

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.219 vom 13. Juli 2018**

SO Obergericht, 2018-07-13, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.219](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.219)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.219 du 13 juillet 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.219 del 13 luglio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die 1970 geborene A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), meldete sich am 5. Januar 2004 unter Hinweis auf seit circa sechs Jahren bestehende Schmerzen am Bewegungsapparat und psychische Probleme bei der Invalidenversicherungsstelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Bezug einer Rente an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Nach Einholen des «Fragebogens zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt» vom 27. Januar 2004, der medizinischen Unterlagen sowie des Arbeitgeberfragebogens vom 10. Februar 2004 (IV-Nrn. 7, 9, 11, 14), liess die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ ein bidisziplinäres Gutachten (rheumatologisch / psychiatrisch) erstellen, das vom 25. Oktober 2005 datiert (IV-Nrn. 19.1 - 19.3). Da der Beweiswert dieses Gutachtens gemäss Schreiben der Beschwerdegegnerin vom 8. November 2005 (IV-Nr. 20) nicht gegeben sei, ergänzte die Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ ihr Gutachten am 5. April 2006 aufgrund der Nachuntersuchung vom 3. Februar 2006 und hielt an den im Gutachten vom 25. Oktober 2005 gemachten Aussagen weiterhin fest (IV-Nr. 24). Nach dem Einholen der Stellungnahme von Dr. med. C.\_\_\_\_, Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD), vom 27. April 2006 (IV-Nr. 25) wurde der Beschwerdeführerin sodann mit Verfügung vom 15. Dezember 2006 aufgrund eines IV-Grades von 100 % rückwirkend ab 1. März 2004 eine ganze Invalidenrente zugesprochen (IV-Nr. 37).

### **E. 2**

2.1 Im Rahmen der im Mai 2011 eingeleiteten eingliederungsorientierten Rentenrevision (IV-Nr. 38) holte die Beschwerdegegnerin den Arztbericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom 22. Juni 2011 ein (IV-Nr. 39) und berechnete mit Verfügung vom 6. Januar 2012 die ganze Rente der Beschwerdeführerin infolge Scheidung ab 1. August 2010 neu (IV-Nr. 41). Anschliessend wurde am 26. Januar 2012 ein Revisionsgespräch durchgeführt (IV-Nr. 43) und der Verlaufsbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH äq. für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. März 2012 eingeholt (IV-Nr. 48). Daraufhin liess die Beschwerdegegnerin interdisziplinäre Begutachtungen bei Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und Dr. med. G.\_\_\_\_, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, durchführen, die vom 14. Mai 2012 bzw. 27. September 2012 datieren (IV-Nrn. 52.1 - 52.2). Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, hielt sodann in ihrer Stellungnahme vom 3. Januar 2013 (IV-Nr. 54) fest, die Beschwerdeführerin sei spätestens ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung bei Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 2. Juli 2012 in jeder bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeit vollschichtig einsetzbar. Daher stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 15. Februar 2013 die Aufhebung der Invalidenrente auf Ende des

folgenden Monats in Aussicht (IV-Nr. 59).

2.2 Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 18. März und 30. April 2013 Einwände erheben (IV-Nrn. 63, 65) und weitere medizinische Unterlagen einreichen (IV-Nrn. 65, S. 15 ff., 76 f.). Aufgrund der Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_ vom 20. Januar 2014 (IV-Nr. 81 S. 2) liess die Beschwerdegegnerin Dr. med. G. \_\_\_ zu diesen Einwänden Stellung nehmen (IV-Nr. 82). In der vom 30. Januar 2014 datierenden Stellungnahme hielt Dr. med. G. \_\_\_ an seiner Beurteilung, den psychiatrischen Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeitsbeurteilung gemäss dem Gutachten vom 27. September 2012 fest (IV-Nr. 83). Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. H. \_\_\_, RAD, vom 14. April 2014 (IV-Nr. 86) hob die Beschwerdegegnerin die Invalidenrente mit Verfügung vom 25. Juli 2014 auf und entzog einer gegen diese Verfügung gerichteten Beschwerde die aufschiebende Wirkung (IV-Nr. 91). Die dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erhobene Beschwerde der Beschwerdeführerin vom 12. September 2014 (IV-Nr. 94) wurde durch dieses mit Urteil VSBES.2014.237 vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 107) gutgeheissen. Die Sache wurde an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie unter Berücksichtigung der neuen Praxis des Bundesgerichts BGE 141 V 281 sowohl eine psychiatrische als auch eine rheumatologische Begutachtung einhole und sich sodann zum Gesundheitszustand und zur Arbeitsfähigkeit bzw. zum Rentenbegehren der Beschwerdeführerin insgesamt in abschliessender Weise erneut äussere (VSBES.2014.237 E. II. 8.4).

### **E. 3**

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

3.2 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). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts

hängt davon ab, ob der Bericht 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. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

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

Das Institut der Revision von Invalidenrenten gilt für alle Sozialversicherungen, welche Invalidenrenten ausrichten, und wurde vom Gesetzgeber in Weiterführung der entsprechenden bisherigen Regelungen übernommen. Da somit keine davon abweichende Ordnung beabsichtigt war, ist auch die dazu entwickelte Rechtsprechung grundsätzlich anwendbar (BGE 130 V 343 E. 3.5.2 S. 350 und 352 E. 3.5.4).

4.1 Anlass zur Rentenrevision gibt nach der Rechtsprechung jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen (oder die Auswirkungen auf die Betätigung im üblichen Aufgabenbereich) des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben; zudem kann auch eine Wandlung des Aufgabenbereichs einen Revisionsgrund darstellen (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114, 130 V 343 E. 3.5 S. 349, 117 V 198 E. 3b S. 199; Urteil des Bundesgerichts 9C\_355/2016 vom 23. Dezember 2016 E. 2).

4.2 Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist nach ständiger Praxis die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372 mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a; Urteile des Bundesgerichts vom 19. Dezember 2016 8C\_454/2016 E. 2, 8C\_322/2018 vom 12. Dezember 2018 E. 2.2). Auch eine neue Verwaltungs- oder Gerichtspraxis rechtfertigt grundsätzlich keine Revision des laufenden Rentenanspruchs zum Nachteil des Versicherten (BGE 115 V 308 E. 4a/bb S. 313).

5. Der von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) rückwirkend aufgehobene Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der erstmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 15. Dezember 2006 (IV-Nr. 37) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.1 Im Zeitpunkt der rentenzusprechenden Verfügung vom 15. Dezember 2006 (IV-Nr. 37) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die folgenden Akten:

5.1.1 Im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2005 (IV-Nrn. 19.1 - 19.3) stellten Dr. med. S.\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter, Dr. med. T.\_\_\_\_, Ärztlicher

Mitarbeiter, Dr. med. U.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, Dr. med. V.\_\_\_\_, Psychiatrie FMH, und Dr. med. W.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH, die folgenden interdisziplinären Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 19.1 S. 10):

1. Schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) bei psycho-sozialer Belastung
2. Panvertebralsyndrom mit / bei Verdacht auf funktionelle Genese
3. Lokalisiertes Weichteilschmerzsyndrom im Bereich der rechten Schulter mit / bei Verdacht auf chronische Biceps-, Longus- / Tendopathie, möglicherweise mit einer Impingement-Symptomatik

Es seien keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben. Zusammengefasst ergebe sich, dass der Beschwerdeführerin von Seiten des Bewegungsapparates eine Arbeitsleistung von acht Stunden pro Tag grundsätzlich zuzumuten sei (IV-Nr. 19.1 S. 12). Dies gelte auch für die täglichen Haushaltsverrichtungen. Der schwer depressive Zustand hingegen bedinge aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Sowohl mittels medikamentöser Massnahmen als auch Massnahmen im Rahmen einer stationären psychiatrischen Behandlung bestünden Möglichkeiten zur Verbesserung der jetzigen psychischen Situation. Eine abschliessende Beurteilung bezüglich allfälliger Rentenleistungen sei erst nach erfolgter Behandlung möglich. Eine solche Behandlung sei der Beschwerdeführerin grundsätzlich zuzumuten. Die Reevaluation solle nicht vor sechs Monaten nach Beginn einer solchen Behandlung vorgenommen werden.

Im psychiatrischen Teilgutachten vom 15. Februar 2005 (IV-Nr. 19.3) hielt Dr. med. V.\_\_\_\_ fest, die depressive Immigrantin befinde sich in einer äusserst schwierigen ehelichen und sozialen Situation. Im Vordergrund stehe eine schwierige Paarbeziehung, die die Beschwerdeführerin lähme und möglicherweise Ursache für die depressive Stimmungslage sei. Daraus resultiere auch die somatoforme Schmerzstörung. Die Beschwerdeführerin stamme aus einer Region in der [...], wo Frauen nicht ausser Haus arbeiten würden. Ob dies der Grund für die fehlende Bereitschaft sei, zu arbeiten, ob es die depressive Stimmungslage oder die Schmerzstörung sei, bleibe unklar. Ob der Gatte ihr das Arbeiten verbiete, sei unbekannt. Ob sie unter adäquater antidepressiver Therapie arbeiten würde, wisse niemand. Eine Bereitschaft, die Situation zu verändern, sei nicht spürbar. Die Beschwerdeführerin wehre sich gegen eine neuerliche Hospitalisation. Der Partner drohe mit Mord und Totschlag, wenn sie sich stationär behandeln lasse oder ihn verlasse. Im Weiteren fehle die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Haushaltbereich. Laut Austrittsbericht der X.\_\_\_\_ sei bereits im Mai 2004 von einer Haushalthilfe die Rede gewesen, die nie installiert worden sei. Eine Beurteilung der realen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde im jetzigen Moment als unmöglich erachtet. Die Therapiemöglichkeiten seien nicht ausgeschöpft. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: «mittelschwere depressive Episode, (ICD-10 F32.1), Paarkonflikt (ICD-10 Z63.1), somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45)» (S. 4 f.).

Im rheumatologischen Teilgutachten vom 16. Februar 2005 (IV-Nr. 19.2) führte Dr. med. W.\_\_\_\_ aus, es liege mit hoher Wahrscheinlichkeit eine somatoforme Schmerzstörung vor, mit einer generalisierten Weichteil-Schmerzsymptomatik am Schultergürtel, entlang der unteren WS-Abschnitte und am ganzen Beckengürtel. Die Symptome seien rechts ausgeprägter als links, dies sowohl an den oberen als auch den unteren Extremitäten. Die somatoforme Schmerzentwicklung dürfte ihre Grundlage in einer Depression haben, die zu

einem grossen Teil auf die ungünstigen psychosozialen und psychofamiliären Probleme zurückgeführt werden könne. Daneben könne man ein lokalisiertes Weichteilschmerzsyndrom an der rechten Schulter definieren. Hier handle es sich höchstwahrscheinlich um eine chronische Biceps-Longus-Tendopathie, möglicherweise mit einer Impingement-Symptomatik unter dem Ligamentum coracoacromiale. Rein aus funktioneller Optik sei die Beschwerdeführerin seitens des Bewegungsapparates nicht eingeschränkt, dies mit Gültigkeit für die üblichen Haushaltstätigkeiten und für eine Arbeitstätigkeit ausser Haus, die leichte bis mittelschwere mechanische Belastungen erfordere und rücken- sowie gelenksschonend durchgeführt werden könne. Sinngemäss resultiere aus der oben aufgeführten Beurteilung eine weitgehend volle zumutbare Arbeitsleistung seitens des Bewegungsapparates. Es sei der Beschwerdeführerin zuzumuten, eine Arbeitsleistung von acht Stunden pro Tag zu erbringen. Dies gelte auch für die täglichen Haushaltsverrichtungen. Mit einiger Wahrscheinlichkeit führe die Problematik auf der psychischen Ebene zu einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit, diese werde aufgrund der Befunde der gleichzeitig durchgeführten psychiatrischen Exploration noch näher definiert. Sofern noch nie durchgeführt, würde es sich wahrscheinlich lohnen, einmalig im Bereich der schmerzhaften Biceps-Longus-Sehne an der rechten Schulter eine lokale Infiltration durchzuführen. Diese Infiltration habe sowohl diagnostische als auch therapeutische Aspekte, um dann, je nach Ansprechen, eine invasivere Abklärung der Schulterbeschwerden voranzutreiben. Die berufliche Reintegration werde erst dann Erfolg haben können, wenn es gelinge, die Beeinträchtigungen auf der psychisch-geistigen Ebene zu verbessern. Die Beschwerdegegnerin solle berufliche Massnahmen im Sinne der Berufsberatung und der Arbeitsplatzvermittlung in die Wege leiten (S. 4).

5.1.2 Im ergänzenden Bericht vom 5. April 2006 (IV-Nr. 24) zum Gutachten vom 25. Oktober 2005 (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) führte Dr. med. S.\_\_\_\_, Ärztlicher Leiter, Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_, aus, es habe am 3. Februar 2006 eine Nachbegutachtung stattgefunden (S. 1). Es seien folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 24):

- 1.Schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) bei psycho-sozialer Belastung
- 2.Panvertebralsyndrom mit / bei Verdacht auf funktionelle Genese
- 3.Lokalisiertes Weichteilschmerzsyndrom im Bereich der rechten Schulter mit/bei Verdacht auf chronische Biceps-, Longus / Tendopathie, möglicherweise mit einer Impingement-Symptomatik

Es bestünden keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Auf eine Wiederholung der fachärztlichen Untersuchung sei verzichtet worden, da sich sowohl nach Einschätzung von Dr. med. S.\_\_\_\_ als auch nach Einschätzung der Beschwerdeführerin weder die somatische noch die psychische oder soziale Situation wesentlich verändert hätten. Somit verbleibe weiterhin die Einschätzung, dass die Beschwerdeführerin an einer schweren depressiven Episode leide, welche ■ wie bereits früher erwähnt ■ im Grunde genommen eine stationäre Therapie erfordere. Auch während diesem relativ kurzen Gespräch sei rasch klar geworden, dass weiterhin ein schwerwiegender Paarkonflikt bestehe, welcher sich im Verlauf des letzten Jahres nicht gebessert habe. Der Ehemann der Beschwerdeführerin lebe zwar unter demselben Dach, aber es finde sei kein eigentliches Zusammenleben mit dem Rest der Familie statt. Offensichtlich bestehe weiterhin eine Spielsucht des Ehemannes, welche die soziale Situation der Familie weiterhin zusätzlich

belaste. Aus der Sicht der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ wäre es weiterhin vernünftig, eine stationäre Therapie für die Beschwerdeführerin vorzusehen, wie bereits im Gutachten vom 25. Oktober 2005 erwähnt. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei weiterhin vornehmlich auf die ausgeprägte depressive Episode zurückzuführen. Die Bedeutung und das Ausmass des Schmerzsyndroms könnten erst schlüssig evaluiert werden, wenn die Depression ausreichend behandelt sei. Wie bereits früher erwähnt, wären im Rahmen der stationären psychiatrischen Betreuung dringend begleitend berufliche Massnahmen zur Vorbereitung einer Reintegration in den Arbeitsprozess notwendig. Die im Gutachten vom 25. Oktober 2005 gemachten Aussagen behielten ihre Gültigkeit weiterhin.

5.1.3 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, Sportarzt SGSM, hielt im Schreiben vom 21. April 2006 (IV-Nr. 26) betreffend den Bericht der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 5. April 2006 (vgl. E. II. 5.1.2 hiervor) fest, bei gegebener Familiensituation verspreche er sich von einer erneuten stationären Therapie bezüglich Arbeitsfähigkeit absolut nichts. Der Aufenthalt in der X.\_\_\_\_ im Frühjahr 2004 habe bei gleicher Paarproblematik auch keine Besserung des psychischen Zustandes resp. der Arbeitsfähigkeit ergeben. In einem ersten Schritt versuche er unter ambulanten Bedingungen die orale antidepressive Medikation zu optimieren. Als weiterer Schritt sei die Einbindung des Ehemannes, welcher sich bisher überhaupt nicht kooperativ gezeigt habe, in den Behandlungsplan einzubeziehen. Bisher sei dies aber noch niemandem gelungen.

