen sowie eine Schmerzfehlerverarbeitung mit Regressionstendenz aufweise. Sie lasse sich völlig gehen, mache nichts mehr, liege und sitze nur noch, lebe nur noch für und durch den Schmerz und bestehe nur noch aus Schmerz; ob dies überhaupt durch eine Therapie behoben werden könne, halte er, Dr. med. U.____, für sehr fraglich. Diese Konversionsstörung und Schmerzfehlerverarbeitung mit Verhaltensauffälligkeit werde jede Therapieform und jeden Therapeuten und jede Therapeutin in eine hilflose Ohnmacht verfallen lassen. Dazu wisse man zu wenig, wie eine solche Störung erst noch mit einer Sprachbarriere behoben werden könne, wenn auch aus gewissen psychoanalytischen Therapien durchaus Erfolge bei Konversionsstörungen erzielt

werden könnten (IV-Nr. 26, S. 22 ff.).

7.2 Die psychiatrische Beurteilung führte zur Attestierung einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit durch die Gutachter. Die Beschwerdegegnerin holte die Einschätzungen des RAD-Arztes Dr. med. G.____ vom 18. Mai 2006 (IV-Nr. 31) und vom 21. Februar 2007 (vgl. E. II, 6.4 hiervor) ein und zog weiter Akten der Unfallversicherung bei, welche u.a. die Stellungnahme von Dr. med. Q.____ vom 14. Juni 2006 (E. II. 6.3 hiervor) enthielten. Zusätzliche Informationen ergeben sich aus diesen weiteren Unterlagen nicht. Die Rente wurde im Ergebnis gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ und konkret die darin enthaltene psychiatrische Beurteilung zugesprochen.

7.3 Die Parteien äussern sich zur Frage, ob die für eine Wiedererwägung vorausgesetzte zweifellose Unrichtigkeit vorliege, wie folgt:

7.3.1 Die Beschwerdegegnerin führte im Vorbescheid vom 31. Januar 2018 (IV-Nr. 105) aus, im Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006 sei keine Beschwerdevalidierung vorgenommen worden. Die der Rentenzusprache zugrundeliegende Diagnose einer schweren dissoziativen Störung sei schon damals unter die Diagnosen der somatoformen Störungen gefallen. Im Gutachten sei jedoch auf die damals gültigen «Foerster-Kriterien» nicht eingegangen worden. Man hätte daher nicht auf dieses Gutachten abstellen dürfen.

In der Verfügung vom 28. Juni 2018 wurde ergänzend festgehalten, eine dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung hätte bereits vor dem Erlass der Verfügung vom 6. November 2007 auf der Grundlage der damals massgeblichen Überwindbarkeitsrechtsprechung beurteilt werden müssen (Hinweis auf das Urteil des Bundesgerichts I 9/07 vom 9. Februar 2007). Weder die Administrativgutachter noch der damals zuständige RAD-Arzt hätten jedoch eine solche Prüfung vorgenommen. Somit sei es nicht vertretbar und zweifellos unrichtig gewesen, die Voraussetzungen für die Überwindbarkeit der in Frage stehenden Störung ungeprüft zu verneinen. Das Gutachten vom 27. April 2006 hätte unbedingt zur ergänzenden Stellungnahme in Bezug auf die Foerster-Kriterien an die Gutachterstelle zurückgeschickt werden müssen.

7.3.2 Die Beschwerdeführerin liess in der Einwandbegründung vom 9. April 2018 (IV-Nr. 108) vorbringen, es treffe nicht zu, dass im Rahmen der Begutachtung im Jahr 2006 keine Beschwerdevalidierung vorgenommen worden sei. Es könne keine Rede von einem beweisuntauglichen Gutachten und somit auch nicht von einer offensichtlichen Unrichtigkeit der rentenzusprechenden Verfügung sein. Dissoziative Störungen seien damals noch nicht unter die Diagnose der somatoformen Schmerzstörung gefallen; entsprechend hätten die «Foerster-Kriterien» damals noch nicht geprüft werden müssen. Die Rentenzusprache sei aber selbst unter Berücksichtigung dieser Kriterien zu Recht erfolgt. Im damaligen Gutachten sei die Möglichkeit einer Schmerzüberwindung eindeutig verneint worden. Zudem sei aufgrund der damaligen Aktenlage von körperlichen Begleiterkrankungen bei langjährigem Krankheitsverlauf, einem nahezu umfassenden sozialen Rückzug sowie einem ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinn auszugehen.

In der Beschwerde vom 20. August 2018 wird ergänzend erklärt, die rentenzusprechende Verfügung vom 6. November 2007 habe auf einem abgeklärten medizinischen Sachverhalt basiert. Die medizinische Gesamtsituation sei umfassend und abschliessend abgeklärt worden. Dissoziative Störungen seien damals noch nicht unter die Diagnose der

somatoformen Schmerzstörung gefallen, denn der von der Beschwerdegegnerin zitierte Entscheid sei erst nach der Erstellung des Gutachtens ergangen. Folglich hätten die Foerster-Kriterien zum damaligen Zeitpunkt nicht geprüft werden müssen. Aber auch unter dem Blickwinkel der Rechtsprechung zu diesen Kriterien könne nicht von einer offensichtlichen Unrichtigkeit gesprochen werden. Nach dieser Rechtsprechung obliege der begutachtenden Fachperson der Psychiatrie im Rahmen der ■ naturgemäss mit Ermessenszügen behafteten ■ ärztlichen Stellungnahme zur Arbeits(un)fähigkeit und der Darlegungen zu den einer versicherten Person aus medizinischer Sicht noch zumutbaren Arbeitsfähigkeit die Aufgabe, durch die zur Verfügung stehenden diagnostischen Möglichkeiten fachkundiger Exploration der Verwaltung (und im Streitfall dem Gericht) aufzuzeigen, ob und inwiefern eine versicherte Person über psychische Ressourcen verfüge, die es ihr erlaubten, mit ihren Schmerzen umzugehen. Entscheidend sei, ob die betroffene Person, von ihrer psychischen Verfassung her besehen, objektiv an sich die Möglichkeit habe, trotz ihrer subjektiv erlebten Schmerzen einer Arbeit nachzugehen (Hinweis auf BGE 130 V 352 E. 2.2.4 S. 355). Dem Gutachten vom 27. April 2006 sei ausdrücklich zu entnehmen, dass es der Beschwerdeführerin von ihrer psychischen Verfassung her besehen eben gerade nicht möglich sei, einer Arbeit nachzugehen. Die Möglichkeit einer Schmerzüberwindung werde eindeutig verneint. Aber auch anhand der Foerster-Kriterien sei die Überwindbarkeit klar zu verneinen: Aufgrund der damaligen Aktenlage sei von chronischen körperlichen Begleiterkrankungen mit langjährigem Krankheitsverlauf, einem nahezu umfassenden sozialen Rückzug sowie einem ausgeprägten, therapeutisch nicht mehr angehbaren primären Krankheitsgewinn auszugehen. Die Verfügung vom 6. November 2007 sei keineswegs zweifellos unrichtig. Die IV-Stelle habe damals bei Vorliegen einer klaren und hinreichend genügenden Aktenlage eine Ermessensausübung getätigt, die sich als richtig und korrekt erweise.

7.4 Zu beurteilen ist, ob die Verfügung vom 6. November 2007 als zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG zu gelten hat; dies beurteilt sich nach Massgabe der damals gültig gewesenen Rechtslage, einschliesslich der Rechtspraxis, und aufgrund der damaligen Aktenlage.

7.4.1 Das Gutachten vom 27. April 2006, das der Verfügung vom 6. November 2007 zugrunde lag, nannte als Hauptdiagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) eine schwerste dissoziative Störung mit dissoziativer Störung der Bewegung und Sinnesempfindung mit dissoziativer Sensibilitäts- und Empfindungsstörung, eine Somatisierungsstörung mit histrionischer Ausgestaltung bei einfach strukturierter Persönlichkeit sowie einen Status nach Autounfall mit HWS-Distorsion (27. Oktober 2003) mit protrahiertem zervikalem, zervikozepalem und zervikobrachialem Schmerzsyndrom. Lediglich als Nebendiagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei medianer Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression erwähnt (vgl. IV-Nr. 26, S. 26). Nach der Einschätzung der Gutachter hätten diesbezüglich noch Beschwerden bestanden; diese beeinflussten aber die damalige Situation nicht (IV-Nr. 26, S. 30). Die Gutachter gingen davon aus, die dissoziative Störung stehe im Vordergrund, und massen der Somatisierungsstörung eine zusätzliche beeinträchtigende Wirkung bei (vgl. z.B. IV-Nr. 26, S. 23 f.).