5.1.4 Dr. med. C.\_\_\_\_, Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 27. April 2006 (IV-Nr. 25) fest, es sei seit längerer Zeit psychiatrisch behandelt worden, die schwere Depression habe nicht gebessert, selbst nach einem stationären Aufenthalt, der allerdings vorzeitig abgebrochen worden sei. Die schweren sozialen Probleme würden gemäss Dr. med. C.\_\_\_\_ zurzeit eine Besserung verunmöglichen; solange der Ehepaarkonflikt nicht gelöst sei, bessere auch die Depression nicht. Mit Effexor sei die Beschwerdeführerin sicher korrekt behandelt. Somit sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % ausgewiesen, es sei ein Rentenentscheid ohne Mahn- und Bedenkzeitverfahren zu fällen.

5.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt wie folgt:

5.2.1 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt im Arztbericht für Erwachsene vom 22. Juni 2011 (IV-Nr. 39) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1. Depression bei psychosozialer Belastungssituation

–Hospitalisation 2004

–in psychiatrischer Behandlung seit Jahren

2. Panvertebrales Schmerzsyndrom, v.a. lumbal

–leichte Spondylarthrosen L4/L5/S1

3. Weichteilrheumatische Beschwerden im Bereiche des Schultergürtels

Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe ein «Status nach peripher-vestibulärer Funktionsstörung links (2009)». Die Beschwerdeführerin sei seit Jahren arbeitsunfähig und stehe seit Jahren in seiner Behandlung. Die letzte Untersuchung sei am 9. Mai 2011 erfolgt. Die Beschwerdeführerin klage weiterhin über diffuse Schmerzen im Bereich der Wirbelsäule sowie im Bereich des Schultergürtels. Als Befunde werden angegeben: depressive Stimmungslage, DDo [Druckdolenz] lumbal, verspannte

panvertebrale Muskulatur v.a. lumbal, DDo im Bereiche der Schulter-Nackermuskulatur, Lasègue negativ, keine neurologischen Ausfälle. Gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ sei die psychiatrische Therapie weiterzuführen, bei Bedarf eine Physiotherapie zu beginnen. Es sei keine spezialärztliche Untersuchung durchzuführen. Die Prognose bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei schlecht.

5.2.2 Anlässlich des Revisionsgesprächs vom 26. Januar 2012, bei dem u.a. auch Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, anwesend war (IV-Nr. 43), wurde im entsprechenden Protokoll unter dem Titel «Einschätzung der beruflichen und medizinischen Situation» festgehalten, die Beschwerdeführerin zeige ein gesundes Hautkolorit mit leicht geröteten Wangen, sie rede schnell mit lebhafter Stimme. Es bestehe eine gute Schwingungsfähigkeit. Es finde sich kein Hinweis mehr auf eine Depression (sie habe gute soziale Kontakte, schlafe gut). Die Beschwerdeführerin sei ja auch seit zwei Jahren geschieden, so dass sich ihre psychosoziale Situation gebessert habe. Es würden Schmerzen im Bereich der Schultergelenke geklagt. Die körperliche Untersuchung zeige eine freie Schultergelenksbeweglichkeit bei Angabe von Endphasenschmerzen. Lokal seien Schmerzen im unteren LWS-Bereich vorhanden, allerdings keine Angabe von DS und KS [Druck- und Klopfschmerzen]. Es sei ein Gutachten zu veranlassen.

5.2.3 Im Verlaufsbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH äq. für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 26. März 2012 (IV-Nr. 48) wurde der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär eingestuft. Seit 2004 hätten Zukunftsängste, innere Unruhe, Schmerzen von verschiedenen Körperteilen einen 100%igen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Diagnose habe sich nicht geändert. Die Beschwerdeführerin komme regelmässig an ihre Termine und nehme ihre Medikamente (Cymbalta 60 mg). Aber der Ex-Ehemann lasse sie nicht in Ruhe. Sie habe enorme Angst vor ihm, da er ihr kulturmässig Schaden bringen könne. Es sei eine weitere ambulante Behandlung zu machen. Die Prognose sei unklar. Es seien keine beruflichen Massnahmen angezeigt und die Beschwerdeführerin sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen nicht auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Dr. med. E.\_\_\_\_ halte eine ergänzende medizinische Abklärung für angezeigt. Die letzte ärztliche Kontrolle habe am 16. März 2012 stattgefunden.

5.2.4 Im rheumatologischen Gutachten vom 14. Mai 2012 (IV-Nr. 51) hielt Dr. med. F.\_\_\_\_, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, Manuelle Medizin SAMM, fest, es sei keine Diagnose mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 5). Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen ausgewiesen:

1. Chronisches, generalisiertes Schmerzsyndrom

–nicht ausreichend somatisch abstützbar

–primäres Fibromyalgie-Syndrom

–nicht dermatombezogene Hyposensibilität für ausschliesslich taktile Reize der ganzen linken Körperhälfte, inklusive der Stirnregion, bei allseits normalem Lage- und Vibrationssinn

–betont im Bereich der oberen im Vergleich zur unteren Körperhälfte

–betont im Bereich der rechten im Vergleich zur linken Körperhälfte

–Panalgie

–diffuse Druckschmerzangabe

–Polyarthralgien

–Panvertebralsyndrom

–multiple Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit, Schmerzen im Brustkorb und Bauch, Atembeschwerden

2. Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung in den Kopf und in die Extremitäten

3. Anamnestisch Reizmagen-Syndrom

Die Begutachtung habe in Gegenwart des Dolmetschers Y.\_\_\_\_, [...], stattgefunden. In der klinischen Untersuchung hätten diffuse Druckschmerzen, eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik, Bewegungsschmerzen aller axialen und peripheren Gelenke und darüber hinaus, abgestützt auf objektivierbare Befunde, ein weitgehend normaler Habitus imponiert. Die Beschwerdeführerin schildere sämtliche Bewegungen aller axialen und peripheren Gelenke in allen Ebenen als circa gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob ein jeweils untersuchtes Gelenk in belasteter oder entlasteter Körperhaltung untersucht werde. Dies weise auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin, denn für solche sei zu erwarten, dass die eine Bewegungsrichtung schmerzhafter geschildert werde als die andere. Zudem schildere die Beschwerdeführerin eine nicht dermatombezogene Hyposensibilität ausschliesslich für taktile Reize der gesamten linken Körperhälfte. Bereits diese Beschreibung lasse an vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden denken. Weil die sensiblen Qualitäten für den Vibrations- und den Lagesinn allseits als normal geschildert würden, werde der Aspekt von somatisch abstützbaren Beschwerden zudem entkräftet. Während der klinischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin eine schmerzvermittelnde Mimik und Gestik entwickelt, im Rahmen derer drei der fünf Waddell-Zeichen als Hinweis auf nicht organisch abstützbare Beschwerden nachweisbar geworden seien (S. 6 f.). Insgesamt beurteilte Dr. med. F.\_\_\_\_ die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden bezüglich Umfang und Intensität höchstens als partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. In einer derartigen Situation seien grundsätzlich zu diskutieren: invaliditätsfremde Gründe, ein Aggravationsverhalten im Rahmen eines Rentenbegehrens und eine psychosomatisch-psychiatrische Affektion. Es werde Aufgabe des im Rahmen dieser interdisziplinären Begutachtung mitbegutachtenden Psychiaters sein, diesbezüglich Stellung zu nehmen (S. 11). Die Arbeitsfähigkeit sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil könne, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Die Beschwerden könnten, mit der Umsetzung der weiter unten empfohlenen und zumutbaren medizinischen Massnahmen möglicherweise günstig beeinflusst werden. Ungünstig auf eine erfolgreiche Wiedereingliederung in den Arbeitsprozess könnten sich invaliditätsfremde Faktoren wie bspw. die länger anhaltende berufliche Arbeitsabstinenz, die begrenzten Deutschsprachkenntnisse, die fehlende Berufsausbildung, das Alter der Beschwerdeführerin, die ungünstige Arbeitsmarktsituation und möglicherweise die limitierte Motivation auswirken (S. 12 f.). Die Prognose sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, gut. Ungünstig sei dagegen die

Wahrscheinlichkeit, dass diese Versicherte nach langanhaltender beruflicher Arbeitsabstinenz wieder beruflich tätig werde. Die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden wiesen auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hin. Insofern ergebe sich kein neuer Aspekt im Vergleich zu der vorliegenden Dokumentation. Bereits im rheumatologischen Teilgutachten vom 16. Februar 2005 sei auf vordergründig nicht somatisch abstützbare Beschwerden hingewiesen worden, wobei damals namentlich eine somatoforme Schmerzstörung und funktionelle Beschwerden diskutiert worden seien (S. 13).

Seit dem rheumatologischen Teilgutachten vom 16. Februar 2005 (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verbessert. Bereits im damaligen rheumatologischen Teilgutachten sei ■ gemäss Dr. med. F.\_\_\_\_ zu Recht ■ erwähnt worden, dass mit den damals objektivierbaren somatischen Befunden für eine leicht- bis mittelschwergradig körperlich belastende Arbeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründet werden könnten. Somit sei bereits zum damaligen Zeitpunkt für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet worden.

5.2.5 Im psychiatrisch-psychotherapeutischen Gutachten vom 27. September 2012 hielt Dr. med. G.\_\_\_\_, MBA, FMH Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 52.1), folgende Diagnosen fest:

–bei gemäss Akten depressiver Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4/33.4)

Es bestehe aktuell eine aussergewöhnlich deutliche Diskrepanz zwischen der subjektiven Wahrnehmung und den objektivierbaren depressiven Befunden (vgl. Psychostatus und MADRS). Die ICD-10 Kriterien einer depressiven Episode seien aktuell nicht (mehr) erfüllt. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass. Bei der Beschwerdeführerin bestünden objektiv keine der genannten Symptome in ausreichender Schwere bzw. in ausreichender Länge und mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, um eine lang dauernde depressive Episode zumindest leichten Grades diagnostizieren zu können. Das gegenwärtig dysthyme Syndrom bei körperlichen Missempfindungen erkläre sich im Fall der Beschwerdeführerin vollständig als Folge des Schmerzsyndroms und psychosozialer Faktoren und begründe alleine nicht ausreichend eine depressive Episode gemäss ICD-10 F32/F33. Eine relevante Arbeitsunfähigkeit könne dadurch nicht begründet werden. Bezüglich der Diagnose einer depressiven Störung sei somit im Fall der Beschwerdeführerin ab dem Datum der Untersuchung vom 2. Juli 2012 von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustands im Vergleich zum Arztbericht vom 15. Februar 2005 von Dr. med. V.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) auszugehen. Ab wann genau zwischen 2005 und heute von einer medizinischen Verbesserung ausgegangen werden könne, sei aufgrund fehlender fachärztlicher Beurteilungen nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit anzugeben (S. 18 f.).

Wegen der von der Beschwerdeführerin genannten körperlichen Missempfindungen sei darauf hingewiesen, dass gemäss ICD-10 unter einem «somatischen Syndrom» gerade nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen gemeint seien, sondern Intressenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust (vgl. WHO ICD10). Bei der Beschwerdeführerin sei kein «somatisches Syndrom» im genannten Sinne zu erkennen. Somit könne zusammenfassend bei der

Beschwerdeführerin die Diagnose einer Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 gestellt werden, die als Reaktion auf die vorhandene Schmerzsymptomatik und psychosozialen Faktoren einzustufen sei. Beim Verlauf der Störung seien bei der Beschwerdeführerin auch vielfältige psychosoziale Faktoren dokumentiert, wie z.B. Herkunft, Migration, geringe Schulbildung, die v.a. therapeutische Relevanz besitzen und nicht in die Beurteilung einer medizinisch-theoretischen Zumutbarkeit einer allfälligen Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht miteingehen würden (S. 20). Die möglichen Voraussetzungen für die Unzumutbarkeit einer Schmerzüberwindung aus rein psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht seien bei der Beschwerdeführerin nicht gegeben. So seien die dysthymen Verstimmungen weit überwiegend Teil des Schmerzerlebens bzw. Ausdruck psychosozialer Faktoren, womit keine psychisch ausgewiesene erheblich schwere, ausgeprägte, dauerhafte und intensive Komorbidität vorliege. Auch eine angemessene Teilnahme am sozialen Leben ■ wenn auch subjektiv beeinträchtigt ■ sei bei der Beschwerdeführerin gegeben, indem sie spazieren gehe, sich mit Kolleginnen treffe und Haushaltarbeiten erledige. Zudem könne ein verfestigter, therapeutisch nicht mehr angehbarer innerseelischer Verlauf einer Konfliktbewältigung nicht angenommen werden, weil hierfür keine differenzierten nachvollziehbaren fachärztlichen Angaben vorlägen und diese sich aus den Akten auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit herleiten liessen. Ein Paarkonflikt sei 2005 als Ursache der somatoformen Schmerzstörung angenommen worden. Nach der Trennung vom Ehemann 2007 bzw. nach der vollzogenen Scheidung 2010 könne jedoch mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine innerseelische Konfliktlösung ■ insbesondere bei begleitender psychiatrisch-psycho-therapeutischer Behandlung ■ angenommen werden (S. 21).

Zusammenfassend begründe weder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gemäss ICD-10 F45.40 noch eine Dysthymia gemäss ICD-10 F34.1 allein oder gemeinsam im Fall der Beschwerdeführerin aus rein medizinischer Sicht eine relevante (> 20 % von 100 %) längerfristige Arbeitsunfähigkeit. Im Fall der Beschwerdeführerin seien aus psychiatrisch-psychotherapeutischer (medizinischer) Sicht auch keine besonderen Hinweise vorhanden, die schwere Defizite aufgrund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten (bspw. durch fehlende krankheitsbedingte Ressourcen und / oder durch eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte). Im Gegenteil könne die vollständige Abstinenz von nicht ärztlich verordneten psychotropen Substanzen (inkl. Tabak, Alkohol und Drogen) als Beleg für zumindest angemessene innerseelische Ressourcen der Beschwerdeführerin gewertet werden. Eine Einschränkung der Zumutbarkeit einer Willensanstrengung zur Überwindung der vor allem rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht somit nicht zu begründen. Hingegen seien vielfältige psychosoziale Faktoren bekannt, die die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich beeinträchtigten. Sie erklärten auch weit überwiegend die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 21 f.). Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht ganztags zumutbar, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe und der Beschwerdeführerin eine Willensanstrengung zur Überwindung ihrer Defizite aus objektiver Sicht zumutbar sei. Eine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 % oder mehr könne ab 2. Juli 2012 aus psychiatrisch-psychotherapeutischer Sicht nicht begründet werden. Bezüglich der Diagnose einer depressiven Störung sei ab dem Datum der Untersuchung von Dr. med. G. \_\_\_ vom

2. Juli 2012 von einer wesentlichen Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Arztbericht vom 15. Februar 2005 von Dr. med. V.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) auszugehen. Ab wann genau zwischen 2005 und heute von dieser Verbesserung ausgegangen werden könne, sei aufgrund fehlender fachärztlicher Beurteilungen auch nicht in überwiegender Wahrscheinlichkeit anzugeben (S. 23).

5.2.6 Dr. med. E.\_\_\_\_ führte in seinem Schreiben vom 9. Dezember 2012 (IV-Nr. 55) aus, nach seiner Gesprächstherapie vom 28. November 2012 mit der Beschwerdeführerin habe er feststellen sollen, dass sie mit der psychiatrischen Begutachtung nicht einverstanden sei. Nach ihren Angaben habe man ihre psychiatrischen Beschwerden nicht gut evaluiert. Sie leide noch immer an Schmerzen verschiedener Körperteile und sei sehr schnell müde. Sie könne nicht mehr wie früher ihre Haushalte machen, sondern «werfe sie sich draussen», damit sie sich beruhigen könne. Wie er im Bericht vom 26. März 2012 geschrieben habe (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor), leide die Beschwerdeführerin an Zukunftsängsten, innerer Unruhe und Schmerzen an verschiedenen Körperteilen. Aus psychiatrischer Sicht sei sie nicht fähig, auf dem freien Markt zu arbeiten.

5.2.7 Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, hielt in der Stellungnahme vom 3. Januar 2013 fest (IV-Nr. 54), der begutachtende Psychiater Dr. med. G.\_\_\_\_ habe im Rahmen seiner Untersuchung vom 2. Juli 2012 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes im Vergleich zum Befund von Dr. med. V.\_\_\_\_ vom 15. Februar 2005 (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) festgestellt. Die depressive Episode könne somit spätestens ab dem 2. Juli 2012 als remittiert gelten. Die verbleibenden psychiatrischen Diagnosen (anhaltende somatoforme Schmerzstörung [ICD-10 F45.40]; Dysthymia [ICD-10 F34.1], bei gemäss Akten depressiver Episode, gegenwärtig remittiert [ICD-10 F32.4/F33.4]) begründeten keine Minderung der Arbeitsfähigkeit von 20 % oder mehr. Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht uneingeschränkt arbeitsfähig. Der Rheumatologe Dr. med. F.\_\_\_\_ habe im Rahmen seiner Begutachtung vom 27. September 2012 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor) ebenfalls eine Befundverbesserung verifizieren können: Im Vergleich zu den Befunden im rheumatologischen Teilgutachten vom 16. Februar 2005 habe er kein subacromiales Sehneneinklemmungsphänomen rechts mehr objektivieren können. Die Bewegungseinschränkung der rechten Schulter für Aussenrotation habe sich vollständig zurückgebildet, der Schürzengriff rechtsseitig habe sich normalisiert, im Musculus trapezius beidseits seien keine Verspannungen mehr gegeben. Die Halswirbelsäule sei wieder frei beweglich, auch die Bewegungseinschränkung lumbal habe sich vollständig zurückgebildet. Zwar hätten Vorbefunde (Gutachten Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ 2005) gewisse, inzwischen gebesserte, leicht pathologische Veränderungen gezeigt, dennoch habe Dr. med. F.\_\_\_\_ die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin für die bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten aus somatisch-rheumatologischer Sicht zu keinem Zeitpunkt als anhaltend eingeschränkt beurteilt. Er habe somit auch keine Diagnosen mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen können. Aus rheumatologischer Sicht sei schon 2005 für die von der Beschwerdeführerin bisher ausgeübten Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründet worden. Die Beschwerdeführerin sei spätestens ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Untersuchung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ am 2. Juli 2012 in jeder, bisher in der Schweiz ausgeübten Tätigkeit vollschichtig einsetzbar (100 % arbeitsfähig).

5.2.8 Dr. med. D.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 21. März 2013 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 65 S. 15 f.):

- Depression
- Muskuläre Dekonditionierung / Weichteilrheumatisches Schmerzbild
- Schulter-Nacken-Schmerzen
- Panvertebrales Schmerzsyndrom bei / mit
- degenerativen Veränderungen (Spondylarthrosen zwischen L4 und S1)
- Status nach peripher-vestibulärer Funktionsstörung links (2009)

Die Beschwerdeführerin wirke depressiv und sei stets ohne Make-up («dies im Gegensatz zur Schilderung von Dr. med. G. \_\_\_!?!»). Anlässlich der diversen Konsultation fänden sich immer wieder Verspannungen im Bereich des Schulter-Nackengürtels. Auch die übrige Muskulatur sei meist verspannt. Es sei eine schmerzhaft Lendenwirbelsäule ohne radikuläre Zeichen gegeben. Die Beschwerdeführerin sei gemäss Dr. med. D. \_\_\_ in einer Lagertätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Sie sei wahrscheinlich in leichten, nicht monotonen Verweistätigkeiten in einem gewissen Mass arbeitsfähig. Eine prozentuale Beurteilung könne Dr. med. D. \_\_\_ nicht machen. Es sei dabei zu berücksichtigen, dass sicherlich eine deutliche Einschränkung bezüglich Zeit und Leistung vorhanden sei. Zudem benötige die Beschwerdeführerin auch vermehrte Pausen. Seit dem 15. November 2006 (vgl. E. II. 5.1.1 hiavor) habe sich der Gesundheitszustand weder somatisch noch psychisch verbessert. Tendenziell habe sich der Zustand eher verschlechtert, da sich die Dekonditionierung verschlechtert habe. Die psychiatrische Behandlung habe auch keinen wirklich positiven Effekt gezeigt. Die bisherigen physiotherapeutischen Massnahmen hätten nie einen anhaltenden Effekt auf die Schmerzen im Bereich des Bewegungsapparats gebracht. Die Beschwerdeführerin sei nun noch im Kantonsspital [...] zur medizinischen Trainingstherapie angemeldet. Ob sich eine allenfalls positive Veränderung der Muskulatur auf die Arbeitsfähigkeit wesentlich auswirke, wage Dr. med. D. \_\_\_ zu bezweifeln. Die bisherigen psychiatrischen Massnahmen hätten keine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit ergeben und würden dies wohl auch in Zukunft nicht tun. Es scheine, dass Dr. med. G. \_\_\_ die Gesamtsituation der Beschwerdeführerin nicht habe erfassen können und somit zum Schluss komme, dass sie den Belastungen an einem Arbeitsplatz standhalten könnte. Zur Begutachtung von Dr. med. F. \_\_\_ gebe Dr. med. D. \_\_\_ keinen Kommentar ab.

5.2.9 Dr. med. E. \_\_\_ hielt im Bericht vom 26. März 2013 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 65 S. 17 f.).

- Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere depressive Episode mit Suizidideen (ICD-10 F33.1)
- Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Die Arbeitsfähigkeit habe sich bis vor kurzem verbessert, aber nach dem IV-Entscheid habe die Beschwerdeführerin sehr perseverierend reagiert, indem sie meine, dass man sie nicht verstehe. Sie sei zwischen dem 15. Dezember 2006 und 20. Juni 2007 zu 100 %, 21. Juni 2007 und 23. November 2009 zu 70 %, 24. November 2009 bis 26. Oktober 2012 zu 80 % und vom 27. Oktober 2012 bis heute zu 100 % arbeitsunfähig. Der psychische Zustand sei für eine Weile stationär gewesen, weil die Beschwerdeführerin von ihrem Ehemann geschieden worden sei und ihre Ruhe gefunden habe. Aber mit der Zeit habe sich dieser Zustand verschlechtert, ohne dass Dr. med. E. \_\_\_ dies begründen oder die Beschwerdeführerin ihm dies erklären könne. Da sich die Beschwerden eher chronifiziert

hätten, sei eine Verbesserung schlecht vorstellbar. Als Psychotherapeut der Beschwerdeführerin nehme Dr. med. E.\_\_\_\_ zum Gutachten keine Stellung.

5.2.10 Dr. med. Z.\_\_\_\_, Oberarzt, und med. pract. AA.\_\_\_\_, Assistenzärztin, Erwachsenenpsychiatrie, Psychiatrische Dienste, [...], stellten aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. März bis 8. April 2013 im Austrittsbericht vom 17. April 2013 (IV-Nr. 65 S. 19 ff.) folgende Diagnosen:

–Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)

–Dysthymia (ICD-10 F34.1)

Die Beschwerdeführerin sei durch ihren ambulanten Psychiater zugewiesen worden. Sie habe sich wegen einer Verschlechterung des psychischen Zustandes mit Suizidgedanken, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten bei bekannter rezidivierender depressiver Störung gemeldet. Der aktuellen Krise sei vorausgegangen, dass die Beschwerdeführerin von der IV einen Bescheid bekommen habe, in dem die Einstellung der Rente angekündigt worden sei (S. 19). Als seit Jahren bestehend habe die Beschwerdeführerin eine starke Müdigkeit, Interessenarmut, verminderte Belastbarkeit und bedrückte Stimmung beschrieben. Diagnostisch gehe man davon aus, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine Patientin mit einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell gegenwärtig mittelgradige Episode handle. Zudem scheine bei ihr neben den episodisch auftretenden depressiven Episoden eine anhaltende affektive Problematik im Sinne einer Dysthymie vorzuliegen. Insofern könne aktuell von einer sogenannten «double depression» gesprochen werden. Die medikamentöse antidepressive Behandlung sei auf Bupropion umgestellt worden, Duloxetin sei reduziert und gestoppt und die Behandlung mit Quetiapin weitergeführt worden. Im Verlauf seien Suizidgedanken rasch in den Hintergrund getreten. Die Beschwerdeführerin habe sich häufig rat- und hoffnungslos gezeigt, sei sehr zurückgezogen gewesen und habe den Tag im Bett verbracht. Sie sei zur Teilnahme am Abteilungsprogramm wenig motiviert gewesen. Unter der neuen Medikation habe sie sich stimmungsmässig etwas aufgelockert gezeigt und der Antrieb habe sich leicht verbessert, ebenso die Schlafstörungen. Am 8. April 2013 sei die Beschwerdeführerin in gebessertem Zustand nach Hause ausgetreten. Ein Rezept für Wellbutrin XR 300 mg und Quetiapin sowie eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung von 100 % vom 26. März bis 8. April 2013 seien der Beschwerdeführerin abgegeben worden. Neben der ambulanten Behandlung könnte zur weiteren psychiatrischen Therapie, zur Aktivierung und Strukturierung des Tagesablaufs, ein Aufenthalt in der Tagesklinik in [...] sinnvoll sein. Sie sei dort für einen Probetag angemeldet worden.

5.2.11 Wie dem Bericht der Tagesklinik [...] vom 26. April 2013 zu entnehmen ist, sei es aufgrund der zur Aufnahme vorausgesetzten sehr guten Deutschkenntnisse nicht möglich gewesen, die Beschwerdeführerin aufzunehmen (IV-Nr. 76 S. 4). Aufgrund der sprachlichen Problematik sei es den Ärzten nicht möglich gewesen, medizinische und persönliche Fragen mit der Beschwerdeführerin zu klären. Sie sei nicht in der Lage, das Angebot der Tagesklinik zu nutzen.

5.2.12 Im Verlaufsbericht vom 29. Oktober 2013 hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest (IV-Nr. 76 S. 1 ff.), der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert und die Diagnose sich seit Dezember 2012 geändert. Der Lust- und Interesseverlust, die Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Müdigkeit, Weinkrisen, Zukunftsängste, innere Unruhe, Schmerzen von verschiedenen Körperteilen und die latente Suizidalität wirkten sich auf die Arbeitsfähigkeit

aus. Nach dem negativen Entscheid der Beschwerdegegnerin habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert, indem sie Suizidgedanken entwickelt habe. Trotz einer stationären Behandlung in der X.\_\_\_\_ habe sich der psychiatrische Zustand nicht viel geändert. Die Tagesklinik habe sie wegen mangelnden Deutschkenntnissen auch nicht akzeptieren können. Dazu habe die Beschwerdeführerin ihre Mutter nach langjähriger Krankheit Anfang Oktober 2013 verloren. Die aktuelle Situation könne Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht schildern, da sich die Beschwerdeführerin im Moment wegen der Beerdigung der Mutter in der [...] befinde. Es solle weiter eine ambulante Betreuung erfolgen, wobei die Prognose negativ aussehe, da die Beschwerden sich eher chronifiziert hätten. Eine Verbesserung wäre schlecht vorstellbar. Es seien weder berufliche Massnahmen angezeigt noch sei die Beschwerdeführerin bei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig auf die Hilfe von Drittpersonen angewiesen. Dr. med. E.\_\_\_\_ halte ergänzende medizinische Abklärungen für nicht angezeigt. Die letzte ärztliche Kontrolle habe am 26. September 2013 stattgefunden.

5.2.13 Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, stellte in ihrer Stellungnahme vom 20. Januar 2014 fest (IV-Nr. 81), bei unauffälligem Allgemeinbefund seien schon 2005 im Rahmen eines Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) nur ein Rheumatologisches und Psychiatrisches Teilgutachten erstellt worden. Bei rein rheumatologischen und psychiatrischen Diagnosen im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ und im IV-Bericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2011 (vgl. E. II. 5.2.1 hiervor) sei es nicht nachvollziehbar, warum ein polydisziplinäres Gutachten hätte erstellt werden sollen, was zu keinem weiteren Ergebnis ausser einer Ressourcenverschwendung geführt hätte. Dr. med. F.\_\_\_\_ habe anhand seines nicht anzweifelbaren Untersuchungsbefundes eine Befundverbesserung festgestellt. Befund sei Befund, durch einen erfahrenen Facharzt für Rheumatologie erhoben, es bestehe kein Diskussionsbedarf. Punkt 4 des Einwandes der Beschwerdeführerin sei Dr. med. G.\_\_\_\_ zukommen zulassen, ebenfalls der Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2013 sowie der Entlassungsbericht aus der X.\_\_\_\_ vom 17. April 2013 mit der Frage, ob die genannten Unterlagen eine Veränderung in seiner Diagnosestellung zu bewirken vermöchten und wenn ja, warum. Die Beschwerdeführerin sei im Oktober 2013 zur Beerdigung der Mutter in die [...] geflogen. Eine solche Reise durchführen zu können spreche dafür, dass sich die Psyche der Beschwerdeführerin stabilisiert habe. Daher seien die genauen Reisedaten zu erfragen (Bestätigung Flugticket) und das genaue Datum, an dem die Mutter gestorben sei ([...] Totenschein).

5.2.14 Dr. med. G.\_\_\_\_ nahm am 30. Januar 2014 (IV-Nr. 83) zu den ihm vorgelegten Dokumenten (Stellungnahmen von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 3. Januar 2013 und 20. Januar 2014; Protokoll des Revisionsgesprächs vom 18. Februar 2013 und Vorbescheid vom 15. Februar 2013; Briefe vom 31. Oktober und 8. November 2013 der Vertreterin der Beschwerdeführerin) Stellung. Im Rahmen seines Fazits führte Dr. med. G.\_\_\_\_ aus, er halte an seiner Beurteilung der psychiatrischen Diagnosen und der Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin in bisheriger und angepasster Tätigkeit, wie er sie im Gutachten vom 27. September 2012 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) ausführlich dargestellt habe, fest, da er den in den vorgelegten Akten formulierten Einschätzungen, die im Widerspruch zu seinem Gutachten stünden, fachlich nicht zustimmen könne. Es würden insbesondere keine neuen tatsächlichen objektiven psychopathologischen Defizite beschrieben. Die Reaktion der Beschwerdeführerin auf einen Entscheid der Beschwerdegegnerin habe durch eine

erfolgreiche Krisenintervention stabilisiert werden können.

5.2.15 Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, hielt in der Stellungnahme vom 14. April 2014 fest (IV-Nr. 86), auf den Einwand der Vertreterin der Beschwerdeführerin sei von Dr. med. G.\_\_\_\_ ausreichend eingegangen worden. Auch den Arztbericht des behandelnden Therapeuten Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor), in dem keine neuen tatsächlichen objektiven psychopathologischen Defizite beschrieben worden seien, habe Dr. med. G.\_\_\_\_ medizinisch klar und nachvollziehbar kommentiert. Zudem, wie aus dem Entlassungsbericht der X.\_\_\_\_ vom 17. April 2013 hervorgehe (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor), habe die zur stationären Aufnahme führende Reaktion der Beschwerdeführerin auf den Entscheid der Beschwerdegegnerin durch eine erfolgreiche Krisenintervention stabilisiert werden können. Somit könne von der Beschwerdegegnerin weiterhin auf das Gutachten F.\_\_\_\_ / G.\_\_\_\_ abgestellt werden.