7.4.2 Im Urteil I 9/07 vom 9. Februar 2007 erkannte das Bundesgericht, die Frage nach einer analogen Anwendung der von der Rechtsprechung im Bereich der somatoformen Schmerzstörungen entwickelten Grundsätze (BGE 132 V 65, 131 V 49) bei der Würdigung

des invalidisierenden Charakters einer «dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung» sei zu bejahen. Damit war diese Frage klar und verbindlich entschieden. Da es «nur» darum ging, diese Diagnose (in der damaligen Situation folgerichtig) in die zuvor für andere unklare Beschwerdebilder entwickelte Rechtsprechung «einzugliedern», kann auch nicht gesagt werden, die Rechtslage sei nach dem erwähnten Urteil noch nicht gefestigt gewesen. Ab dem Urteil vom 9. Februar 2007 respektive ab dessen Bekanntwerden (etwa zwei oder drei Wochen später) war es nicht mehr vertretbar, einen derartigen Fall ohne Beachtung der Grundsätze, die zu den somatoformen Schmerzstörungen entwickelt worden waren, zu beurteilen. Das Urteil erging, nachdem die Begutachtungsstelle F.____ das Gutachten vom 27. April 2006 erstattet hatte. Den Experten kann daher nicht vorgeworfen werden, sie hätten die genannten Grundsätze nicht beachtet. Dasselbe gilt für den RAD-Arzt Dr. med. G.____, der sich am 21. Mai 2006 und am 21. Februar 2007 äusserte, also zu einem Zeitpunkt, als das Urteil I 9/07 noch nicht bekannt war. Die damals innerhalb der Beschwerdegegnerin zuständigen Organe der Rechtsanwendung hätten aber die neue Rechtsprechung beachten müssen, als am 6. November 2007, also mehr als acht Monate nach dem Bekanntwerden des Urteils, die rentenzusprechende Verfügung erlassen wurde (IV-Nr. 53); dies hätte es ausgeschlossen, der Beschwerdeführerin eine ganze Rente zuzusprechen, ohne die von der Rechtsprechung zur somatoformen Schmerzstörung entwickelten und auf dissoziative Störungen (analog) anwendbaren Grundsätze zu prüfen.

7.4.3 Nach der Rechtsprechung liegt eine Leistungszusprache aufgrund falscher Rechtsanwendung und damit eine zweifellos rechtsfehlerhafte Verfügung vor, wenn bei der Zusprache einer Rente die bei unklaren Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage massgebliche spezifische Rechtsprechung ausser Acht gelassen wurde. Die für eine Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG vorausgesetzte zweifelloso Unrichtigkeit ist in dieser Konstellation laut einzelnen Urteilen ohne weiteres gegeben, ohne dass gefragt werden muss, ob die ursprüngliche Verfügung auch im Ergebnis, d.h. im Dispositiv zweifellos unrichtig ist (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_117/2019 vom 21. Mai 2019 E. 6.1 und 8C_525/2017 vom 30. August 2018 E. 7.2 und 7.3). Wie es sich damit verhält, kann jedoch offenbleiben, denn aufgrund der damaligen Aktenlage wäre es eindeutig nicht vertretbar gewesen, die mit BGE 130 V 352 E. 2.2.3 S. 354 f. formulierten Kriterien zu bejahen: Eine erhebliche psychiatrische Komorbidität, die nicht ihrerseits einem unklaren Beschwerdebild entsprochen hätte, wurde nicht festgestellt. Der psychiatrische Teilgutachter der Begutachtungsstelle F.____ Dr. med. U.____, hielt insbesondere auch ausdrücklich fest, eine schwere Depression, wie sie zuvor diagnostiziert worden war, liege nicht vor (vgl. IV-Nr. 26, S. 24). Chronische körperliche Begleiterkrankungen waren nicht ersichtlich. Der Diskushernie L4/5 ohne Neurokompression, welche die Arbeitsfähigkeit nicht beeinflusste, hätte in diesem Zusammenhang keine erhebliche Bedeutung beigemessen werden können. Ob im Vergleich zu den Verhältnissen vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung ein sozialer Rückzug vorlag, liess sich aufgrund der Akten nicht schlüssig beurteilen, zumal sich das damalige Gutachten kaum zu diesem Aspekt äusserte. Zur Prüfung eines sogenannten primären Krankheitsgewinns fehlten ebenfalls die entsprechenden Grundlagen. Auch von unbefriedigenden Behandlungsergebnissen trotz konsequent durchgeführter ambulanter und/oder stationärer Behandlungsbemühungen (auch mit unterschiedlichem therapeutischem Ansatz) und gescheiterten Rehabilitationsmassnahmen bei vorhandener Motivation und Eigenanstrengung der versicherten Person konnte nicht gesprochen werden. Wohl hatte

vom 8. bis 26. August 2005 ein stationärer Aufenthalt stattgefunden (vgl. IV-Nr. 16, S. 7 ff.; E. II. 6.1 hiervor), und in den Akten wird eine weitere Hospitalisation im April 2004 erwähnt; dies hätte jedoch nicht genügt, um das Kriterium zu bejahen, zumal bei der stationären Therapie noch von einer anderen Diagnose (schwere Depression, allenfalls posttraumatische Belastungsstörung) ausgegangen worden war und nicht ersichtlich ist, dass im Verlauf unterschiedliche therapeutische Ansätze verfolgt worden wären. Es wäre deshalb nicht vertretbar gewesen, auf der Basis der damaligen Informationen unter Berücksichtigung der «Foerster-Kriterien» einen Rentenanspruch zu bejahen. Der Beschwerdegegnerin ist daher zuzustimmen, wenn sie die damalige Rentenzusprache als zweifellos unrichtig im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG erachtet.

7.4.4 Die Bejahung der Wiedererwägungsvoraussetzungen hat zur Folge, dass der Rentenanspruch der Beschwerdeführerin bei Erlass der angefochtenen Verfügung vom 28. Juni 2018 frei zu prüfen ist, auch wenn ■ wovon nunmehr beide Parteien ausgehen ■ keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts und damit kein Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG vorliegt.

8. Zu prüfen bleibt, ob die Beschwerdegegnerin gestützt auf eine aktuelle Invaliditätsbemessung zu Recht weitere Rentenleistungen verweigert hat. Ihr Entscheid stützt sich auf die Annahme, der Beschwerdeführerin seien leichte bis mittelschwere, gelegentlich auch mittelschwere Tätigkeiten, die bestimmten Anforderungen entsprechen, ohne Einschränkung des Arbeitspensums von 8,5 Stunden pro Tag und ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit zuzumuten. Die Akten enthalten zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin insbesondere die folgenden Angaben:

8.1 Der Hausarzt med. pract. B.____ attestierte der Beschwerdeführerin am 28. März 2015 weiterhin eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ab 2003. Eine Arbeitsfähigkeit sei weiterhin nicht gegeben. Der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Neu aufgetreten sei eine Thyreoiditis bei Verdacht auf Autoimmunerkrankung IV-Nr. 68, S. 1 f.). Seiner Stellungnahme legte der Arzt einen Bericht des Rheumatologen Dr. med. H.____ vom 21. Februar 2015 bei; dieser erklärte, er interpretiere die sehr ausgeprägten Klagen der Versicherten in erster Linie als Fibromyalgie-Syndrom. Was den Bewegungsapparat betreffe, entsprächen die Klagen keinem pathologischen Korrelat, wenn auch alterskorrelierend gewisse Degenerationen am Bewegungsapparat bestünden. Aufgrund erhöhter Transaminasen und pathologischer Autoantikörper sei eine Autoimmunerkrankung ernsthaft in Erwägung zu ziehen, möglicherweise manifest als bereits bekannte, autoimmune Thyreoiditis und neu Autoimmunhepatitis (IV-Nr. 68, S. 3 ff.).

8.2 Prof. Dr. med. W.____, Chefarzt Radiologie am Spital C.____, hielt in seiner Beurteilung vom 30. Januar 2015 zur am Vortag erstellten Ganzkörper-Skelettszintigrafie und SPECT- bzw. SPECT-CT-Aufnahme Folgendes fest: An den Gelenken zeigten sich in der Spätphase Mehrbelegungen, die gut zu einer beginnenden Polyarthrose bzw. zu degenerativen Veränderungen passten. Es gebe keinen Hinweis auf entzündliche Veränderungen mit Hyperämie, wie sie bei einer Arthritis zu erwarten seien. Es zeige sich nur eine diskrete Weichteilbelegung in der Frühphase im Bereich von Schultern und Knien mit vermutetem Fibromyalgiesyndrom. Die Mehranreicherung im Bereich des Sternoclaviculargelenks rechts sei ebenfalls in erster Linie degenerativ bedingt (IV-Nr. 69, S. 10).

8.3 Im Bericht vom 20. März 2015 an den Hausarzt diagnostizierte Dr. med. H.____ ein Fibromyalgie-Syndrom, eine Autoimmunerkrankung sowie Degenerationen des Bewegungsapparates. In seiner Beurteilung führte er aus, die sehr ausgeprägten Klagen der Versicherten interpretiere er in erster Linie als Fibromyalgie-Syndrom. Die diagnostischen Kriterien nach der ACR (American College of rheumatology) seien klar erfüllt. Im Erleben der Versicherten sei das Fibromyalgie-Syndrom zentral vordergründig. Sie habe heute ein weiteres Mal ihre generalisierten Beschwerden in überzeichneter Form dargebracht. Der Hausarzt habe die Behandlungsmöglichkeiten in seiner Funktion längstens ausgeschöpft mit dem Fazit: Therapie-refraktär. Die momentan als stark dargestellten lumbospondylogenen Beschwerden liessen sich klinisch nicht nachvollziehen. Die Radiologie vor einem Jahr und die zuletzt szintigraphisch mit SPECT-CT erhobenen Befunde im Januar offenbarten keine relevanten pathologischen Befunde (IV-Nr. 69, S. 6 f.).