5.2.16 PD Dr. med. AB.\_\_\_\_, Oberärztin, AC.\_\_\_\_, Radiologie und Nuklearmedizin, Muskuloskelettale Diagnostik, hielt im Bericht vom 19. Juni 2017 (IV-Nr. 134.5) aufgrund der am 17. Juni 2017 durchgeführten MRI Bechterew folgende Beurteilung fest: Befund a.e. vereinbar mit einer Spondylarthropathie mit akuten und chronischen Komponenten mit Endplattenödem an vereinzelt Wirbelkörpern der BWS/LWS, erosiven ISG-Veränderungen beidseits linksbetont und mit diskretem fokalem Ödem rechts. Fraglich reelles und allenfalls diskretes Ödem an den Costovertebralgelenken BWK1 beidseits sowie an den Querfortsätzen BWK1 beidseits. Diskretes Ödem unmittelbar proximal des muskulotendinösen Überganges des M. gluteus medius und M. gluteus minimus sowie diskrete Bursitis subglutea media rechts.

5.2.17 Im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 (IV-Nr. 134.1 - 134.4, 134.6) hielten Dr. med. O.\_\_\_\_, Fachärztin Psychiatrie und Psychiatrie FMH, Fachärztin Neurologie FMH, und Dr. med. P.\_\_\_\_, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, fest, es bestünden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, aber folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 134.1 S. 6):

Bei der bidisziplinären Beurteilung wurde festgehalten: Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt von der Explorandin ausgeübte Tätigkeit als Lageristin zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden. Dies könne aus heutiger Sicht so bestätigt werden. Zum Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache im Jahr 2004 sei eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit aufgrund des psychiatrischen Krankheitsbildes zugrunde gelegt worden. Im Jahre 2012 anlässlich der psychiatrischen Begutachtung sei eine Verbesserung des Gesundheitszustandes festgestellt worden, was heute retrospektiv gut nachvollziehbar erscheine. Im Jahr 2012 sei aus diesem Grund aus psychiatrischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr gesehen worden, dies könnten die Gutachter heute ebenso gut nachvollziehen.

Retrospektiv könne davon ausgegangen werden, dass aus psychiatrischer Sicht seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Vorbeurteilung vom 27. September 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr bestehe. Für den Zeitraum zwischen dem Jahr 2004 (Zeitpunkt der erstmaligen Rentenzusprache) und dem Zeitpunkt der Vorbeurteilung 2012 könne retrospektiv schwer ein exakter Zeitpunkt einer psychischen Verbesserung resp. Stabilisierung angegeben werden, da die Aktenlage diesbezüglich dünn sei. Somit könne die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit retrospektiv nur auf den Zeitpunkt der

Vorbeurteilung von 2012 rückdatiert werden. Die uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin gelte grundsätzlich auch für alle angepassten Tätigkeiten, es bestünden weder Einschränkungen auf rheumatologischem noch auf psychiatrischem Fachgebiet (S. 9).

Aus rheumatologischer Sicht könne lediglich eine Intensivierung von detonisierenden Massnahmen der verspannten paravertebralen Muskulatur empfohlen werden. Ein Fitnesscenter werde von der Explorandin bereits regelmässig aufgesucht. Aus psychiatrischer Sicht sei die Fortsetzung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, mit Überprüfung der psychopharmakologischen Therapieadhärenz, zu empfehlen (S. 9).

Grundsätzlich wäre eine 100%ige Arbeitsfähigkeit am ersten Arbeitsmarkt zu erreichen. Wegen der langjährigen Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, der negativen Selbsteinschätzung, der stattgehabten Dekonditionierung und der Selbstlimitierung der Explorandin sei die Prognose bezüglich einer erfolgreichen Wiedereingliederung vorsichtig zu stellen. Dennoch sollte versucht werden, die Explorandin mittels beruflicher Massnahmen wie bspw. einem Arbeitstraining langsam an die Arbeitswelt heranzuführen (S. 10).

Es bestehe weder aus rheumatischer noch aus somatischer Sicht eine wesentliche Veränderung gegenüber dem Zeitpunkt der letzten Prüfung (gutachterlich bidisziplinäre Abklärung aus dem Jahr 2012, S. 10).

5.2.18 Dr. med. E. \_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 5. November 2017 (IV-Nr. 140 S. 11 f.) folgende Diagnosen:

Aus psychiatrischer Sicht könne man der Beschwerdeführerin keine Verantwortung im freien Markt geben. Sie sei sehr vergesslich und dissoziiere öfters. Deswegen schätze er sie 80 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin könne nicht einmal ihre Wohnung in einem Tag putzen. Der Haushalt sei wegen dauernden Schmerzen nicht regelmässig gemacht. Manchmal mache sie zwei bis drei Tagen Pause, damit sie sich ausruhen könne. Seit 2006 habe die Beschwerdeführerin verschiedene Etappen erlebt. Bis 2010 habe sie eine schwere depressive Episode erlebt. Nach der Scheidung (2010) habe Dr. med. E. \_\_\_ bei ihr eine leichte Verbesserung feststellen können; das sei eher eine Erleichterung gewesen. 2013 habe sie einen Rückfall erlebt, in dem sie mit suizidalen Ideen gekommen sei. Mit einer engen Betreuung habe eine Stabilisation erreicht werden können. Im Moment schätze Dr. med. E. \_\_\_ sie eher stationär.

Zum psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. O. \_\_\_ vom Juni 2017 führte Dr. med. E. \_\_\_ Folgendes aus: Die Kollegin erwähne in ihrem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin die Schmerzen von sich selbst (spontan) nicht erwähnt habe. Dieses Verhalten sei für ihn kulturgemäss verständlich, weil die Beschwerdeführerin sich daran nicht gewöhnt habe, sich spontan auszudrücken. Zuerst weil ihr Ehemann sie Jahre lang unter Druck gelassen habe. Nachher könne sie nicht entscheiden, ob sie sich von selbst ausdrücken müsse oder nicht. Dieses letzte Verhalten sei auch von mehreren Gutachtern abhängig, die ihr nicht erlaubt hätten, spontan ihre Schwierigkeiten anzusagen. Betreffend Medikamentenspiegel könne man nur erklären, weil die Beschwerdeführerin öfters vergesslich sei.

5.2.19 Dr. med. Q. \_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2018 (IV-Nr. 141 S. 2 ff.) betreffend das Gutachten der

Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.17 hiervor) fest, das Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Wie bereits im Jahr 2005 anlässlich der Erstbeurteilung als auch im Jahr 2012 anlässlich der rheumatologischen Verlaufsbeurteilung könne auch aktuell keine wesentliche funktionelle Einschränkung auf rheumatologischem Fachgebiet festgestellt werden. Hinsichtlich des psychiatrischen Krankheitsbildes gehe die Gutachterin mit der Einschätzung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 27. September 2012 dahingehend konform, dass die 2005 noch diagnostizierte depressive Episode weiter als remittiert beurteilt werden könne. Die weiterbestehende affektive Symptomatik werde im Rahmen einer Dysthymie eingeordnet, wie dies auch anlässlich der psychiatrischen Beurteilung vom September 2012 erfolgt sei. Bezüglich der im Jahre 2012 diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien zum heutigen Zeitpunkt die diagnostischen Kriterien nicht mehr gegeben. Insgesamt sei das klinische Bild vergleichbar mit dem Zustandsbild, wie es in der Vorbeurteilung von 2012 vorbeschrieben worden sei, die subjektiven Klagen hätten sich jedoch dahingehend verlagert, dass Schmerzen nicht mehr im Vordergrund stünden.

Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt von der Beschwerdeführerin ausgeübte Tätigkeit als Lageristin zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden. Dies könne aus heutiger Sicht so bestätigt werden. Retrospektiv könne ferner davon ausgegangen werden, dass seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Vorbeurteilung vom 27. September 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr aus psychiatrischer Sicht bestehe.

Zum Einwand der Rechtsvertreterin vom 16. November 2017 (IV-Nr. 140) und dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_ fest, die Vertreterin der Beschwerdeführerin gebe ihre Sichtweise der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin wieder. Dabei handle es sich um eine andere Beurteilung des Zustandes aus nichtmedizinischer Sicht gegenüber jener der fachärztlichen Gutachterin. Ebenso beurteile Dr. med. E.\_\_\_\_ den gleichen Zustand anders. Immerhin sei die Beschwerdeführerin insgesamt nun von je zwei rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtern beurteilt worden und alle seien zu den gleichen Schlussfolgerungen gekommen. Es handle sich hierbei um sorgfältige Gutachten und die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar.

Das Gutachten sei aus versicherungs-medizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache verändert. So betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin ab dem 27. September 2012 100 %. Es müssten keine weiteren Abklärungen vorgenommen werden.

5.2.20 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2018 (IV-Nr. 147 S. 2 f.) fest, die Beschwerdeführerin habe durch ihre Rechtsvertreterin erneut Einwände gegen die Einschätzungen der bidisziplinären Begutachtung bei der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.17 hiervor) vorbringen lassen. Die medizinische Situation und die Aktenlage hätten sich nicht geändert. Auf die bereits bekannten Ergebnisse der Begutachtung, die gegenläufige Einschätzung durch den Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 16. November 2017 (recte: 5. November 2017, vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) und die Stellungnahme des RAD vom 12. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 hiervor) könne verwiesen werden. Da im Einwand keine neuen medizinischen Fakten geltend gemacht würden, sondern weiterhin lediglich die

bereits bekannte eigene Beurteilung und Sicht dargelegt und damit eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts vertreten würden, könnten die Fragen wie folgt beantwortet werden: Am Entscheid solle festgehalten werden. Es würden keine neuen medizinischen Tatsachen belegt, sondern bereits bekannte, zu denen schon Stellung genommen worden sei. Diese könnten als eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts angesehen werden. Aus der Sicht des RAD seien weitere Abklärungen derzeit nicht erforderlich.

6. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 stützte (vgl. E. II. 5.2.17 hiervor).

6.1 Das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin unter Beizug einer [...]sprechenden Dolmetscherin (IV-Nrn. 134.3 S. 1, 134.4 S. 2) je einer ausführlichen psychiatrischen sowie rheumatologischen Exploration unterzogen (IV-Nrn. 134.3 S. 3 ff., 134.4 S. 3 ff.), womit auch ihre subjektiv geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Es wurden eine Verhaltensbeobachtung, ein Mini ICF Rating-Bogen, psychometrische Testungen (MADRS, BDI, RMT) sowie Laboruntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 134.3 S. 8 ff.). Im Weiteren wurde der Rheumastatus erhoben und am 17. Juni 2017 eine MRI Bechterew-Untersuchung durchgeführt (IV-Nrn. 134.4 S. 6 ff., 135). Durch das chronologische Aufführen der Akten ab dem 13. März 2003 unter dem Titel «Aktenzusammenfassung» (IV-Nr. 134.2) ist davon auszugehen, dass das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt wurde. So verwiesen sowohl die psychiatrische Gutachterin als auch der rheumatologische Gutachter in ihren jeweiligen Teilgutachten auf eben diese Aktenzusammenfassung im Gesamtgutachten (IV-Nrn. 134.3 S. 3, 134.4 S. 2). Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: Aufgrund der bei der Beschwerdeführerin im Hintergrund bestehenden mild ausgeprägten Niedergestimmtheit, jedoch keines manifesten depressiven Affektes, eines erhaltenen Freudeempfindens, weder psychomotorischer Hemmung noch Antriebsstörung oder Schuldgefühlen und selbstabwertenden Gedanken (IV-Nr. 134.3 S. 12 Mitte), leuchtet ein, dass die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 bei bekannter Dysthymie und rezidivierender depressiven Störung in der Vorgeschichte (double depression) als nicht erfüllt qualifizierte. Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der durchgeführten psychometrischen Testverfahren gestützt (IV-Nr. 134.3 S. 11 oben): So erzielte die Beschwerdeführerin beim MADRS-Test, einem System der Fremdbeurteilung, 12 von maximal 60 Punkten, was einer leichten Depression entspricht. Beim BDI-Test erzielte sie 35 von maximal 63 Punkten, was grundsätzlich einer bedeutenden Depression entspräche. Bei diesem Resultat ist jedoch die Tatsache zu berücksichtigen, dass es sich dabei um ein Instrument der Selbstbeurteilung handelt, bei dem die Beschwerdeführerin den BDI-Bogen (Becks Depressions-Inventar) zum Ausfüllen mit nach Hause nehmen konnte (IV-Nr. 134.3 S. 9). Die Ergebnisse können daher einzig Hinweise auf die Selbstbeurteilung oder -darstellung der Beschwerdeführerin liefern, bilden aber keine verlässliche Beurteilungsgrundlage. Beim ebenfalls durchgeführten Rey Memory Test (RMT) erzielte die Beschwerdeführerin ein positives

Ergebnis, was einer Detektion auf Aggravation und Simulation entspreche. Im Weiteren stellte die psychiatrische Gutachterin im Verlauf der Exploration fest, im Gesamteindruck dominiere eine deutliche Belastung durch die erlebte Gewalt in der Ehe, die Schilderungen würden auf diese Erlebnisse fokussiert (IV-Nr. 134.3 S. 9). Diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin bei der Befragung zu den aktuellen Beschwerden in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 134.3 S. 3) unmittelbar auf ihre Erfahrungen mit ihrem Ex-Mann zu sprechen kam und ausführte, sie erlebe immer noch «alte Geschichten». Die Gutachterin hielt weiter fest, die Schmerzen seien nicht im Vordergrund des Beschwerdebildes gestanden und hätten das klinische Gesamtbild nicht dominiert, so dass die ICD-10 Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfüllt seien (IV-Nr. 134.3 S. 12). Diese gutachterliche Beurteilung ist plausibel, da während den ersten zwei Stunden der Exploration bei der Beschwerdeführerin weder Schmerzäquivalente noch schmerzmodulierende Bewegungen hätten beobachtet werden können und sie erst in der dritten Stunde kurz die Muskulatur im Schultergürtelbereich gedehnt und wiederholt Luft geholt habe. Sie habe ein gutes Durchhaltevermögen gezeigt (IV-Nr. 134.3 S. 9). In diesem Zusammenhang führte die Gutachterin aus, sie habe die Beschwerdeführerin nach der zweiten Stunde der Exploration gezielt gefragt, ob die Schmerzen im Alltag eine Rolle spielen würden, woraufhin das Schmerzsyndrom geschildert worden sei. Daher erscheint die Ausführung der psychiatrischen Gutachterin schlüssig, wonach die Schmerzen nicht spontan erwähnt worden seien (IV-Nr. 134.3 S. 9). Es überzeugt somit auch, dass die psychiatrische Gutachterin die somatoforme Schmerzstörung als derzeit weitgehend remittiert einstufte (IV-Nr. 134.3 S. 12). Die Beschwerdeführerin gab gegenüber der Expertin an, folgende psychiatrische Medikation einzunehmen: Sequase®(Sequorel®) 25 mg-0-0-0 (seit 14 Jahren), Cymbalta®(Duloxetin) 1 Tablette-0-0-0 (seit circa 14 Jahren) und Dafalgan®bei Bedarf, was sie auch im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung bestätigte (IV-Nr. 134.4 S. 5). Bei den durchgeführten Laboruntersuchungen liessen sich diese Angaben indes nicht nachweisen. So lag der TSH im Normbereich, der Duloxetin Spiegel < 0,002 mg/l [0,030 - 0,120] und der Quetiapin Spiegel < 0,007 mg/l [0,100 - 0,500]). Aufgrund dieser Ergebnisse leuchtet ein, wenn die Gutachterin davon ausging, dass bezüglich der Medikamenteneinnahme keine Compliance bestehe (IV-Nr. 134.3 S. 13 f.). Da die Gutachterin eine Arbeitsunfähigkeit schlüssig verneint hat, erübrigt sich eine Prüfung der durch die Rechtsprechung formulierten Indikatoren im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_224/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.3). Anzufügen bleibt, dass sich diese anhand des Gutachtens zuverlässig beurteilen liessen, wobei eine erhebliche Beeinträchtigung auszuschliessen wäre.