8.4 Aufgrund einer Arthro-MRI des Schultergelenks vom 10. Juli 2015 hielt Dr. med. X.____, Leitender Arzt Radiologie am Spital C.____, gleichentags Folgendes fest: «Beengung des Subakromialraumes mit diskreten Stressödem der Supraspinatussehne, jedoch ohne Hinweis auf eine höhergradige Bursitis oder Tendinitis, kein Anhalt für eine höhergradige Partialläsion. Zeichen der Insertionstendinopathie mit umschriebenen Verkalkungsformationen im Bereich der Tuberculumregion, kein Anhalt für höhergradige Omarthrose» (IV-Nr. 79.2, S. 1).

8.5 Im Protokoll zum Revisionsgespräch vom 12. Januar 2016 hielten die RAD-Ärztin Dr. med. I.____ und die zuständige Sachbearbeiterin fest, die Beschwerdeführerin habe in gutem flüssigem Schweizerdeutsch zu sprechen vermocht. Die Fragen seien direkt und auf das Thema bezogen beantwortet worden. Sie habe ein unspezifisch hinkendes Gangbild gezeigt und sei während des Gesprächs mehr auf dem Tisch gelegen als aufrecht gesessen. Eine Therapie durch einen Psychiater habe seit vielen Jahren nicht mehr stattgefunden. In den aktuellen Arztberichten seien die Diagnosen «posttraumatische Belastungsstörung» und «Konversionsneurose» nicht mehr erwähnt. Sowohl eine Konversionsstörung als auch eine posttraumatische Belastungsstörung remittierten relativ häufig. Somit stelle sich die Frage, ob sich die genannten psychiatrischen Problematiken mittlerweile zurückgebildet hätten. Bei der neuen Diagnose einer Fibromyalgie und fehlender psychiatrischer Behandlung empfehle die RAD-Ärztin ein bidisziplinäres Gutachten mit den Disziplinen Psychiatrie und Rheumatologie (IV-Nr. 73, S. 2).

8.6 Am 22. August 2016 erstellte Dr. med. J.____ das durch die Beschwerdegegnerin veranlasste psychiatrische Gutachten (IV-Nr. 78, S. 1 ff.). Er gelangte zum Ergebnis, aus psychiatrischer Sicht lasse sich keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit nennt der Gutachter die Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen (ICD-10 F68.0) und akzentuierte (histrionische) Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1).

Im Rahmen der Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung führte der Gutachter aus, anlässlich der aktuellen Untersuchung lasse sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder dissoziativer Störungen der Bewegungen und der Sinnesempfindung nicht mit Sicherheit stellen; diese könne lediglich als Differentialdiagnose in Betracht gezogen werden. Aufgrund der Beschwerden bezüglich der diagnostizierten Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten als auch in einer

alternativen Tätigkeit begründen. Es liege auch keine Verminderung der Leistungsfähigkeit vor (IV-Nr. 78, S. 15 f.).

8.7 Dr. med. K.____ verfasste am 20. September 2016 das durch die Beschwerdegegnerin angeforderte rheumatologische Gutachten (IV-Nr. 79.1, S. 1 ff.). Er stellte folgende Diagnosen (IV-Nr. 79.1, S. 23):

mit Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit

ohne Auswirkung auf Arbeitsfähigkeit

Zur Arbeitsfähigkeit hielt Dr. med. K.____ fest, die Beschwerdeführerin könne keine Schwerarbeit mehr verrichten. Leichte bis mittelschwere, gelegentlich auch mittelschwere Tätigkeit seien ihr jedoch ohne Einschränkung des Arbeitspensums und der Leistungsfähigkeit zuzumuten. Er empfahl allerdings eine zusätzliche neurologische Abklärung wegen der Gangunsicherheit.

8.8 Am 27. Juni 2016 hielten die beiden Gutachter fest, da sich aus rein psychiatrischer Sicht keine Krankheit mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostizieren lasse, könne als gemeinsame interdisziplinäre Beurteilung diejenige des rheumatologischen Gutachters uneingeschränkt übernommen werden (IV-Nr. 82).

8.9 In seiner Stellungnahme vom 6. Oktober 2016 zum bidisziplinären Gutachten führte der Hausarzt der Beschwerdeführerin, med. prakt. B.____, im Wesentlichen an, die Gutachter hätten im Grunde genommen keine neuen Erkenntnisse geliefert. Er glaube nicht, dass sich die Situation durch eine Beschwerdevalidierung gebessert habe (IV-Nr. 83).

8.10 Dr. med. L.____ verfasste am 29. März 2017 das durch die Beschwerdegegnerin am 21. Februar 2017 zusätzlich veranlasste neurologische Gutachten (IV-Nr. 92, 93, S. 1 ff.). Er gelangte zum Ergebnis, auf neurologischem Gebiet seien keine objektivierbaren Funktionsstörungen nachweisbar, und es lasse sich keine Diagnose stellen. Wie auch schon in den Vorgutachten habe sich ein inkonsistentes Beschwerdebild mit vielfältigen Klagen und abnormem Schmerzverhalten präsentiert (vgl. IV-Nr. 93, S. 10 ff.). Des Weiteren seien negative Analgetikaspiegel zu konstatieren, was gegen einen höheren, relevanten Leidensdruck durch Schmerzen spreche. Insoweit bestünden auch erhebliche Zweifel an der Authentizität der als massiv vorgetragenen Kopfschmerzen. Es verwundere auch, dass die versicherte Person bei der subjektiv als massiv geklagten polytypen Schmerzproblematik derzeit keinerlei Therapie habe und nach eigenen Angaben lediglich mit dem leichten Schmerzmittel Dafalgan behandelt werde, das jedoch nicht im Serum nachweisbar gewesen sei. Die erhobene Tagesstruktur mit Haushaltsarbeiten, Spaziergängen und Training auf dem Heimtrainer spreche ebenfalls gegen die durch den Hausarzt seit 2003 (damals lediglich leichte HWS-Distorsion ohne strukturelle Verletzungen) attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten. Bis auf ein neurologisches Teilgutachten von Dr. med. T.____ (polydisziplinäres Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006) lägen keine fachneurologischen Berichte vor. Im damaligen Gutachten sei ebenfalls keine neurologische Diagnose gestellt und auf vielfältige Inkonsistenzen in der Beschwerdedemonstration hingewiesen worden. Auf neurologischem Gebiet liege kein objektivierbarer Gesundheitsschaden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Aus rein neurologischer Sicht sei seit jeher von einer uneingeschränkten Arbeitsfähigkeit von 100 % auszugehen (IV-Nr. 93, S. 12 ff.).

9. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Anspruchsbeurteilung in erster Linie auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____. Es ist daher zu prüfen, ob diesem Gutachten Beweiswert zukommt.

9.1 Die Gutachten von Dr. med. J.____ und Dr. med. K.____ vom 22. August und 20. September 2016 beruhen auf den vollständigen Vorakten und persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 15. Juni und 12. Juli 2016. Gestützt auf die anlässlich der Explorationen gewonnenen Erkenntnisse und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den übrigen relevanten medizinischen Unterlagen sind die Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die sie in einer nachvollziehbaren Weise hergeleitet und begründet haben. Die Gutachter haben die Angaben der Beschwerdeführerin wiedergegeben und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Abweichungen von den früheren Stellungnahmen werden eingehend begründet. Die Gutachten sind in sich stimmig und enthalten keine inneren Widersprüche. Sie decken sämtliche in den Vorakten thematisierten Aspekte, die für die bidisziplinäre Beurteilung relevant sein können, ab. Die Gutachten werden damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.2 hiervoor) gerecht.

9.2 Zu prüfen ist weiter, ob das psychiatrische Gutachten auch inhaltlich als beweiskräftig anzusehen ist.

9.2.1 Der Gutachter Dr. med. J.____ hält fest, die Versicherte spreche ordentlich Deutsch. Das Gespräch habe ohne grössere Probleme in deutscher Sprache geführt werden können. Die Stimmung sei ausgeglichen gewesen. Während des Gesprächs habe die Versicherte immer wieder lächeln, einige paar wenige Male auch lachen können. Die affektive Modulationsfähigkeit und die Vitalität seien nicht eingeschränkt gewesen. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht stark auf das Schmerzerleben eingeeengt, in inhaltlicher Hinsicht unauffällig gewesen. Die Beschwerdeschilderung sei vage gewesen, verallgemeinernd, diffus und wenig fassbar. Es habe sich auch eine unübersehbare Dramatisierungstendenz erkennen lassen. Die Angaben seien inkonsistent und zum Teil widersprüchlich gewesen. Die Versicherte habe kaum präzise zeitliche Angaben machen können. Während der gesamten 1,5 Stunden dauernden Exploration hätten sich keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen und auch keine Ermüdungszeichen klinisch feststellen lassen. In psychomotorischer Hinsicht hätten sich keine pathologischen Befunde ergeben. Hinweise für einen psychotischen Prozess hätten nicht vorgelegen (IV-Nr. 78, S. 10). In seiner Beurteilung führt der Gutachter aus (IV-Nr. 78, S. 13 ff.): Anlässlich der aktuellen Untersuchung habe sich ein Schmerzsyndrom mit andauernden Schmerzen erheblicher Intensität ■ die Versicherte habe eine andauernde Schmerzintensität in einer VAS-Skala von 9 angegeben ■ im Bereiche des Kopfs, des Nackens, beider Schultern, beider Arme, beider Beine, im Rücken und generell im ganzen Körper nachweisen lassen. Den somatischen Akten könne entnommen werden, dass diese Schmerzen nicht hinreichend durch körperliche Störung erklärbar seien. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass sich keine ausgeprägteren Belastungen nachweisen liessen, insbesondere keine emotionalen Konflikte oder psychosozialen Faktoren, die schwerwiegend genug wären, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den Schmerzen zu stehen. Die psychosoziale Funktionsfähigkeit in der Beziehung mit ihrem Ehemann, ihren drei Söhnen, ihren Geschwistern, der Mutter sowie einer langjährigen Freundin sei als intakt zu beurteilen. Während der aktuellen, 1,5 Stunden dauernden Untersuchung sei die Versicherte durch eine dramatisierende Präsentation ihrer

Schmerzen aufgefallen. Sie habe das Gespräch immer wieder auf ihre Schmerzen geleitet. Zum Teil habe sie laut aufgestöhnt. Mimik und Gestik hätten immer wieder Schmerzen im Bereich der lumbo-sakralen Wirbelsäule angedeutet. Dann habe sie den Kopf auf die Lehne des Stuhls gelegt. Zeitweise habe sie aber auch völlig normal und entspannt im Stuhl sitzen können. Sie habe betont, dass sie höchstens noch 15 bis 20 Minuten sitzen oder stehen könne. Während der 1,5 Stunden dauernden Exploration sei sie jedoch lediglich einmal aufgestanden. Eine weitere, erhebliche diesbezügliche Diskrepanz habe sich dadurch ergeben, dass die Versicherte ausgeführt habe, einmal pro Jahr zusammen mit ihrem Mann in den Kosovo zu reisen, wobei sie für die Reise meist das Auto benutzen würden. Es sei in keiner Art und Weise vorstellbar, dass die Versicherte stöhnend und sich zum Teil windend vor Schmerzen, wie sie sich in der aktuellen Untersuchungssituation präsentiert habe, eine Autoreise von geschätzten etwa 18 Stunden oder mehr durchstehen könne. Darüber hinaus lasse sich eine weitere Diskrepanz insofern feststellen, als die Explorandin wegen ihrer Gangunsicherheit vom Ehemann in den Untersuchungsraum habe geführt werden müssen. Er sei sie nach der Untersuchung auch wieder abholen kommen. Andererseits habe sie berichtet, dass sie manchmal, wenn auch eher selten, allein in der Stadt [...] spazieren und in die Läden gehe. Während der aktuellen Untersuchung habe sie zudem in einer VAS-Skala eine andauernde Schmerzintensität von 9 angegeben, dies seit dem Unfall im Jahre 2003. Bis heute habe allerdings noch nie ein Rehabilitationsaufenthalt stattgefunden. Die Versicherte nehme zudem auch lediglich Dafalgan als Schmerzmittel ein, und dies auch nicht regelmässig. In all den Jahren seit dem Unfall im Jahre 2003 habe sie auch nie eine Psychotherapie gemacht. Sie habe sich nie zu einem Psychiater in Behandlung begeben. Sie habe auch nie Psychopharmaka eingenommen. Zudem hätten auch noch nie Wiedereingliederungsmassnahmen stattgefunden. Ein weiterer Widerspruch ergebe sich dadurch, dass sich die Beschwerdeführerin über andauernde und intensive Schmerzen beklage. Zu einem anderen Zeitpunkt der Anamneseerhebung habe sie dann erwähnt, dass die Energie jeweils vermindert sei, wenn sie Schmerzen habe; damit bringe sie implizit zum Ausdruck, dass sie nicht unter andauernden Schmerzen leide. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren müsse ein Aggravationsverhalten der Explorandin festgestellt werden, wobei dieses wohl weitgehend als bewusstseinsnah einzuordnen sei; ganz deutlich sei dieses beispielsweise zum Ausdruck gekommen, als sie problemlos habe angeben können, wie viele Geschwister sie habe, nämlich sechs, und wo ihre Geschwister wohnten. Andererseits habe sie auf die Frage, wie viele Kinder sie habe, studieren müssen, dann an ihren Fingern abgezählt und schliesslich gesagt: drei. Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch lasse sich insgesamt kein erheblicher Leidensdruck feststellen. Unter Berücksichtigung aller Faktoren, insbesondere auch des bisherigen Verlaufs, sei in diagnostischer Hinsicht von der Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen auszugehen. Insgesamt sei von einem aufmerksamkeitsuchenden, histrionischen Verhalten auszugehen. Differentialdiagnostisch sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung oder eine dissoziative Störung der Bewegung und der Sinnesempfindung in Betracht zu ziehen. Die Kriterien hierfür seien jedoch insgesamt als nicht erfüllt zu betrachten, unter anderem deswegen nicht, weil sich keine Belastungen nachweisen liessen. Des Weiteren liessen sich anamnestisch die Symptome der schmerzbedingten Durchschlafstörung, der häufigen Müdigkeit, der zeitweise verminderten Energie, der Lärmunverträglichkeit, der oft traurigen Stimmung, der Vergesslichkeit, der verminderten Konzentrationsfähigkeit sowie des manchmal auftretenden Gefühls einer allgemeinen Sinnlosigkeit eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer

depressiven Episode notwendigen Kriterien nicht; insbesondere liessen sich keine andauernd bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung und auch keine andauernde verminderte Energie sowie keine Freud- oder Interesselosigkeit nachweisen. In der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung zudem ausgeglichen gewesen. Die Versicherte habe immer wieder lächeln, einige wenige Male auch verhalten lachen können. Zu keinem Zeitpunkt der Exploration habe sich eine bedrückt-traurige oder gereizt-aggressive Stimmung nachweisen lassen. Auch eine subjektiv geklagte verminderte Konzentrationsfähigkeit oder eine Müdigkeit hätten sich klinisch nicht feststellen lassen. Unter Berücksichtigung dieser Faktoren könne die Diagnose einer Depression nicht objektiviert werden. Auch die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung könne nicht gestellt werden. Die Kriterien hierfür seien als nicht erfüllt zu betrachten; insbesondere liessen sich keine Intrusionen nachweisen, auch kein Vermeidungsverhalten. Die Explorandin fahre zwar nicht mehr selber, doch als MitfahrerIn nach wie vor Auto. Eine schwerwiegende psychiatrische oder somatische Diagnose lasse sich nicht nachweisen. Die Versicherte leide ihren eigenen Angaben zufolge zwar an einer Hypothyreose; diese werde medikamentös jedoch substituiert. Während der aktuellen Untersuchung sei sie durch eine ausgeprägte histrionische Ausgestaltungstendenz ihrer Beschwerden aufgefallen; diesbezüglich sei in diagnostischer Sicht von akzentuierten, histrionischen Persönlichkeitszügen auszugehen. Sozial sei die Versicherte in der Beziehung mit ihrem Ehemann, ihren drei Söhnen, ihren Geschwistern, der Mutter sowie Verwandten des Ehemanns und auch einer langjährigen Freundin gut eingebettet. In diesem Kontext lasse sich eine weitere Widersprüchlichkeit respektive bewusstseinsnahe Aggravationstendenz feststellen: Die Versicherte habe auf mehrmaliges Befragen hin betont, dass sie keine Freundin habe. Den fremdanamnistischen Angaben des Ehemanns sei jedoch zu entnehmen, dass sie von ihrer langjährigen, ebenfalls aus [] stammenden Freundin regelmässig besucht werde. Insgesamt führe die Versicherte, ihren eigenen Angaben zufolge, einen ausgeprägt passiven Lebensstil. Aus ihrem Leiden scheine sie insofern einen erheblichen sekundären Krankheitsgewinn zu ziehen, als sie von ihren Angehörigen geschont und unterstützt werde. Ihren eigenen Angaben zufolge beteilige sie sich offenbar nur marginal an den Haushaltarbeiten. Bei dieser passiven Lebensgestaltung handle es sich jedoch nicht um den Ausdruck einer psychiatrischen Krankheit mit Krankheitswert. In Übereinstimmung mit der passiven Lebensgestaltung stehe auch die Selbsteinschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die Explorandin. Ihrer Ansicht nach sei sie wegen ihrer Schmerzen zu keiner Tätigkeit mehr fähig (IV-Nr. 78, S. 13 ff.).