Bei der gutachterlichen Untersuchung der Wirbelsäule stellte Dr. med. P.\_\_\_\_ u.a. folgende Befunde fest (IV-Nr. 134.4 S. 6): Extension endphasig schmerzhaft, aber normal erhalten, Seitenneigung nach rechts und links seitengleich normal erhalten schmerzfrei, Rotation der LWS seitengleich normal erhalten, kein Hinweis auf segmentale Dysfunktion der LWS, keine Hinweise auf pathologische Blockade bzw. auf strukturelle Einschränkungen der Beweglichkeit der LWS, bei der passiven Beweglichkeit der LWS liessen sich weder radikuläre noch pseudoradikuläre Schmerzausstrahlungen in die unteren Extremitäten auslösen. Palpatorisch vermehrter Hartspann der paravertebralen Muskulatur beidseits im Sinne einer muskulären Dysbalance der paravertebralen Muskulatur, keine Myogelosen, palpatorisch diffuse Druckdolenz am Ansatz der Glutealmuskulatur am Beckenkamm bis auf Höhe des Trochanter majus beidseits, Mennell-Test negativ beidseits. Palpatorisch

vermehrter Hartspann der paravertebralen Muskulatur ohne Myogelosen im thorakalen Bereich der BWS. Palpatorisch vermehrter Hartspann der paravertebralen Muskulatur v.a. der Mm trapezii beidseits ohne Myogelosen und kein Hinweis auf segmentale Dysfunktion der HWS. Aufgrund dieser weitgehend unauffälligen klinischen Befunderhebungen ist die Einschätzung des rheumatologischen Experten nachvollziehbar (IV-Nr. 134.4 S. 9), wonach sich bei der klinischen Untersuchung eine normal erhaltene Beweglichkeit sämtlicher Segmente, ohne Hinweise auf organisch bedingte strukturelle segmentale Dysfunktionen der gesamten Wirbelsäule zeige und sich die Bewegung sämtlicher Segmente der Wirbelsäule passiv normal entfalte und auf allen Ebenen und in alle Richtungen harmonisch sei. In diesem Zusammenhang leuchtet ferner ein, dass die gelegentlich resultierenden endphasigen Schmerzen in Extension und Flexion der LWS (die im Übrigen normal erhalten seien) aus den vorhandenen muskulären Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im Rahmen einer diffusen muskulären Dekonditionierung entstünden. Daher überzeugt in Bezug auf therapeutische Massnahmen auch die gutachterliche Empfehlung, wonach bei der Beschwerdeführerin nebst dem bereits durchgeführten Besuch des Fitnessstudios auch detonisierende Massnahmen der verspannten paravertebralen Muskulatur durch eine lokale Ultraschalltherapie und Übungen, die sie zuhause selbst durchführen könne, zu diskutieren wären (IV-Nr. 134.3 S. 15). Auf die im Rahmen der Begutachtung ebenfalls durchgeführte MRI der gesamten Wirbelsäule vom 17. Juni 2017 (IV-Nr. 134.4 S. 7 f., vgl. E. II. 5.2.16 hiervor) ging der rheumatologische Experte in schlüssiger Weise ein (IV-Nr. 134.4 S. 10). Dabei hielt er fest, es fänden sich isolierte, nur diskrete degenerative Veränderungen auf Höhe von HWK5/6 und LWK5/SWK1, ohne klinische Relevanz aufgrund ihres Ausmasses und keine Kompression neuraler Strukturen. Desgleichen fänden sich keine Hinweise auf aktivierte Spondylarthrosen (keine aktivierten Arthrosen der Facettengelenke) auf allen Etagen vom cervicalen bis lumbalen Bereich. Aufgrund dieser gutachterlichen Einschätzungen und Beurteilungen kann nachvollzogen werden, dass der Gutachter bei der Beschwerdeführerin keine «harten Fakten» für das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung am axialen Skelett feststellen konnte (IV-Nr. 134.4 S. 14 oben). Dies auch, weil der rheumatologische Gutachter diesbezüglich auf die medizinische Fachliteratur einging (IV-Nr. 134.4 S. 10) und daraufhin die sich daraus ergebenden bestimmten typischen kernspintomografischen Muster anhand des konkreten Falles überprüfte. Dabei führte er aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sich die muskulären Schmerzen an ihrem Oberkörper seit circa sieben Jahren intensiviert hätten (IV-Nr. 134.4 S. 4), einleuchtend aus, dass unter der Annahme, wonach sich eine entzündliche Erkrankung seit mindestens circa sieben Jahren entwickeln würde, zu erwarten wäre, dass sich mittlerweile neben den entzündlichen auch strukturelle Veränderungen im Sinne von fettigen Degenerationen im Bereich der Wirbelkörper oder einer beginnenden Ankylosierung entwickelt haben dürften. Solche Veränderungen lägen jedoch im gesamten Achsenorgan der Beschwerdeführerin nicht vor. Daraus folgerte der rheumatologische Gutachter, dass die MRT der gesamten Wirbelsäule vom 17. Juni 2017 nicht mit einer vermutlich «seit sieben Jahren verlaufenden entzündlichen Erkrankung des Achsenorgans» vereinbar sei (IV-Nr. 134.4 S. 11). Diese gutachterlichen Beurteilungen erscheinen unter Heranziehung der MRI-Befunde vom 17. Juni 2017 (s. oben) plausibel. Im Weiteren ging Dr. med. P.\_\_\_\_ auf klinische Hinweise ein, die gegen das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung sprächen (IV-Nr. 134.4 S. 11). Dabei führte er u.a. in nachvollziehbarer Weise aus, die bei der Beschwerdeführerin bereits seit 20 Jahren bestehenden Schmerzen der Muskulatur würden bei körperlicher

Anstrengung exazerbieren, z.B. am Nachmittag, wobei sie darauf aufpassen müsse, wie sie sich bewege, damit die Schmerzen nicht extrem würden. Dieses Muster spreche indes ebenfalls gegen eine entzündliche Komponente der beklagten Beschwerden (IV-Nr. 134.4 S. 11).

6.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ ergibt sich Folgendes:

6.2.1.1 Eingehend auf die Berichte bzw. Verlaufsberichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 26. März 2012, 9. Dezember 2012, 26. März 2013 und 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2.3, 5.2.6, 5.2.9, 5.2.12 hiervor) kann festgehalten werden, dass der behandelnde Psychiater bereits im relativ kurz und knapp ausgefallenen Verlaufsbericht vom 26. März 2012 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor) über psychosoziale Faktoren berichtete. Neben den seit 2004 bestehenden Zukunftsängsten, innerer Unruhe und Schmerzen in verschiedenen Körperteilen habe die Beschwerdeführerin enorme Angst vor ihrem Ex-Ehemann, der sie nicht in Ruhe lasse und ihr kulturmässig Schaden bringen könne. Im Schreiben vom 9. Dezember 2012 (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor) bestätigte Dr. med. E.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin noch immer an Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, an Zukunftsängsten und innerer Unruhe leide und sehr schnell müde sei. Entsprechende Angaben sind sodann auch dem am 26. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) verfassten Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu entnehmen, wobei er auch die von der Beschwerdeführerin erlebte Gewalt durch den Ex-Mann (Ausüben von Druck und Schlagen) darlegte und festhielt, dass sie von ihm geschieden worden sei und ihre Ruhe gefunden habe, weshalb ihr psychischer Zustand für eine Weile stationär gewesen sei. Im Verlaufsbericht vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor) wies Dr. med. E.\_\_\_\_ nebst der Lust- und Interessenlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Weinkrisen, latenter Suizidalität weiterhin eine Müdigkeit, Zukunftsängste, innere Unruhe und Schmerzen in verschiedenen Körperteilen aus. Nach dem negativen IV-Entscheid habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert, indem sie Suizidgedanken gehabt habe. Diese durch den behandelnden Psychiater erhobenen Befunde wurden teilweise auch durch Dr. med. O.\_\_\_\_ im Rahmen ihres psychiatrischen Gutachtens festgestellt. So habe sich die Beschwerdeführerin bei der Beschreibung der gewalttätigen Erlebnisse in der Ehe emotional beteiligt gezeigt und geweint. Die Gutachterin hielt daher den Gesamteindruck einer deutlichen Belastung durch die erlebte Gewalt in der Ehe fest, da die Schilderungen auf diese Erlebnisse fokussiert seien (IV-Nr. 134.3 S. 9). Demgegenüber habe die Beschwerdeführerin die Schmerzen nicht spontan erwähnt und die Gutachterin habe sich zwei Stunden nach Beginn der Exploration erkundigt, ob die Schmerzen eine Rolle spielen würden (IV-Nr. 134.3 S. 9). Erst daraufhin habe die Beschwerdeführerin das Schmerzsyndrom geschildert, das jedoch gemäss gutachterlicher Einschätzung nicht im Fokus der Aufmerksamkeit stehe. Erst nach drei Stunden habe die Beschwerdeführerin zudem auf Nachfrage der Explorandin eine starke Müdigkeit und Konzentrationsstörungen angegeben (IV-Nr. 134.3 S. 9). Da die Gutachterin weiter festhielt, es bestünden keine Hinweise auf einen sozialen Rückzug, Selbst- oder Fremdgefährdung (IV-Nr. 134.3 S. 10) kann nachvollzogen werden, dass gemäss Dr. med. O.\_\_\_\_ (IV-Nr. 134.3 S. 13) seit dem letzten Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ eine deutliche Veränderung bestehe: So sei der psychische Befund bezüglich depressiver Symptome und Schmerzsymptome wesentlich besser. Dies sei wahrscheinlich durch den positiven Verlauf zu erklären, Schwankungen lägen in der Natur affektiver Erkrankungen. Dieser Einschätzung entspricht auch, dass die

durch den Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 26. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) gestellten Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig schwere depressive Episode mit Suizidideen (ICD-10 F33.19)» und einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht bestätigt werden konnten. Die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 seien bei bekannter Dysthymie und rezidivierender depressiver Störung in der Vorgeschichte (double depression) nicht erfüllt (IV-Nr. 134.3 S. 12). Das aktuelle Bild entspreche einer Dysthymie. Es ist zudem in Bezug auf Dr. med. E.\_\_\_\_ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

Somit wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ durch die (Verlaufs-) Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht in Frage gestellt.

6.2.1.2 In Bezug auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) sowie dessen Festhalten an seiner gutachterlichen Beurteilung im Bericht 30. Januar 2014 (vgl. E. II. 5.2.13 hiervor), lässt sich festhalten, dass die durch ihn ausgewiesene Diagnose einer «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» durch Dr. med. O.\_\_\_\_ im Rahmen ihres psychiatrischen Teilgutachtens bestätigt werden konnte (IV-Nr. 134.3 S. 14). Dabei führte sie aus, die Ausprägung der Dysthymie sei im Moment sehr milde. Die weitere, ebenfalls von Dr. med. G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.0)», konnte Dr. med. O.\_\_\_\_ indes aufgrund der durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen nicht bestätigen. So seien die Schmerzen aktuell nicht im Vordergrund des Beschwerdebildes gestanden und hätten das klinische Gesamtbild nicht dominiert (IV-Nr. 134.3 S. 12 Mitte). Beide psychiatrische Gutachter gingen trotz dieser leichtgradig abweichenden diagnostischen Einschätzungen in ihren jeweiligen Gutachten übereinstimmend davon aus, dass die psychiatrischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. So hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ fest, der Gesamtzustand entspreche im Wesentlichen demjenigen der letzten Begutachtung im Jahr 2012, so dass davon ausgegangen werden könne, dass die volle Arbeitsfähigkeit seit diesem Zeitpunkt bestehe (IV-Nr. 134.3 S. 14 unten).

Das beweismässige Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ wird somit durch das psychiatrisch-psychotherapeutische Teilgutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ gestützt.

6.2.1.3 Eingehend auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste der [...] vom 17. April 2013 (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor) betreffend die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. März bis 8. April 2013 aufgrund einer aktuellen suizidalen Krise nach dem Erhalt eines negativen Entscheides der Beschwerdegegnerin (Einstellung der Rente), kann zum einen festgehalten werden, dass die Psychiater einzig für die Zeit des stationären Aufenthaltes eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten, sich aber zum Zeitraum vor und nach der Hospitalisation nicht äusserten. Zum anderen wurde die im Austrittsbericht festgestellte Diagnose einer «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» durch Dr. med. O.\_\_\_\_ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten bestätigt. In Bezug auf die weitere Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)» hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ fest, es habe sich keine relevante depressive Symptomatik gefunden. Eine mild ausgeprägte Niedergestimmtheit habe im Hintergrund bestanden, jedoch kein manifester depressiver Affekt. Das Freudeempfinden sei erhalten gewesen, die

Gestik lebhaft, die Beschwerdeführerin habe ihre Anliegen energisch verbalisieren und vertreten können, eine psychomotorische Hemmung oder Antriebsstörung habe sich nicht gefunden, ebenso weder ein Schuldgefühl noch selbstabwertende Gedanken. Daher kam Dr. med. O. \_\_\_ zum Schluss, dass die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 bei bekannter Dysthymie und rezidivierender depressiver Störung in der Vorgeschichte (double depression) nicht erfüllt seien. Das aktuelle Bild entspreche einer Dysthymie (IV-Nr. 134.3 S. 12). Diese gutachterliche Beurteilung erweist sich als nachvollziehbar, da die stationäre Hospitalisation in der [...] vom 26. März bis 8. April 2013 aufgrund einer akuten Krise der Beschwerdeführerin nach Erhalt eines negativen Bescheides der Beschwerdegegnerin erfolgte.

Der Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste vom 17. April 2013 vermag die beweismässigen Einschätzungen und Diagnosestellungen von Dr. med. O. \_\_\_ nicht zu mindern.

6.2.1.4 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. D. \_\_\_ diagnostizierte in seinen beiden vom 22. Juni 2011 und 21. März 2013 datierenden Berichten (vgl. E. II. 5.2.1, 5.2.8 hiervor) u.a. eine «Depression bei psychosozialer Belastungssituation» bzw. eine «Depression». In Bezug auf diese psychiatrischen Diagnosen ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. med. D. \_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat. Daher kommt seinen psychiatrischen Diagnosestellungen kaum Beweiswert zu. Aus den beiden Berichten geht ausserdem auch nicht hervor, auf welche Befunderhebungen sich Dr. med. D. \_\_\_ bei diesen Diagnosen konkret stützte. So hielt er im Bericht vom 21. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.8 hiervor) einzig fest, die Beschwerdeführerin «wirke depressiv».

Daher vermögen diese Berichte des Hausarztes den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

6.2.1.5 Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens wird durch die vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert.

6.2.2 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. P. \_\_\_ (IV-Nr. 134.4) ergibt sich Folgendes:

6.2.2.1 Im rheumatologischen Gutachten vom 14. Mai 2012 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor) hielt Dr. med. F. \_\_\_ fest, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden seien bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Eine entsprechende Einschätzung findet sich auch im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. P. \_\_\_. So hielt dieser fest (IV-Nr. 134.4 S. 13), es fänden sich zusammenfassend keine harten Fakten für das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung am axialen Skelett. Im Vordergrund stünden eine muskuläre Dysbalance und muskuläre Dekonditionierung, weshalb sich keine relevante funktionelle Auswirkung in der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin plausibilisieren lasse. Sie sei aus rheumatologischer Sicht weiterhin in der Lage, jegliche Tätigkeit, welche ihre Neigungen und Qualifikationen entspreche, auszuüben. Die Arbeitsfähigkeit sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden, was aus heutiger Sicht so bestätigt werden könne (IV-Nr. 134.4 S. 13 f.). Somit finden sich zwischen den beiden rheumatologischen gutachterlichen Einschätzungen keine wesentlich

voneinander abweichenden fachspezifischen Beurteilungen.

Das rheumatologische Gutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ schmälert den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht.

6.2.2.2 Das am 19. Juni 2017 durchgeführte MRI Bechterew (vgl. E. II. 5.2.16 hiervor) bildet Bestandteil des bidisziplinären Gutachtens von Dres. med. O.\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_. Daher ging Dr. med. P.\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten auf die Beurteilung von PD Dr. med. AB.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 ein (IV-Nr. 134.4 S. 10). Dabei legte er dar, dass das eventuelle Vorliegen einer entzündlichen Komponente für diese Beschwerden aus rheumatologischer Sicht klinisch und kernspintomographisch überprüft und bewertet werden müsse. Nach kritischer Überprüfung der kernspintomografischen Befunde in Zusammenhang mit dem klinischen Verlauf und dem aktuellen klinischen Zustand der Beschwerdeführerin könne aus rheumatologischer Sicht das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung des rheumatologischen Formenkreises weiterhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht bestätigt werden. Diesbezüglich legte er dar, dass es für den Ausschluss einer entzündlichen Erkrankung bei dieser Beschwerdeführerin sowohl klinische als auch radiomorphologische Argumente gebe. Diese gutachterliche Einschätzung erscheint plausibel, zumal sich Dr. med. P.\_\_\_\_ anschliessend in Bezug auf die kernspintomographischen Befunde mit der aktuellen Fachliteratur auseinandersetzte und so die Voraussetzungen hierfür darlegte. Danach ging er auf den konkreten Fall der Beschwerdeführerin ein und diskutierte die auf den Aussagen der Beschwerdeführerin basierende Annahme, wonach sich eine entzündliche Erkrankung seit circa sieben Jahren entwickle. So gab die Beschwerdeführerin während der Exploration an, die beklagten muskulären Schmerzen an ihrem Oberkörper bestünden seit 20 Jahren, hätten sich aber seit circa sieben Jahren intensiviert (IV-Nr. 134.3 S. 4). Dabei hielt Dr. med. P.\_\_\_\_ fest, dass sich bei einer solchen Konstellation neben den entzündlichen Veränderungen (z.B. periartikuläre Ödembildung in Knochen) mittlerweile auch strukturelle Veränderungen im Sinne von fettigen Degenerationen im Bereich der Wirbelkörper oder eine beginnende Ankylosierung entwickelt haben dürften. Eine entsprechende Entwicklung sei bei der Beschwerdeführerin indes nicht gegeben. Denn solche Veränderungen lägen im gesamten Achsen skelett der Beschwerdeführerin nicht vor. Diese fettigen anterioren Degenerationen der Wirbelkörper seien für die Beurteilung einer chronisch laufenden entzündlichen Erkrankung der Wirbelsäule, die sich aber bei der Explorandin nicht finden liessen, viel mehr spezifisch als das Ödem. Im Weiteren ging Dr. med. P.\_\_\_\_ auch auf die im Bericht vom 19. Juni 2017 beschriebenen «erosiven ISG-Veränderungen beidseits» ein (vgl. E. II. 5.2.16 hiervor), wobei er ausführte, diese seien an sich nicht spezifisch für eine entzündliche Erkrankung, insbesondere in ihrem aktuellen Ausmass und in der aktuellen klinischen Konstellation, welche sich bei der Beschwerdeführerin ergebe. Damit ist auch die Schlussfolgerung plausibel, wonach in anderen Wörtern, summa summarum das MRT der ganzen Wirbelsäule vom 17. Juni 2017 nicht mit einer vermutlich «seit sieben Jahren verlaufenden entzündlichen Erkrankung des Achsenorganes» vereinbar und eine entzündliche Erkrankung nicht bewiesen, sondern eher unwahrscheinlich sei und aus rheumatologischer Sicht überhaupt nicht bestätigt werden könne (IV-Nr. 134.4. S. 11). Dr. med. P.\_\_\_\_ hat sich somit in seinem rheumatologischen Teilgutachten mit der Beurteilung von PD Dr. med. AB.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 (vgl. E. II. 5.2.16 hiervor) hinreichend auseinandergesetzt.

Folglich vermag der Bericht vom 19. Juni 2017 die beweismässigen Ausführungen und Einschätzungen von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

6.2.2.3 In Bezug auf die Berichte des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2011 und 21. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.1, 5.2.8 hiervor) kann zunächst darauf hingewiesen werden, dass sich dieser auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat und daher seinen rheumatologischen Diagnosestellungen nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einer spezialärztlichen Expertise. Zudem können die durch ihn im Bericht vom 22. Juni 2011 gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar hergeleitet werden. Denn es ist nicht ersichtlich, auf welche erhobene Befunde er diese stützte. Jedenfalls sind solche im entsprechenden Bericht nicht dokumentiert. Im Bericht vom 21. März 2013 gibt der behandelnde Hausarzt an, es hätten sich anlässlich diverser Konsultationen immer wieder Verspannungen im Bereich des Schulter-Nackengürtels gezeigt. Auch die übrige Muskulatur sei verspannt und es bestehe eine schmerzhafte LWS ohne radikuläre Zeichen. Wie bereits unter E. II. 6.2.1.1 ausgeführt, ist auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

Die beiden Berichte des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vermögen den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen.

6.2.2.4 Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens wird durch die vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert.

7. Es ist zu prüfen, ob der nach dem Gutachten von Dres. med. O.\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 verfasste Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. November 2017 dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermag:

7.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ setzte sich in seinem Bericht vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) mit dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ einzig dahingehend auseinander, als er auf das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Exploration einging. Er hielt fest, die nicht spontane Äusserung von Schmerzen sei kulturgemäss verständlich und die Beschwerdeführerin habe sich nicht daran gewöhnt, sich spontan auszudrücken. Obschon diese Argumentation zwar einzuleuchten vermag, da der behandelnde Psychiater diese mit dem Ausüben von Druck durch den Ex-Mann der Beschwerdeführerin begründete und darlegte, dass sich die Beschwerdeführerin danach nicht habe entscheiden können, ob sie sich selbst ausdrücken müsse oder nicht, bleibt offen, wieso die Beschwerdeführerin bei der gutachterlichen Untersuchung die Schmerzen nicht von selbst erwähnt hat. So ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Schmerzproblematik dazu führt, dass die jeweilige Person bei einer gutachterlichen Besprechung von den Schmerzen berichtet oder zumindest aus ihrem Verhalten geschlossen werden kann, dass sie unter schmerzbedingten Beeinträchtigungen leidet. Im vorliegenden Fall konnte die Gutachterin jedoch erst gegen Ende der Exploration, nach über 2,5 Stunden, schmerzmodulierende Bewegungen bzw. Schmerzäusserungen beobachten (IV-Nr. 134.4 S. 12). Dieses Verhalten fällt auch deshalb auf, weil es sich bei Dr. med. O.\_\_\_\_ um eine weibliche Gutachterin handelt und sich die Beschwerdeführerin ihr gegenüber im Grossen und Ganzen relativ gut öffnen konnte. So hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe bei der aktuellen Exploration einzelne Gewalterlebnisse benennen und schildern können, was möglicherweise damit zusammenhänge, dass sie sich

gegenüber einer weiblichen Gutachterin bezüglich dieser schambesetzten Inhalte eher habe öffnen können (IV-Nr. 134.3 S. 12 unten). Daher vermag nicht einzuleuchten, wieso die Beschwerdeführerin zwar imstande gewesen sein soll, Dr. med. O.\_\_\_\_ von einzelnen Gewalterlebnissen zu berichten, aber demgegenüber ■ wie dies Dr. med. E.\_\_\_\_ vorbringt ■ nicht in der Lage gewesen sein soll, sich spontan zu den Schmerzen zu äussern. Der Argumentation von Dr. med. E.\_\_\_\_ kann daher nicht gefolgt werden.

Die im Bericht vom 5. November 2017 von Dr. med. E.\_\_\_\_ ausgewiesenen Diagnosestellungen beruhen auf Befunden, welche bereits im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ festgestellt worden sind. So hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin sei wach, allseits orientiert, psychomotorisch unruhig und verlangsamt, es seien keine Ich- oder Bewusstseinsstörungen eruierbar. Es gebe Anhaltspunkte für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Das Denken sei formal perseverierend, inhaltlich auf die schwierige Ehe und Schlägereien von ihrem Ex-Ehemann eingeeengt. Die Stimmung sei deprimiert mit Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Dissoziationen, innerer Unruhe, Morgentief, Flashbacks und Albträumen. Die Beschwerdeführerin gebe jedes Mal an, sie habe Schmerzen an verschiedenen Körperteilen. Es seien keine psychotischen Symptome eruierbar. Impulshandlungen seien nicht bekannt (IV-Nr. 140 S. 11). Entsprechende Befunderhebungen ■ aber ohne Flashbacks und Albträume ■ sind dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ zu entnehmen. So hielt sie u.a. fest (IV-Nr. 134.3 S. 9 f.), die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, zurzeit und zum Ort orientiert und gebe bei der Frage nach der situativen Orientierung an, nicht zu wissen, warum sie hier sei. Sichere Konzentrationsschwierigkeiten könnten bei Verdacht auf eine eingeschränkte Validität nicht abgeleitet werden. Das formale Denken sei geordnet. Keine Hinweise auf Hypochondrie, Phobien oder Zwänge. Keine Hinweise auf Wahn, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin leicht niedergestimmt. Die emotionale Stimmungsfähigkeit sei reduziert, jedoch vorhanden. Schuldgefühle würden verneint. Der Antrieb sei in der Untersuchungssituation sehr gut. Zum Einschlafen brauche sie 30 bis 60 Minuten, danach schlafe sie vier bis fünf Stunden durch. Gegen 7.30 Uhr wache sie wieder auf. Nach einer schlechten Nacht sei sie manchmal müde, dann lege sie sich wieder hin, schlafe dabei jedoch nicht. Demzufolge leuchtet die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 hiervor) ein, wonach Dr. med. E.\_\_\_\_ den gleichen Zustand anders beurteile. In diesem Sinn hielt sodann auch Dr. med. R.\_\_\_\_, RAD, im Bericht vom 17. Mai 2018 (vgl. E. II. 5.2.20 hiervor) fest, es würden keine neuen medizinischen Tatsachen belegt, sondern bekannte, zu denen schon Stellung genommen worden sei. Diese könnten als eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts angesehen werden. Dem ist beizupflichten. Namentlich legt Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht näher dar, wie er die in seinem Bericht vom 5. November 2017 erstmals gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung begründet, insbesondere mit Blick auf die entsprechenden Diagnosekriterien und angesichts des mehrjährigen zeitlichen Abstands zu den Vorfällen während der Ehe der Explorandin, welche 2007 getrennt und 2010 geschieden wurde (vgl. IV-Nr. 52.1 S. 13).

Der Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) führt somit nicht zu einer Schmälerung des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_.

7.2 Folglich vermag auch der nach dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 verfasste Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen.

8. Nachfolgend ist auf die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

10. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2006 (IV-Nr. 37) hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) in rechtsrelevanter Weise verändert: So wurde der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Entscheids vom 15. Dezember 2006 gestützt auf die diagnostizierte «schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) bei psycho-sozialer Belastung» eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. März 2004 attestiert (IV-Grad 100 %). Im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) ergab sich in Bezug auf die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin gemäss dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.17 hiervor), seit der Begutachtung im Jahr 2012 durch Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.2.4 f. hiervor) keine krankheitswertige gesundheitliche, insbesondere keine psychiatrische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Es wurden eine derzeit remittierte rezidivierende depressive Störung anamnestisch (ICD-10 F33.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung anamnestisch (ICD-10 F45.4) und anamnestisch ein chronischer Ehekonflikt, Probleme in der Beziehung zum Ehemann (ICD-10 Z63.0) sowie eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die noch im Zeitpunkt vom 15. Dezember 2006 dominierende «schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1)» konnte bereits im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) nicht mehr festgestellt werden. So diagnostizierte er einerseits eine «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40)» und eine «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» und hielt fest, eine relevante Arbeitsunfähigkeit könne nicht begründet werden. Es ist daher in Bezug auf die psychiatrische Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin von einer Verbesserung auszugehen.

In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand führte der rheumatologische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, die Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden, was aus heutiger Sicht so bestätigt werden könne. Dies gelte auch für jegliche Verweistätigkeiten, welche den Qualifikationen und Neigungen der Beschwerdeführerin entsprächen. Relevante Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestünden auch in einer angepassten Tätigkeit nicht (IV-Nr. 134.4 S. 13 f.). Diese Ausführungen erweisen sich als korrekt, da bereits anlässlich des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2005 (vgl. E. II. 5.1.1 hiervor) von Seiten des Bewegungsapparates eine Arbeitsleistung von acht Stunden täglich als grundsätzlich zumutbar qualifiziert wurde. Dies bestätigte sodann auch Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Gutachten vom 14. Mai 2012 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor), indem er ausführte, die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Somit ist in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand nicht von einer Veränderung auszugehen.

11. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme

weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Auf das Einholen eines ■ wie von der Beschwerdeführerin beantragt (vgl. E. I. 4 Ziff. 3 hiervor, A.S. 25) ■ polydisziplinären [recte: bidisziplinären] Gutachtens (Psychiatrie und Rheumatologie) kann verzichtet werden, da von einem solchen keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind. Diesbezüglich kann auch auf die beiden Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. Q. \_\_\_ und R. \_\_\_ vom 12. Januar und 17. Mai 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 f. hiervor) verwiesen werden.

12. Zusammenfassend ist ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. G. \_\_\_ vom 27. September 2012 sowohl eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision sind daher erfüllt (vgl. E. II. 4.1 hiervor). Es ist zudem nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) ihren ursprünglichen Aufhebungsentscheid vom 25. Juli 2014 (IV-Nr. 91), der u.a. bereits auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G. \_\_\_ vom 27. September 2012 basierte, als korrekt bezeichnete und daher den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. September 2014 verneinte. Denn die Verfügung vom 13. Juli 2018 wurde durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2014.237 vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 107) aufgehoben und an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie in Bezug auf die neue Praxis des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) ein neues psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten einhole. Da die Gutachter im daraufhin durch die Beschwerdegegnerin korrekterweise eingeholten bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N. \_\_\_ vom 27. September 2017 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit retrospektiv auf den Zeitpunkt der gutachterlichen Vorbeurteilung im Jahr 2012 feststellten, ist eine rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente nicht zu beanstanden. Dies entspricht auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung: Nach Art. 88bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Eine Rentenaufhebung oder -herabsetzung kann zwar nicht rückwirkend verfügt, wohl aber rückwirkend bestätigt werden (BGE 129 V 370, 106 V 18; SVR 2011 IV Nr. 33 S. 96, 8C\_451/2010 E. 4.2.2 und E. 4.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_567/2011 vom 3. Januar 2012 E. 3.2, 8C\_125/2012 vom 10. Oktober 2012 E. 3). Da die Beschwerdeführerin in der Lage ist, eine 100%ige Arbeitstätigkeit auszuüben, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtet hat.

13. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2018 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

14. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

14.1 Der Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervor).

14.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die Vertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Claudia Trösch, liess am 6. Dezember 2018 zwei Kostennoten einreichen (A.S. 49 ff.), die eine basierend auf einem Stundenansatz von CHF 180.00 und die andere auf einem solchen von CHF 260.00. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) i.V.m. § 161 GT CHF 180.00. Bei einem Stundenansatz von CHF 180.00 wird ein Kostenersatz von insgesamt CHF 2'359.05.40 geltend gemacht. Dabei beträgt der Aufwand total 11,71 Stunden. Mehrere der geltend gemachten Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (drei Kurzbriefe an Klientin vom 19. September, 18. Oktober und 27. November 2018 à je 0,17 Stunden sowie der Brief ans Versicherungsgericht vom 6. Dezember 2018 [Einreichen der Kostennote] à 0,17 Stunden), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Damit reduziert sich der Aufwand um 0,68 Stunden auf 11,03 Stunden. Unter Berücksichtigung der Auslagen von total CHF 82.60 und der Mehrwertsteuer für das Jahr 2018 von 7,7 % ist das Honorar insgesamt auf CHF 2'227.30 (CHF 1'985.40 [11,03 Std. x CHF 180.00] + CHF 82.60 + 7,7 % MwSt.) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 594.00, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin ■ von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

14.3 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 an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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



noch aus somatischer Sicht eine wesentliche Veränderung gegenüber dem Zeitpunkt der letzten Prüfung (gutachterlich bidisziplinäre Abklärung aus dem Jahr 2012, S. 10). 5.2.18 Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 5. November 2017 (IV-Nr. 140 S. 11 f.) folgende Diagnosen: – Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD-10 F62.0 – Anhaltende somatoforme Schmerzstörung ICD-10 F45.4 – Rezidivierende depressive Störung gegenwärtig mittelgradige Episode ICD-10 F33.11 Aus psychiatrischer Sicht könne man der Beschwerdeführerin keine Verantwortung im freien Markt geben. Sie sei sehr vergesslich und dissoziiere öfters. Deswegen schätze er sie 80 % arbeitsunfähig. Die Beschwerdeführerin könne nicht einmal ihre Wohnung in einem Tag putzen. Der Haushalt sei wegen dauernden Schmerzen nicht regelmässig gemacht. Manchmal mache sie zwei bis drei Tagen Pause, damit sie sich ausruhen könne. Seit 2006 habe die Beschwerdeführerin verschiedene Etappen erlebt. Bis 2010 habe sie eine schwere depressive Episode erlebt. Nach der Scheidung (2010) habe Dr. med. E.\_\_\_\_ bei ihr eine leichte Verbesserung feststellen können; das sei eher eine Erleichterung gewesen. 2013 habe sie einen Rückfall erlebt, in dem sie mit suizidalen Ideen gekommen sei. Mit einer engen Betreuung habe eine Stabilisation erreicht werden können. Im Moment schätze Dr. med. E.\_\_\_\_ sie eher stationär. Zum psychiatrischen Fachgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ vom Juni 2017 führte Dr. med. E.\_\_\_\_ Folgendes aus: Die Kollegin erwähne in ihrem Gutachten, dass die Beschwerdeführerin die Schmerzen von sich selbst (spontan) nicht erwähnt habe. Dieses Verhalten sei für ihn kulturgemäss verständlich, weil die Beschwerdeführerin sich daran nicht gewöhnt habe, sich spontan auszudrücken. Zuerst weil ihr Ehemann sie Jahre lang unter Druck gelassen habe. Nachher könne sie nicht entscheiden, ob sie sich von selbst ausdrücken müsse oder nicht. Dieses letzte Verhalten sei auch von mehreren Gutachtern abhängig, die ihr nicht erlaubt hätten, spontan ihre Schwierigkeiten anzusagen. Betreffend Medikamentenspiegel könne man nur erklären, weil die Beschwerdeführerin öfters vergesslich sei. 5.2.19 Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2018 (IV-Nr. 141 S. 2 ff.) betreffend das Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.17 hiavor) fest, das Gutachten sei insgesamt schlüssig und nachvollziehbar. Wie bereits im Jahr 2005 anlässlich der Erstbeurteilung als auch im Jahr 2012 anlässlich der rheumatologischen Verlaufsbeurteilung könne auch aktuell keine wesentliche funktionelle Einschränkung auf rheumatologischem Fachgebiet festgestellt werden. Hinsichtlich des psychiatrischen Krankheitsbildes gehe die Gutachterin mit der Einschätzung im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung vom 27. September 2012 dahingehend konform, dass die 2005 noch diagnostizierte depressive Episode weiter als remittiert beurteilt werden könne. Die weiterbestehende affektive Symptomatik werde im Rahmen einer Dysthymie eingeordnet, wie dies auch anlässlich der psychiatrischen Beurteilung vom September 2012 erfolgt sei. Bezüglich der im Jahre 2012 diagnostizierten anhaltenden somatoformen Schmerzstörung seien zum heutigen Zeitpunkt die diagnostischen Kriterien nicht mehr gegeben. Insgesamt sei das klinische Bild vergleichbar mit dem Zustandsbild, wie es in der Vorbeurteilung von 2012 vorbeschrieben worden sei, die subjektiven Klagen hätten sich jedoch dahingehend verlagert, dass Schmerzen nicht mehr im Vordergrund stünden. Aus rheumatologischer Sicht sei die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt von der Beschwerdeführerin ausgeübte Tätigkeit als Lageristin zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden. Dies könne aus heutiger Sicht so bestätigt werden. Retrospektiv könne ferner davon ausgegangen werden, dass seit dem Zeitpunkt der psychiatrischen Vorbeurteilung vom 27. September 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr aus psychiatrischer

Sicht bestehe. Zum Einwand der Rechtsvertreterin vom 16. November 2017 (IV-Nr. 140) und dem Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_ fest, die Vertreterin der Beschwerdeführerin gebe ihre Sichtweise der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin wieder. Dabei handle es sich um eine andere Beurteilung des Zustandes aus nichtmedizinischer Sicht gegenüber jener der fachärztlichen Gutachterin. Ebenso beurteile Dr. med. E.\_\_\_\_ den gleichen Zustand anders. Immerhin sei die Beschwerdeführerin insgesamt nun von je zwei rheumatologischen und psychiatrischen Gutachtern beurteilt worden und alle seien zu den gleichen Schlussfolgerungen gekommen. Es handle sich hierbei um sorgfältige Gutachten und die Schlussfolgerungen seien nachvollziehbar. Das Gutachten sei aus versicherungs-medizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar. Der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache verändert. So betrage die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin ab dem 27. September 2012 100 %. Es müssten keine weiteren Abklärungen vorgenommen werden. 5.2.20 Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 17. Mai 2018 (IV-Nr. 147 S. 2 f.) fest, die Beschwerdeführerin habe durch ihre Rechtsvertreterin erneut Einwände gegen die Einschätzungen der bidisziplinären Begutachtung bei der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.17 hiervor) vorbringen lassen. Die medizinische Situation und die Aktenlage hätten sich nicht geändert. Auf die bereits bekannten Ergebnisse der Begutachtung, die gegenläufige Einschätzung durch den Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 16. November 2017 (recte: 5. November 2017, vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) und die Stellungnahme des RAD vom 12. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 hiervor) könne verwiesen werden. Da im Einwand keine neuen medizinischen Fakten geltend gemacht würden, sondern weiterhin lediglich die bereits bekannte eigene Beurteilung und Sicht dargelegt und damit eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts vertreten würden, könnten die Fragen wie folgt beantwortet werden: Am Entscheid solle festgehalten werden. Es würden keine neuen medizinischen Tatsachen belegt, sondern bereits bekannte, zu denen schon Stellung genommen worden sei. Diese könnten als eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts angesehen werden. Aus der Sicht des RAD seien weitere Abklärungen derzeit nicht erforderlich. 6. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob sich die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 stütze (vgl. E. II. 5.2.17 hiervor). 6.1 Das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin unter Beizug einer [...]sprechenden Dolmetscherin (IV-Nrn. 134.3 S. 1, 134.4 S. 2) je einer ausführlichen psychiatrischen sowie rheumatologischen Exploration unterzogen (IV-Nrn. 134.3 S. 3 ff., 134.4 S. 3 ff.), womit auch ihre subjektiv geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen sind. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. Es wurden eine Verhaltensbeobachtung, ein Mini ICF Rating-Bogen, psychometrische Testungen (MADRS, BDI, RMT) sowie Laboruntersuchungen durchgeführt (IV-Nr. 134.3 S. 8 ff.). Im Weiteren wurde der Rheumastatus erhoben und am 17. Juni 2017 eine MRI Bechterew-Untersuchung durchgeführt (IV-Nrn. 134.4 S. 6 ff., 135). Durch das chronologische Aufführen der Akten ab dem 13. März 2003 unter dem Titel «Aktenzusammenfassung» (IV-Nr. 134.2) ist davon auszugehen, dass das Gutachten in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt wurde. So

verwiesen sowohl die psychiatrische Gutachterin als auch der rheumatologische Gutachter in ihren jeweiligen Teilgutachten auf eben diese Aktenzusammenfassung im Gesamtgutachten (IV-Nrn. 134.3 S. 3, 134.4 S. 2). Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: Aufgrund der bei der Beschwerdeführerin im Hintergrund bestehenden mild ausgeprägten Niedergestimmtheit, jedoch keines manifesten depressiven Affektes, eines erhaltenen Freudeempfindens, weder psychomotorischer Hemmung noch Antriebsstörung oder Schuldgefühlen und selbstabwertenden Gedanken (IV-Nr. 134.3 S. 12 Mitte), leuchtet ein, dass die psychiatrische Gutachterin Dr. med. O. \_\_\_ bei der Beschwerdeführerin die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 bei bekannter Dysthymie und rezidivierender depressiven Störung in der Vorgeschichte (double depression) als nicht erfüllt qualifizierte. Diese Einschätzung wird durch die Ergebnisse der durchgeführten psychometrischen Testverfahren gestützt (IV-Nr. 134.3 S. 11 oben): So erzielte die Beschwerdeführerin beim MADRS-Test, einem System der Fremdbeurteilung, 12 von maximal 60 Punkten, was einer leichten Depression entspricht. Beim BDI-Test erzielte sie 35 von maximal 63 Punkten, was grundsätzlich einer bedeutenden Depression entspräche. Bei diesem Resultat ist jedoch die Tatsache zu berücksichtigen, dass es sich dabei um ein Instrument der Selbstbeurteilung handelt, bei dem die Beschwerdeführerin den BDI-Bogen (Becks Depressions-Inventar) zum Ausfüllen mit nach Hause nehmen konnte (IV-Nr. 134.3 S. 9). Die Ergebnisse können daher einzig Hinweise auf die Selbstbeurteilung oder -darstellung der Beschwerdeführerin liefern, bilden aber keine verlässliche Beurteilungsgrundlage. Beim ebenfalls durchgeführten Rey Memory Test (RMT) erzielte die Beschwerdeführerin ein positives Ergebnis, was einer Detektion auf Aggravation und Simulation entspreche. Im Weiteren stellte die psychiatrische Gutachterin im Verlauf der Exploration fest, im Gesamteindruck dominiere eine deutliche Belastung durch die erlebte Gewalt in der Ehe, die Schilderungen würden auf diese Erlebnisse fokussiert (IV-Nr. 134.3 S. 9). Diese gutachterliche Einschätzung ist nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin bei der Befragung zu den aktuellen Beschwerden in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 134.3 S. 3) unmittelbar auf ihre Erfahrungen mit ihrem Ex-Mann zu sprechen kam und ausführte, sie erlebe immer noch «alte Geschichten». Die Gutachterin hielt weiter fest, die Schmerzen seien nicht im Vordergrund des Beschwerdebildes gestanden und hätten das klinische Gesamtbild nicht dominiert, so dass die ICD-10 Kriterien einer somatoformen Schmerzstörung zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht erfüllt seien (IV-Nr. 134.3 S. 12). Diese gutachterliche Beurteilung ist plausibel, da während den ersten zwei Stunden der Exploration bei der Beschwerdeführerin weder Schmerzäquivalente noch schmerzmodulierende Bewegungen hätten beobachtet werden können und sie erst in der dritten Stunde kurz die Muskulatur im Schultergürtelbereich gedehnt und wiederholt Luft geholt habe. Sie habe ein gutes Durchhaltevermögen gezeigt (IV-Nr. 134.3 S. 9). In diesem Zusammenhang führte die Gutachterin aus, sie habe die Beschwerdeführerin nach der zweiten Stunde der Exploration gezielt gefragt, ob die Schmerzen im Alltag eine Rolle spielen würden, woraufhin das Schmerzsyndrom geschildert worden sei. Daher erscheint die Ausführung der psychiatrischen Gutachterin schlüssig, wonach die Schmerzen nicht spontan erwähnt worden seien (IV-Nr. 134.3 S. 9). Es überzeugt somit auch, dass die psychiatrische Gutachterin die somatoforme Schmerzstörung als derzeit weitgehend remittiert einstufte (IV-Nr. 134.3 S. 12). Die Beschwerdeführerin gab gegenüber der Expertin an, folgende psychiatrische Medikation einzunehmen: Sequase® (Sequorel®) 25 mg-0-0-0 (seit 14 Jahren), Cymbalta® (Duloxetin) 1 Tablette-0-0-0 (seit circa 14 Jahren) und Dafalgan® bei

Bedarf, was sie auch im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung bestätigte (IV-Nr. 134.4 S. 5). Bei den durchgeführten Laboruntersuchungen liessen sich diese Angaben indes nicht nachweisen. So lag der TSH im Normbereich, der Duloxetine Spiegel < 0,002 mg/l [0,030 - 0,120] und der Quetiapin Spiegel < 0,007 mg/l [0,100 - 0,500]). Aufgrund dieser Ergebnisse leuchtet ein, wenn die Gutachterin davon ausging, dass bezüglich der Medikamenteneinnahme keine Compliance bestehe (IV-Nr. 134.3 S. 13 f.). Da die Gutachterin eine Arbeitsunfähigkeit schlüssig verneint hat, erübrigt sich eine Prüfung der durch die Rechtsprechung formulierten Indikatoren im Rahmen eines strukturierten Beweisverfahrens (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_224/2018 vom 7. Juni 2018 E. 4.2.3). Anzuführen bleibt, dass sich diese anhand des Gutachtens zuverlässig beurteilen liessen, wobei eine erhebliche Beeinträchtigung auszuschliessen wäre. Bei der gutachterlichen Untersuchung der Wirbelsäule stellte Dr. med. P. \_\_\_ u.a. folgende Befunde fest (IV-Nr. 134.4 S. 6): Extension endphasig schmerzhaft, aber normal erhalten, Seitenneigung nach rechts und links seitengleich normal erhalten schmerzfrei, Rotation der LWS seitengleich normal erhalten, kein Hinweis auf segmentale Dysfunktion der LWS, keine Hinweise auf pathologische Blockade bzw. auf strukturelle Einschränkungen der Beweglichkeit der LWS, bei der passiven Beweglichkeit der LWS liessen sich weder radikuläre noch pseudoradikuläre Schmerzausstrahlungen in die unteren Extremitäten auslösen. Palpatorisch vermehrter Hartspann der paravertebralen Muskulatur beidseits im Sinne einer muskulären Dysbalance der paravertebralen Muskulatur, keine Myogelosen, palpatorisch diffuse Druckdolenz am Ansatz der Glutealmuskulatur am Beckenkamm bis auf Höhe des Trochanter majus beidseits, Mennell-Test negativ beidseits. Palpatorisch vermehrter Hartspann der paravertebralen Muskulatur ohne Myogelosen im thorakalen Bereich der BWS. Palpatorisch vermehrter Hartspann der paravertebralen Muskulatur v.a. der Mm trapezii beidseits ohne Myogelosen und kein Hinweis auf segmentale Dysfunktion der HWS. Aufgrund dieser weitgehend unauffälligen klinischen Befunderhebungen ist die Einschätzung des rheumatologischen Experten nachvollziehbar (IV-Nr. 134.4 S. 9), wonach sich bei der klinischen Untersuchung eine normal erhaltene Beweglichkeit sämtlicher Segmente, ohne Hinweise auf organisch bedingte strukturelle segmentale Dysfunktionen der gesamten Wirbelsäule zeige und sich die Bewegung sämtlicher Segmente der Wirbelsäule passiv normal entfalte und auf allen Ebenen und in alle Richtungen harmonisch sei. In diesem Zusammenhang leuchtet ferner ein, dass die gelegentlich resultierenden endphasigen Schmerzen in Extension und Flexion der LWS (die im Übrigen normal erhalten seien) aus den vorhandenen muskulären Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im Rahmen einer diffusen muskulären Dekonditionierung entstünden. Daher überzeugt in Bezug auf therapeutische Massnahmen auch die gutachterliche Empfehlung, wonach bei der Beschwerdeführerin nebst dem bereits durchgeführten Besuch des Fitnessstudios auch detonisierende Massnahmen der verspannten paravertebralen Muskulatur durch eine lokale Ultraschalltherapie und Übungen, die sie zuhause selbst durchführen könne, zu diskutieren wären (IV-Nr. 134.3 S. 15). Auf die im Rahmen der Begutachtung ebenfalls durchgeführte MRI der gesamten Wirbelsäule vom 17. Juni 2017 (IV-Nr. 134.4 S. 7 f., vgl. E. II. 5.2.16 hiervor) ging der rheumatologische Experte in schlüssiger Weise ein (IV-Nr. 134.4 S. 10). Dabei hielt er fest, es fänden sich isolierte, nur diskrete degenerative Veränderungen auf Höhe von HWK5/6 und LWK5/SWK1, ohne klinische Relevanz aufgrund ihres Ausmasses und keine Kompression neuraler Strukturen. Desgleichen fänden sich keine Hinweise auf aktivierte Spondylarthrosen (keine aktivierten Arthrosen der Facettengelenke) auf allen Etagen vom cervicalen bis lumbalen Bereich.