9.2.2 Im Rahmen der Diskussion und versicherungsmedizinischen Würdigung führt der Gutachter aus, im Vergleich mit den Befunden des psychiatrischen Teilgutachtens vom Jahr 2006 bis heute sei es zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen. Die damaligen Gutachter hätten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgestellt. Allerdings sei damals keine Beschwerdevalidierung erfolgt. Auch anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung seien keine Symptomvalidisierungstests durchgeführt worden; dies dürfte die Diskrepanz in diagnostischer Hinsicht und auch hinsichtlich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit weitgehend erklären. Aufgrund der in dieser Hinsicht unpräzisen Angaben der Explorandin und des Fehlens von psychiatrischen Akten im Verlauf liessen sich bezüglich des Zeitpunkts einer Verbesserung der Arbeitsfähigkeit keine verlässlichen Aussagen machen. Die aktuelle Einschätzung der Arbeitsfähigkeit habe demzufolge ab dem Untersuchungsdatum (12. Juli 2016) Gültigkeit. Aufgrund der während der aktuellen Untersuchung festzustellenden Inkonsistenzen und Widersprüchlichkeiten in den Angaben

der Explorandin, aber auch einer erheblichen histrionischen Ausgestaltungstendenz der Beschwerden sowie festzustellender, zum Teil erheblicher Diskrepanzen zwischen den Angaben der Explorandin und den während der aktuellen Untersuchung erhobenen Befunden, liessen sich betreffend Ressourcen, Copingstrategien und Fähigkeiten, gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP, keine verlässlichen Aussagen machen (IV-Nr. 78, S. 15 f.).

9.2.3 Zum Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006 führt Dr. med. J.____ aus, im psychiatrischen Teilgutachten würden keine Belastungen beschrieben, die in einem Zusammenhang mit den diagnostizierten dissoziativen Störungen stehen könnten. Im psychiatrischen Teilgutachten sei eine vermutlich längere, wohlwollende Therapie als therapeutische Massnahme empfohlen worden. Die Versicherte habe jedoch bis heute keine Psychotherapie gemacht und weder einen Psychiater oder Psychotherapeuten aufgesucht noch Psychopharmaka eingenommen. Darüber hinaus hätten bis heute auch keine stationären Rehabilitationen stattgefunden. Wie bereits erwähnt, sei der behandlungsanamnestiche Leidensdruck als nicht sehr erheblich zu beurteilen. Weitere psychiatrische Berichte lägen seit diesem Gutachten aus dem Jahr 2006 nicht vor, da sich die Beschwerdeführerin seither nie psychiatrisch habe behandeln lassen. Zuvor habe sie sich vom 8. bis 26. August 2005 in stationärer Behandlung in der Psychosomatik E.____ befunden. Gemäss Austrittsbericht vom 21. September 2005 sei eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden. Diese Diagnose könne aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde nicht bestätigt werden. Darüber hinaus seien auch eine schwere Depression und ein Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert worden. Während der aktuellen Untersuchung könne keine Depression mehr diagnostiziert werden. Im Vergleich mit den Befunden des Austrittsberichts sei es bis heute zu einer deutlichen Verbesserung gekommen; insbesondere liessen sich in der aktuellen Untersuchung kein verlangsamter Gedankengang, kein gehemmter Affekt, keine deprimierte Grundstimmung und auch kein verminderter Antrieb mehr feststellen. Des Weiteren liege ein Abklärungsbericht der Psychologin lic. phil. Y.____ vom 14. Juli 2005 (vgl. IV-Nr. 40.4 S. 51 f.) vor. Darin würden eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung und gewisse Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung diagnostiziert; diesbezüglich sei bereits Stellung bezogen worden. Was die Stellungnahme zur Selbstbeurteilung der Arbeitsfähigkeit durch die Explorandin anbelange, gehe diese davon aus, dass sie wegen ihrer Schmerzen zu keiner Tätigkeit mehr fähig sei. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde lasse sich aus psychiatrischer Sicht jedoch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Aufgrund der aktuellen Untersuchung seien aus psychiatrischer Sicht weder eine Psychotherapie noch eine psychopharmakologische Behandlung zwingend indiziert (IV-Nr. 78, S. 16 f.).

9.2.4 Die detaillierten Ausführungen basieren auf vollständigen Grundlagen, umfassen alle potenziell relevanten Aspekte und sind in allen Punkten plausibel. Das psychiatrische Gutachten vom 22. August 2016 bildet damit auch inhaltlich eine geeignete Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

9.2.5 Zu prüfen bleibt, ob Umstände bestehen, die den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens erschüttern. Die Beschwerdeführerin bringt diesbezüglich vor, die Beurteilung durch Dr. med. J.____ beruhe auf falschen Tatsachen bzw. von ihm vorgenommenen Interpretationen. So könne es nicht angehen, wenn der Gutachter aufgrund der Aussage der Beschwerdeführerin, sie sei mit dem Auto in den Kosovo gefahren, von einer Aggravation

ausgehe, zumal er sie nicht danach gefragt habe, wie sie denn diese Fahrt überstehe. Nicht überzeugend sei auch seine Argumentation in Bezug auf die Medikation und ihre angeblich widersprüchlichen Aussagen zu den Schmerzen.

Diese Vorbringen vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht infrage zu stellen: Es leuchtet ein, dass sich das in der Begutachtung gezeigte Verhalten der Beschwerdeführerin nicht mit einer derart langen Autofahrt wie derjenigen in den Kosovo vereinbaren lässt. Die Feststellung, die Beschwerdeführerin nehme lediglich Dafalgan als Schmerzmittel ein, stimmt mit ihrer eigenen Aussage gegenüber dem Gutachter überein (vgl. IV-Nr. 78, S. 6). Der Zusatz, sie nehme auch Dafalgan nicht regelmässig, steht nicht im Widerspruch zu ihrer Schilderung (drei bis vier Wochen Einnahme, dann eine Woche Pause). In diesem Zusammenhang ist auch zu erwähnen, dass im Rahmen der Labordiagnostik, die anlässlich der späteren neurologischen Begutachtung durch Dr. med. L.____ veranlasst wurde, das mit 6 - 8 Tabletten täglich angegebene Dafalgan nicht nachweisbar war (vgl. IV-Nr. 93, S. 12; E. II. 8.10 hiervor), was die These, das Medikament werde nicht regelmässig eingenommen, zusätzlich stützt. Die gutachterliche Feststellung, die Beschwerdeführerin habe noch nie Psychopharmaka eingenommen, entspricht ebenfalls ihrer eigenen im Gutachten wiedergegebenen Aussage (vgl. IV-Nr. 78, S. 9). Vor diesem Hintergrund ist nicht entscheidend, ob sie, wie im Austrittsbericht des D.____ vom 21. September 2005 (also mehr als 10 Jahre früher) festgehalten wird, damals beim Austritt das Medikament Efexor eingenommen hat (vgl. IV-Nr. 19.3, S. 3). Jedenfalls lässt sich mit dem Gutachter eine ins Gewicht fallende, systematische und zielgerichtete Behandlung mit Psychopharmaka ausschliessen, zumal bereits im Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006, welches auf Untersuchungen von Mitte Februar 2006 basiert, festgehalten wird, die Beschwerdeführerin nehme zurzeit keine Medikamente (IV-Nr. 26, S. 9), und diese, wie erwähnt, selbst angab, sie habe nie Psychopharmaka genommen. Die weiter beanstandete Bemerkung des Gutachters, wenn die Beschwerdeführerin erkläre, ihre Energie sei vermindert, wenn sie Schmerzen habe, zeige dies, dass sie nicht immer Schmerzen habe, mag für sich allein genommen als nicht in jedem Fall zwingend erscheinen, ist aber im Gesamtzusammenhang nachvollziehbar. Insgesamt betrachtet vermögen die Überlegungen des Gutachters daher auch unter Berücksichtigung der Einwände der Beschwerdeführerin zu überzeugen. Auch der Umstand, dass das psychiatrische Teilgutachten auf einer Untersuchung vom 12. Juli 2016 basiert und die angefochtene Verfügung knapp zwei Jahre später erlassen wurde, schmälert den Beweiswert des Gutachtens nicht, da keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass sich der Sachverhalt in der Zwischenzeit erheblich verändert hätte. So steht die Beschwerdeführerin, soweit bekannt, nach wie vor nicht in einer psychiatrischen Behandlung.

Die Berichte des Hausarztes med. prakt. B.____ vom 28. März 2015 (IV-Nr. 68) und 6. Oktober 2016 (IV-Nr. 83) stehen der Beweiskraft des Administrativgutachtens ebenfalls nicht entgegen, da sie nicht von einem Facharzt der Psychiatrie stammen und nicht näher begründet sind. Med. pract. B.____ sah sich offenbar auch seit langer Zeit nicht mehr veranlasst, eine psychiatrische Behandlung in die Wege zu leiten.

9.2.6 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. J.____ erweist sich somit in allen Punkten als beweiswertig. Es lässt sich nicht beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin bei ihrer Beurteilung darauf abgestellt hat.

9.3 Zu prüfen bleibt, ob auch das rheumatologische Teilgutachten inhaltlich beweiswertig ist.

9.3.1 Der Gutachter Dr. med. K.____ nimmt zunächst eine ausführliche Zusammenfassung der Unterlagen vor, die für die rheumatologische Beurteilung relevant sein könnten. Es folgen die Anamnese und die Ergebnisse der Untersuchung vom 15. Juni 2016. Auf dieser Basis stellt der Gutachter die Diagnosen (vgl. E. II. 8.7 hiervor) und nimmt seine Beurteilung vor. Er befasst sich mit der in den Vorakten genannten Diagnose einer Fibromyalgie (IV-Nr. 79.1, S. 26 f.; vgl. E. II. 9.3.2 hiernach). Bei der klinischen Untersuchung habe er, abgesehen von beginnenden Arthrosen an den Fingerendgelenken II und III rechts, unauffällige periphere Gelenke gefunden. An der Wirbelsäule habe er zumindest keine Zeichen für eine Nervenwurzelkompression feststellen können. Die radiologischen Untersuchungen, die erfolgt seien, als die Beschwerdeführerin schon lange an ausgeprägten generalisierten Schmerzen gelitten habe, zeigten keine wesentlich ausgeprägten Veränderungen. Die CT der unteren BWS, LWS und des ISG vom 2. Januar 2014 zeige als einzigen auffälligen Befund eine leicht degenerierte Bandscheibe L4/5. In der Skelettszintigraphie/SPECT/SPECT-CT vom 29. Januar 2015 (vgl. IV-Nr. 69, S. 10 f.) wie auch in der Arthro-MRI des Schultergelenks vom 10. Juli 2015 (vgl. IV-Nr. 79.2, S. 1 f.) seien degenerative Veränderungen dargestellt worden, die im Alter von über 50 Jahren häufig und nur bei entsprechender Klinik relevant seien. Er, Dr. med. K.____, teile die Meinung von Dr. med. H.____ in dessen Bericht vom 21. Februar 2015 (vgl. IV-Nr. 68S. 5): «Was den Bewegungsapparat betrifft, entsprechen die Klagen keinem pathologischen Korrelat. Es bestehen sicher alterskorrelierend gewisse Degenerationen am Bewegungsapparat, von einem primären Degenerationsprozess ist auszugehen. Damit verbunden sind gewisse Beschwerden denkbar, in der von der Patientin beklagten Ausprägung der Beeinträchtigungen keines Falls begründbar». Aus rein rheumatologischer Sicht sei die Prognose günstig, es bestünden ja höchstens beginnende bis mässig degenerative Veränderungen, was im Alter von über 50 Jahren die Regel sei (IV-Nr. 79.1 S. 27 f.)

9.3.2 Zur vom behandelnden Rheumatologen Dr. med. H.____ gestellten Diagnose «Fibromyalgie» (vgl. E. II. 8.3 hiervor) führt der Gutachter Folgendes aus (IV-Nr. 79.1, S. 26 f.): Die Beschwerdeführerin habe über stark ausgeprägte Schmerzen am ganzen Körper geklagt, tagsüber und nachts von derselben Intensität, wobei die Schulter-Armschmerzen nach wie vor rechtsbetont und die LWS-Becken- und Beinschmerzen rechtsbetont seien. Sie habe sich bei ihm nicht im Stande gefühlt, die Schmerzintensität zu schätzen, bei Dr. med. J.____ aber eine 9 auf der VAS angegeben. Diese Schmerzen seien von einer deutlichen Symptomschwere, einer Schlafstörung, laut Angaben im Gutachten von Dr. med. J.____ einer schmerzbedingten Durchschlafstörung, oft Müdigkeit und Vergesslichkeit begleitet. Somit erfülle die Versicherte die Fibromyalgie-Kriterien der amerikanischen Gesellschaft für Rheumatologie unter der Voraussetzung, dass die Schmerzen nicht durch eine somatische Erkrankung hinreichend erklärbar seien. Voraussetzung für die Diagnose «Fibromyalgie» sei aber auch, dass es keine Inkonsistenzen zwischen den subjektiven Beschwerden und den weiteren anamnestischen Angaben gebe. Hier sei Dr. med. J.____ auf einen wichtigen Punkt gestossen. Angeblich habe die Versicherte mit dem Auto in ihr Heimatland verreisen können; dies kontrastiere sehr mit den angegebenen Schmerzen mit deswegen nur kurzer Sitzdauer. Erstaunlicherweise habe die Versicherte auch nach [...] fahren können, ohne einen Halt zu machen. Gar nicht erklärbar sei auch das positive Waddell-Scheinmanöver (bei leichtem Druck auf den Kopf habe die Beschwerdeführerin Schmerzen den Nacken hinunter bis in die Lendenwirbelsäule und im Beckenbereich angegeben). Über signifikant

positive Waddell-Zeichen sei bereits in der Beurteilung im Bericht des Spitals C.____ vom 18. Februar 2004 berichtet worden. Ungewöhnlich sei auch, dass die Versicherte an der Stirn besonders druckdolent gewesen sei, dies im Vergleich zur Kieferregion. Bei der Fibromyalgie finde man in der Regel ein typisches Verteilungsmuster der intensiveren Schmerzregionen, weswegen früher ja auch diese sogenannten Tenderpoints bei der Diagnosestellung Fibromyalgie von Bedeutung gewesen seien. Weiter hält Dr. med. K.____ fest, wie schon Dr. med. S.____ im Vorgutachten (von 2006) beschrieben habe, habe sich die Untersuchung wegen erheblichem Widerstand bei der Bewegungsprüfung sehr schwierig gestaltet. Er vermute, dass die Versicherte auch schlecht kooperiert habe, möchte dies aber im Gegensatz zum Vorgutachter nicht behaupten. Die Beschwerdeführerin habe jedoch ein Schmerzgebaren präsentiert, wie er dies selten gesehen habe. Bei dieser Situation sei es schwierig, eine Somatose sicher auszuschliessen. Dennoch sei er der Meinung, dass bei der Beschwerdeführerin zumindest keine wesentlichen, über das Alter hinausgehenden Pathologien am Bewegungsapparat bestünden.

9.3.3 In den Antworten auf die ihm unterbreiteten Fragen führt der Gutachter Folgendes aus: Die Versicherte leide an einer chronischen Schmerzstörung, die bereits am 14. März 2003 und somit vor der HWS-Distorsion vom 27. Oktober 2003 diagnostiziert worden sei. Über die Jahre hätten sich keine relevanten somatischen Befunde entwickelt. Bei der HWS-Distorsion vom 27. Oktober 2003 hätten keine strukturellen Veränderungen festgestellt werden können (MRI vom 12. Dezember 2003). Die rheumatologischen Untersuchungen hätten keine wesentlichen pathologischen Befunde gezeigt. Neu bestehe seit Februar 2015 der Verdacht auf eine Autoimmunerkrankung; diese sei nach völligem Nichtansprechen der Schmerzen auf eine antientzündliche Behandlung im Februar 2015 unwahrscheinlich, sollte jedoch rheumatologisch durch Kontrollen in lockeren Abständen im Auge behalten werden. Klinisch bestehe aktuell nicht der Verdacht auf eine entzündliche Systemkrankheit, sondern die Angabe von Tag und Nacht andauernden Ganzkörperschmerzen von sehr hoher Intensität, was typisch für Schmerzen nicht organischer Genese sei. Wie der psychiatrische Gutachter Dr. med. J.____ beobachtet habe, gebe es Diskrepanzen. Als Nichtneurologe fühle er, Dr. med. K.____, sich nicht im Stande, eine Erkrankung des zentralen Nervensystems (ZNS) auszuschliessen. Was das Rheumatologische anbelange, finde er in Anbetracht des Alters keine schwerwiegenden Veränderungen. Die Diagnosen Thyreoiditis und Hypothyreose, Mangel an Vitamin D3 und Eisenmangel könnten zwar zu schweren Veränderungen führen, seien aber, da behandelbar, unproblematisch (IV-Nr. 79.1, S. 29 ff.). Diese Ausführungen sind plausibel und einleuchtend. Sie lassen sich auch mit den Vorakten, namentlich den bildgebenden Aufnahmen und den Feststellungen von Dr. med. H.____ (vgl. E. II. 8.3 und 9.3.1 hiervor; zur von diesem Arzt angenommenen Fibromyalgie vgl. E. II. 9.3.2 hiervor), vereinbaren.

9.3.4 Zur Arbeitsfähigkeit legt der rheumatologische Gutachter dar, die Versicherte habe keinen Beruf erlernt. Laut den Angaben im Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 27. April 2006 habe sie seit 2003 nicht mehr gearbeitet. Sie habe mehrere Jahre in einem Altersheim gearbeitet und später während einigen Jahren in einer Fabrik Telefonapparate montiert. Zuletzt habe sie mehrere Jahre bei einer älteren Frau als Haushälterin gearbeitet. Alle diese Arbeiten wären aus rheumatologischer Sicht auch heute noch grundsätzlich zumutbar. Da bei diesen Tätigkeiten im einzelnen Fall wahrscheinlich unterschiedliche Anforderungen an den Bewegungsapparat verlangt würden, beschreibe er, Dr. med. K.____, das Belastungsprofil wie folgt: Die Versicherte könne seit Jahren keine Schwerarbeit mehr

verrichten. Leichte bis mittelschwere und gelegentlich auch mittelschwere Tätigkeiten seien ihr jedoch ohne Einschränkung des Arbeitspensums von 8,5 Stunden pro Tag und ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit zuzumuten. Wegen der beginnenden Arthrosen an den tragenden Gelenken (Hüfte, Knie und Füsse) seien für die Versicherte überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Arbeiten auf unebenem Gelände sollten vermieden werden. Wegen der beginnenden Arthrosen, vor allen jenen in den Daumensattelgelenken, sollte sie nur noch leichte Handarbeiten machen. Monoton repetitive Handarbeiten seien ihr nicht mehr zuzumuten. Wegen der Periarthropathie an den Schultergelenken sollten womöglich keine Arbeiten über Schulterhöhe verlangt werden (IV-Nr. 79.1, S. 35). Diese schlüssige, nachvollziehbar hergeleitete Einschätzung bildet grundsätzlich eine geeignete Grundlage für die Anspruchsbeurteilung.

9.3.5 Die Beschwerdeführerin lässt rügen, es sei nicht zulässig, dass Dr. med. K.____ eine Fibromyalgie gestützt auf die von Dr. med. J.____ behaupteten Widersprüchlichkeiten ausschliesse, denn diese bestünden nicht. Dieser Auffassung kann jedoch nicht gefolgt werden; wie dargelegt, vermag die Argumentation des psychiatrischen Teilgutachters zu überzeugen (vgl. E. II. 9.2.5 hiervor). Es lässt sich daher nicht beanstanden, dass sie durch den rheumatologischen Teilgutachter übernommen wurde. Wenn der Gutachter ausführt, ein sicherer Ausschluss einer Somatose sei schwierig (vgl. E. II. 9.3.2 hiervor am Ende), bedeutet dies nicht, dass keine abschliessende Beurteilung vorläge, denn es wird deutlich, dass er eine Fibromyalgie nicht für gegeben hält. Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor, es sei schlicht aktenwidrig, wenn Dr. med. K.____ ausführe, es hätten noch nie stationäre Rehabilitationsbehandlungen stattgefunden (vgl. IV-Nr. 79.1, S. 33). Es trifft zu, dass die Beschwerdeführerin nach Lage der Akten vom 22. März bis 10. April 2004 stationär im Rehabilitationszentrum des C.____ behandelt wurde, dies im Zusammenhang mit der HWS-Distorsion, die sie am 27. Oktober 2003 erlitten hatte (vgl. IV-Nr. 7.5, S. 1 f.). Weiter hielt sie sich vom 8. bis 26. August 2005 stationär im D.____, Psychosomatik E.____, auf (vgl. IV-Nr. 16, S. 7 ff.). Dieser Umstand ist aber nicht geeignet, die Beweiskraft des rheumatologischen Gutachtens zu schmälern, weil es sich um sehr weit zurückliegende, vergleichsweise kurze Aufenthalte handelte, vor allem aber, weil sie für das Ergebnis der rheumatologischen Begutachtung durch Dr. med. K.____ in keiner Weise relevant waren. Dessen Beurteilung wird daher durch die erhobenen Einwände nicht in Frage gestellt. Auch aus den übrigen medizinischen Unterlagen ergibt sich kein Anlass für relevante Zweifel, denn der Gutachter hat sich mit allen ihm vorliegenden Stellungnahmen überzeugend auseinandergesetzt. Zudem wurden nach der Erstattung des Gutachtens keine Feststellungen mehr aktenkundig, die eine abweichende Beurteilung nahelegen würden.

9.3.6 Zusammenfassend ist auch das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. K.____ als voll beweiskräftig anzusehen.

9.4 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. K.____ brachte insofern einen Vorbehalt an, als er erklärte, er sei als Nichtneurologe ausser Stande, eine Pathologie des zentralen Nervensystems auszuschliessen, welche allenfalls den von der Beschwerdeführerin gezeigten schwankenden Gang erklären könnte. Er überlasse es der Beschwerdegegnerin, die nötigen Schritte zu veranlassen (IV-Nr. 79.1, S. 30). Die Beschwerdegegnerin veranlasste daraufhin die neurologische Abklärung durch Dr. med. L.____; dieser gelangte in seinem Gutachten vom 29. März 2017, übereinstimmend mit dem neurologischen Teilgutachten, das Dr. med. T.____ im Jahr 2006 für die Begutachtungsstelle F.____ verfasst hatte (vgl. E. II. 7.1.3 hiervor), zum Ergebnis, es lasse sich keine neurologische Diagnose

stellen. Die Beweiskraft dieses Gutachtens, dem keine anderslautenden Stellungnahmen gegenüberstehen, wird zu Recht nicht bestritten.

9.5 Nicht zu überzeugen vermag auch das Argument der Beschwerdeführerin, auf die Gutachten von Dr. med. J. ___ vom 22. August 2016 und von Dr. med. K. ___ vom 20. September 2016 könne nicht abgestützt werden, weil sie nicht mehr aktuell seien. Der Zeitraum von knapp zwei Jahren, der zwischen den gutachterlichen Untersuchungen und dem Erlass der Verfügung vom 28. Juni 2018 liegt, rechtfertigt für sich allein genommen nicht den Schluss, die Gutachten seien veraltet. Anders verhielte es sich nur, wenn Anhaltspunkte dafür bestünden, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nach den Begutachtungen erheblich verändert hätte; solches wurde zwar im Einwandschreiben vom 16. August 2017 (IV-Nr. 100) geltend gemacht, aber weder damals noch später näher begründet oder konkretisiert. Es liegen auch keine medizinischen Berichte vor, die auf eine konkrete, erhebliche Verschlechterung hindeuten würden. Es besteht daher auch unter diesem Aspekt kein Anlass, von den Ergebnissen der Begutachtung abzuweichen oder diese infrage zu stellen.

9.6 Zusammenfassend ist festzustellen, dass die von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwände, die Berichte des Hausarztes und die übrige Aktenlage die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen vermögen. Weitere medizinische Abklärungen sind nicht erforderlich, da eine taugliche Beurteilungsgrundlage vorliegt. Für die Anspruchsprüfung ist für den hier relevanten Zeitpunkt davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in einer geeigneten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig ist. Dabei gilt das folgende, vom rheumatologischen Gutachter Dr. med. K. ___ formulierte Zumutbarkeitsprofil (vgl. IV-Nr. 79.1, S. 35): Möglich sind leichte bis mittelschwere, gelegentlich auch mittelschwere Tätigkeiten. Wegen der beginnenden Arthrosen an den tragenden Gelenken (Hüfte, Knie und Füße) sind überwiegend stehende oder gehende Tätigkeiten nicht mehr zumutbar. Auch Arbeiten auf unebenem Gelände sollten vermieden werden. Wegen der beginnenden Arthrosen vor allem in den Daumensattelgelenken sollte die Beschwerdeführerin nur noch leichte Handarbeiten machen; monoton repetitive Handarbeiten sind nicht mehr zumutbar. Wegen der Periarthropathie an den Schultergelenken sollten womöglich keine Arbeiten über Schulterhöhe verlangt werden.

E. 9

Juli 2019 wird beiden Parteien Gelegenheit gegeben, sich zu einer allfälligen Aufhebung der Invalidenrente mit der substituierten Begründung im Sinne von lit. a Abs. 1 der Schlussbestimmungen der Änderung vom 18. März 2011 des IVG zu äussern (A.S. 46). Die Beschwerdegegnerin beantragt am 4. September 2019, die Beschwerde sei in jedem Fall abzuweisen (A.S. 53). Die Beschwerdeführerin lässt am 11. Oktober 2019 erklären, an den gestellten Rechtsbegehren werde vollumfänglich festgehalten (A.S. 58 ff.).

Auf die Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1.

1.1 Die Beschwerde ist rechtzeitig erhoben worden und erfüllt die formellen Voraussetzungen. Das angerufene Gericht ist sachlich, örtlich und funktionell zuständig.

Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Das Sozialversicherungsgericht beurteilt die Gesetzmässigkeit der angefochtenen Verfügung in der Regel nach dem Sachverhalt, der zur Zeit seines Erlasses gegeben war. Tatsachen, die jenen Sachverhalt seither verändert haben, sollen im Normalfall Gegenstand einer neuen Verwaltungsverfügung sein (BGE 130 V 140 E. 2.1, 121 V 366 E. 1b mit Hinweis). Die angefochtene Verfügung vom 28. Juni 2018 bestimmt demnach das Ende des Prüfungszeitraums.

1.3 Die Verfügung vom 28. Juni 2018 wurde dem Vertreter der Beschwerdeführerin am 2. Juli 2018 eröffnet (A.S. 7). Die darin vorgesehene Aufhebung der laufenden ganzen Rente erfolgt also gemäss dem Dispositiv der Verfügung per Ende August 2018. Strittig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin über dieses Datum hinaus Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung hat.

2.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Gemäss Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]) besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, und auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Läuft noch keine Rente, ist der Einkommensvergleich auf den Zeitpunkt des (allfälligen) Rentenbeginns zu beziehen (BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2 S. 223 f., 128 V 174). Steht die Anpassung einer laufenden Rente zur Diskussion, ist der Zeitpunkt der Erhöhung, Herabsetzung oder Aufhebung massgebend (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011, E. 7.2.1). Validen- und Invalideneinkommen sind auf zeitidentischer Grundlage zu erheben, und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserslass sind zu berücksichtigen (BGE 129 V 222 E. 4.1 und 4.2 S. 223 f.).

3.

3.1 Nach Art. 53 Abs. 2 ATSG kann der Versicherungsträger auf formell rechtskräftige Verfügungen oder Einspracheentscheide zurückkommen, wenn die ursprüngliche Rentenzusprache nach damaliger Sach- und Rechtslage zweifellos unrichtig war (vgl. BGE 140 V 77 E. 3.1 S. 79 f., 123 V 383 E. 3 S. 389 f.) und ■ was auf periodische Dauerleistungen der Invalidenversicherung regelmässig zutrifft (vgl. BGE 119 V 475 E. 1c S. 480) ■ ihre Berichtigung von erheblicher Bedeutung ist. Unter diesen Voraussetzungen kann die Verwaltung eine Rentenverfügung auch dann abändern, wenn die Voraussetzungen für eine Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG nicht erfüllt sind.

3.2 Das Erfordernis der zweifellosen Unrichtigkeit ist in der Regel erfüllt, wenn eine Leistungszusprache aufgrund falsch oder unzutreffend verstandener Rechtsregeln erfolgt ist oder wenn massgebliche Bestimmungen nicht oder unrichtig angewandt worden sind. Anders verhält es sich, wenn der Wiedererwägungsgrund im Bereich materieller Anspruchsvoraussetzungen liegt, deren Beurteilung notwendigerweise Ermessenszüge aufweist. Erscheint die Beurteilung einzelner Schritte bei der Feststellung solcher Anspruchsvoraussetzungen (Invaliditätsbemessung, Arbeitsunfähigkeitsschätzung, Beweiswürdigung, Zumutbarkeitsfragen) vor dem Hintergrund der Sach- und Rechtslage, wie sie sich im Zeitpunkt der rechtskräftigen Leistungszusprechung darboten, als vertretbar, scheidet die Annahme zweifelloser Unrichtigkeit aus. Zweifellos ist die Unrichtigkeit, wenn kein vernünftiger Zweifel daran möglich ist, dass die Verfügung unrichtig war. Es ist nur ein einziger Schluss ■ derjenige auf die Unrichtigkeit der Verfügung ■ denkbar (vgl. BGE 141 V 405 E. 5.2 S. 414 f., 138 V 324 E. 3.3 S. 328). Die Wiedererwägung im Sinne von Art. 53 Abs. 2 ATSG dient der Korrektur einer anfänglich unrichtigen Rechtsanwendung einschliesslich unrichtiger Feststellung im Sinne der Würdigung des Sachverhalts, insbesondere einer klaren Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Urteil des Bundesgerichts 9C_394/2019 vom 27. August 2019 E. 3.2).

3.3 Die Herabsetzung einer Rente der Invalidenversicherung erfolgt frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an (Art. 88bis Abs. 2 lit. a IVV).

4.

4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_701/2018 vom 28. Februar 2019 E.

E. 10

10.1 Die Beschwerdegegnerin hat keinen konkreten Einkommensvergleich vorgenommen, weil sie zum Ergebnis gelangte, das genannte Anforderungsprofil lasse die Ausübung der angestammten Tätigkeit als Krankenbetreuerin in vollem Umfang zu; dem ist beizupflichten. Wie sich aus dem Folgenden ergibt, würde aber auch dann kein

rentenbegründender Invaliditätsgrad resultieren, wenn man davon ausginge, die gutachterlich festgestellte Arbeitsfähigkeit lasse sich nur in einer Verweistätigkeit verwerten und das Invalideneinkommen müsse daher gestützt auf statistische Werte ermittelt werden.

10.2 Zur Bestimmung des Valideneinkommen ist, der allgemeinen Regel folgend (vgl. BGE 129 V 222 E. 4.3.1 S. 224), vom zuletzt erzielten Erwerbseinkommen auszugehen. Laut dem Arbeitgeberbericht vom 8. September 2004 (IV-Nr. 8) erzielte die Beschwerdeführerin in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreuerin einer älteren Person (Alzheimerpatientin) im Jahr 2003 einen Bruttoverdienst von CHF 49'036.00. Wird dieser Betrag der allgemeinen Nominallohnentwicklung von 2003 (Index Frauen [Basis 1939] = 2334) bis 2018 (Index Frauen [Basis 1939] = 2737) angepasst, resultiert ein Valideneinkommen von CHF 57'503.00 pro Jahr.

10.3 Das Invalideneinkommen muss im Rahmen dieser Eventualbegründung (Unzumutbarkeit des bisherigen Berufs) gestützt auf die Werte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) bestimmt werden. Heranzuziehen ist der Totalwert der Tabelle TA1 (vgl. BGE 129 V 472 E. 4.3.2 S. 484). Der Medianlohn der im privaten Sektor im Kompetenzniveau 1 beschäftigten Frauen belief sich gemäss der LSE 2016 auf CHF 4'363.00. Wird dieser Wert von 40 auf die durchschnittliche betriebsübliche Wochenarbeitszeit von 41,7 Stunden hochgerechnet und an die Nominallohnentwicklung von 2016 (Index Frauen [Basis 2010] = 105.0) auf 2018 (Index Frauen [Basis 2010] = 105,9) angepasst, resultiert als Ausgangswert ein Jahresverdienst von CHF 55'049.00. Unter Berücksichtigung eines Abzugs vom Tabellenwert von 10 % (ein höherer Abzug liesse sich mit Blick auf die Umstände und die geltende Praxis nicht begründen) beläuft sich das Invalideneinkommen auf CHF 49'544.00. Der Invaliditätsgrad beträgt 14 %; dieser begründet keinen Rentenanspruch.

11. Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen, es sei unzulässig, die Rente auf das Ende des der Zustellung der Verfügung folgenden Monats aufzuheben. Mit Blick auf ihr Alter und die Dauer des Rentenbezugs müssten ihr zuvor Eingliederungsmassnahmen angeboten werden.

11.1 Aus dem Umstand, dass die versicherte Person eine Rente bezog und nicht oder nur noch eingeschränkt erwerbstätig sein konnte, kann sich ein Bedarf nach Eingliederungsmassnahmen ergeben, um eine wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit erwerblich umzusetzen. Die Rechtsprechung geht aber für den Regelfall davon aus, die Arbeitsfähigkeit lasse sich auf dem Weg der Selbsteingliederung realisieren. Vom Grundsatz, der von der sofortigen erwerblichen Verwertbarkeit einer wiedergewonnenen Arbeitsfähigkeit ausgeht, wird im Regelfall nur dann abgewichen, wenn die versicherte Person bei Erlass der Revisionsverfügung entweder das 55. Altersjahr zurückgelegt oder die Rente seit mehr als 15 Jahren bezogen hat (BGE 141 V 5). Diese Rechtsprechung gilt auch für Rentenaufhebungen im Rahmen einer Wiedererwägung nach Art. 53 Abs. 2 ATSG (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_161/2012 vom 5. Juni 2012 E. 5.2).

11.2 Bei Erlass der Verfügung vom 28. Juni 2018 war die Beschwerdeführerin 54 ½ Jahre alt. Der Rentenbezug (seit 1. Oktober 2004) hatte 13 Jahre und 9 Monate gedauert. Die von der Rechtsprechung formulierten Voraussetzungen für die Annahme eines Ausnahmefalls sind damit nicht erfüllt. Nach der Rechtsprechung kann die Eingliederung allerdings auch in Grenzfällen angeordnet werden, wenn die Grenze bezüglich des Alters und des

Rentenbezugs nur knapp nicht erreicht wird und aus den Akten hervorgeht, dass die Verwertung eines bestimmten Leistungspotenzials ohne vorgängige Durchführung befähigender Massnahmen allein mittels Eigenanstrengung der versicherten Person nicht möglich ist (BGE 141 V 5 E. 4.2.2 S. 8). Eine solche Konstellation liegt hier jedoch nicht vor, denn die Beschwerdeführerin kann nach Lage der Akten ähnliche Tätigkeiten wie die früher ausgeübten vollzeitlich und ohne Leistungsminderung ausüben. Es ist daher nicht ersichtlich, welche Arten befähigender Massnahmen infrage kommen könnten. Es kommt hinzu, dass angesichts der gutachterlichen Feststellungen von einer fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit ausgegangen werden muss, die der Durchführung von beruflichen Massnahmen entgegensteht. So führt der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. J.____ explizit aus, aufgrund der subjektiven Überzeugung der Versicherten, zu keiner Erwerbstätigkeit mehr fähig zu sein, seien berufliche Massnahmen nicht als sinnvoll zu erachten (IV-Nr. 78, S. 21).

14. 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 geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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