Aufgrund dieser gutachterlichen Einschätzungen und Beurteilungen kann nachvollzogen werden, dass der Gutachter bei der Beschwerdeführerin keine «harten Fakten» für das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung am axialen Skelett feststellen konnte (IV-Nr. 134.4 S. 14 oben). Dies auch, weil der rheumatologische Gutachter diesbezüglich auf die medizinische Fachliteratur einging (IV-Nr. 134.4 S. 10) und daraufhin die sich daraus ergebenden bestimmten typischen kernspintomografischen Muster anhand des konkreten Falles überprüfte. Dabei führte er aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin, wonach sich die muskulären Schmerzen an ihrem Oberkörper seit circa sieben Jahren intensiviert hätten (IV-Nr. 134.4 S. 4), einleuchtend aus, dass unter der Annahme, wonach sich eine entzündliche Erkrankung seit mindestens circa sieben Jahren entwickeln würde, zu erwarten wäre, dass sich mittlerweile neben den entzündlichen auch strukturelle Veränderungen im Sinne von fettigen Degenerationen im Bereich der Wirbelkörper oder einer beginnenden Ankylosierung entwickelt haben dürften. Solche Veränderungen lägen jedoch im gesamten Achsenorgan der Beschwerdeführerin nicht vor. Daraus folgerte der rheumatologische Gutachter, dass die MRT der gesamten Wirbelsäule vom 17. Juni 2017 nicht mit einer vermutlich «seit sieben Jahren verlaufenden entzündlichen Erkrankung des Achsenorgans» vereinbar sei (IV-Nr. 134.4 S. 11). Diese gutachterlichen Beurteilungen erscheinen unter Heranziehung der MRI-Befunde vom 17. Juni 2017 (s. oben) plausibel. Im Weiteren ging Dr. med. P.\_\_\_\_ auf klinische Hinweise ein, die gegen das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung sprächen (IV-Nr. 134.4 S. 11). Dabei führte er u.a. in nachvollziehbarer Weise aus, die bei der Beschwerdeführerin bereits seit 20 Jahren bestehenden Schmerzen der Muskulatur würden bei körperlicher Anstrengung exazerbieren, z.B. am Nachmittag, wobei sie darauf aufpassen müsse, wie sie sich bewege, damit die Schmerzen nicht extrem würden. Dieses Muster spreche indes ebenfalls gegen eine entzündliche Komponente der beklagten Beschwerden (IV-Nr. 134.4 S. 11). Das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 erweist sich demnach als beweismässig. 6.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die vor dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 verfassten medizinischen Akten dessen Beweiswert zu schmälern vermögen: 6.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ ergibt sich Folgendes: 6.2.1.1 Eingehend auf die Berichte bzw. Verlaufsberichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 26. März 2012, 9. Dezember 2012, 26. März 2013 und 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2.3, 5.2.6, 5.2.9, 5.2.12 hiervor) kann festgehalten werden, dass der behandelnde Psychiater bereits im relativ kurz und knapp ausgefallenen Verlaufsbericht vom 26. März 2012 (vgl. E. II. 5.2.3 hiervor) über psychosoziale Faktoren berichtete. Neben den seit 2004 bestehenden Zukunftsängsten, innerer Unruhe und Schmerzen in verschiedenen Körperteilen habe die Beschwerdeführerin enorme Angst vor ihrem Ex-Ehemann, der sie nicht in Ruhe lasse und ihr kulturmässig Schaden bringen könne. Im Schreiben vom 9. Dezember 2012 (vgl. E. II. 5.2.6 hiervor) bestätigte Dr. med. E.\_\_\_\_, dass die Beschwerdeführerin noch immer an Schmerzen in verschiedenen Körperteilen, an Zukunftsängsten und innerer Unruhe leide und sehr schnell müde sei. Entsprechende Angaben sind sodann auch dem am 26. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) verfassten Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ zu entnehmen, wobei er auch die von der Beschwerdeführerin erlebte Gewalt durch den Ex-Mann (Ausüben von Druck und Schlagen) darlegte und festhielt, dass sie von ihm geschieden worden sei und ihre Ruhe gefunden habe, weshalb ihr psychischer Zustand für eine Weile stationär gewesen sei. Im Verlaufsbericht vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor) wies Dr. med. E.\_\_\_\_

nebst der Lust- und Interessenlosigkeit, Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Weinkrisen, latenter Suizidalität weiterhin eine Müdigkeit, Zukunftsängste, innere Unruhe und Schmerzen in verschiedenen Körperteilen aus. Nach dem negativen IV-Entscheid habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert, indem sie Suizidgedanken gehabt habe. Diese durch den behandelnden Psychiater erhobenen Befunde wurden teilweise auch durch Dr. med. O.\_\_\_\_ im Rahmen ihres psychiatrischen Gutachtens festgestellt. So habe sich die Beschwerdeführerin bei der Beschreibung der gewalttätigen Erlebnisse in der Ehe emotional beteiligt gezeigt und geweint. Die Gutachterin hielt daher den Gesamteindruck einer deutlichen Belastung durch die erlebte Gewalt in der Ehe fest, da die Schilderungen auf diese Erlebnisse fokussiert seien (IV-Nr. 134.3 S. 9). Demgegenüber habe die Beschwerdeführerin die Schmerzen nicht spontan erwähnt und die Gutachterin habe sich zwei Stunden nach Beginn der Exploration erkundigt, ob die Schmerzen eine Rolle spielen würden (IV-Nr. 134.3 S. 9). Erst daraufhin habe die Beschwerdeführerin das Schmerzsyndrom geschildert, das jedoch gemäss gutachterlicher Einschätzung nicht im Fokus der Aufmerksamkeit stehe. Erst nach drei Stunden habe die Beschwerdeführerin zudem auf Nachfrage der Explorandin eine starke Müdigkeit und Konzentrationsstörungen angegeben (IV-Nr. 134.3 S. 9). Da die Gutachterin weiter festhielt, es bestünden keine Hinweise auf einen sozialen Rückzug, Selbst- oder Fremdgefährdung (IV-Nr. 134.3 S. 10) kann nachvollzogen werden, dass gemäss Dr. med. O.\_\_\_\_ (IV-Nr. 134.3 S. 13) seit dem letzten Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ eine deutliche Veränderung bestehe: So sei der psychische Befund bezüglich depressiver Symptome und Schmerzsymptome wesentlich besser. Dies sei wahrscheinlich durch den positiven Verlauf zu erklären, Schwankungen lägen in der Natur affektiver Erkrankungen. Dieser Einschätzung entspricht auch, dass die durch den Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ im Bericht vom 26. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) gestellten Diagnosen einer «rezidivierenden depressiven Störung gegenwärtig schwere depressive Episode mit Suizidideen (ICD-10 F33.19)» und einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)» im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht bestätigt werden konnten. Die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 seien bei bekannter Dysthymie und rezidivierender depressiver Störung in der Vorgeschichte (double depression) nicht erfüllt (IV-Nr. 134.3 S. 12). Das aktuelle Bild entspreche einer Dysthymie. Es ist zudem in Bezug auf Dr. med. E.\_\_\_\_ der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Somit wird der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ durch die (Verlaufs-) Berichte von Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht in Frage gestellt.

6.2.1.2 In Bezug auf das psychiatrisch-psychotherapeutische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor) sowie dessen Festhalten an seiner gutachterlichen Beurteilung im Bericht 30. Januar 2014 (vgl. E. II. 5.2.13 hiervor), lässt sich festhalten, dass die durch ihn ausgewiesene Diagnose einer «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» durch Dr. med. O.\_\_\_\_ im Rahmen ihres psychiatrischen Teilgutachtens bestätigt werden konnte (IV-Nr. 134.3 S. 14). Dabei führte sie aus, die Ausprägung der Dysthymie sei im Moment sehr milde. Die weitere, ebenfalls von Dr. med. G.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung (ICD-10 F45.0)», konnte Dr. med. O.\_\_\_\_ indes aufgrund der durchgeführten gutachterlichen Untersuchungen nicht bestätigen. So seien die Schmerzen aktuell nicht im Vordergrund des Beschwerdebildes gestanden und hätten das klinische Gesamtbild nicht dominiert (IV-Nr. 134.3 S. 12 Mitte). Beide

psychiatrische Gutachter gingen trotz dieser leichtgradig abweichenden diagnostischen Einschätzungen in ihren jeweiligen Gutachten übereinstimmend davon aus, dass die psychiatrischen Diagnosen keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin hätten. So hielt Dr. med. O. \_\_\_ fest, der Gesamtzustand entspreche im Wesentlichen demjenigen der letzten Begutachtung im Jahr 2012, so dass davon ausgegangen werden könne, dass die volle Arbeitsfähigkeit seit diesem Zeitpunkt bestehe (IV-Nr. 134.3 S. 14 unten). Das beweismässige Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_ wird somit durch das psychiatrisch-psychotherapeutische Teilgutachten von Dr. med. G. \_\_\_ gestützt. 6.2.1.3 Eingehend auf den Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste der [...] vom 17. April 2013 (vgl. E. II. 5.2.10 hiervor) betreffend die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. März bis 8. April 2013 aufgrund einer aktuellen suizidalen Krise nach dem Erhalt eines negativen Bescheides der Beschwerdegegnerin (Einstellung der Rente), kann zum einen festgehalten werden, dass die Psychiater einzig für die Zeit des stationären Aufenthaltes eine volle Arbeitsunfähigkeit attestierten, sich aber zum Zeitraum vor und nach der Hospitalisation nicht äusserten. Zum anderen wurde die im Austrittsbericht festgestellte Diagnose einer «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» durch Dr. med. O. \_\_\_ in ihrem psychiatrischen Teilgutachten bestätigt. In Bezug auf die weitere Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1)» hielt Dr. med. O. \_\_\_ fest, es habe sich keine relevante depressive Symptomatik gefunden. Eine mild ausgeprägte Niedergestimmtheit habe im Hintergrund bestanden, jedoch kein manifester depressiver Affekt. Das Freudeempfinden sei erhalten gewesen, die Gestik lebhaft, die Beschwerdeführerin habe ihre Anliegen energisch verbalisieren und vertreten können, eine psychomotorische Hemmung oder Antriebsstörung habe sich nicht gefunden, ebenso weder ein Schuldgefühl noch selbstabwertende Gedanken. Daher kam Dr. med. O. \_\_\_ zum Schluss, dass die Kriterien einer depressiven Episode nach ICD-10 bei bekannter Dysthymie und rezidivierender depressiver Störung in der Vorgeschichte (double depression) nicht erfüllt seien. Das aktuelle Bild entspreche einer Dysthymie (IV-Nr. 134.3 S. 12). Diese gutachterliche Beurteilung erweist sich als nachvollziehbar, da die stationäre Hospitalisation in der [...] vom 26. März bis 8. April 2013 aufgrund einer akuten Krise der Beschwerdeführerin nach Erhalt eines negativen Bescheides der Beschwerdegegnerin erfolgte. Der Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste vom 17. April 2013 vermag die beweismässigen Einschätzungen und Diagnosestellungen von Dr. med. O. \_\_\_ nicht zu mindern. 6.2.1.4 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin Dr. med. D. \_\_\_ diagnostizierte in seinen beiden vom 22. Juni 2011 und 21. März 2013 datierenden Berichten (vgl. E. II. 5.2.1, 5.2.8 hiervor) u.a. eine «Depression bei psychosozialer Belastungssituation» bzw. eine «Depression». In Bezug auf diese psychiatrischen Diagnosen ist darauf hinzuweisen, dass sich Dr. med. D. \_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat. Daher kommt seinen psychiatrischen Diagnosestellungen kaum Beweiswert zu. Aus den beiden Berichten geht ausserdem auch nicht hervor, auf welche Befunderhebungen sich Dr. med. D. \_\_\_ bei diesen Diagnosen konkret stützte. So hielt er im Bericht vom 21. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.8 hiervor) einzig fest, die Beschwerdeführerin «wirke depressiv». Daher vermögen diese Berichte des Hausarztes den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O. \_\_\_ nicht in Frage zu stellen. 6.2.1.5 Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens wird durch die vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert. 6.2.2 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. P. \_\_\_ (IV-Nr. 134.4) ergibt sich Folgendes: 6.2.2.1 Im rheumatologischen Gutachten vom 14. Mai 2012 (vgl. E. II. 5.2.4 hiervor) hielt Dr. med.

F. \_\_\_ fest, die von der Beschwerdeführerin geschilderten Beschwerden seien bezüglich Umfang und Intensität höchstens partiell auf die objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunde abstützbar. Die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Eine entsprechende Einschätzung findet sich auch im rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. P. \_\_\_. So hielt dieser fest (IV-Nr. 134.4 S. 13), es fänden sich zusammenfassend keine harten Fakten für das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung am axialen Skelett. Im Vordergrund stünden eine muskuläre Dysbalance und muskuläre Dekonditionierung, weshalb sich keine relevante funktionelle Auswirkung in der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin plausibilisieren lasse. Sie sei aus rheumatologischer Sicht weiterhin in der Lage, jegliche Tätigkeit, welche ihre Neigungen und Qualifikationen entspreche, auszuüben. Die Arbeitsfähigkeit sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden, was aus heutiger Sicht so bestätigt werden könne (IV-Nr. 134.4 S. 13 f.). Somit finden sich zwischen den beiden rheumatologischen gutachterlichen Einschätzungen keine wesentlich voneinander abweichenden fachspezifischen Beurteilungen. Das rheumatologische Gutachten von Dr. med. F. \_\_\_ schmälert den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. P. \_\_\_ nicht.

6.2.2.2 Das am 19. Juni 2017 durchgeführte MRI Bechterew (vgl. E. II. 5.2.16 hiervor) bildet Bestandteil des bidisziplinären Gutachtens von Dres. med. O. \_\_\_ und P. \_\_\_. Daher ging Dr. med. P. \_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten auf die Beurteilung von PD Dr. med. AB. \_\_\_ vom 19. Juni 2017 ein (IV-Nr. 134.4 S. 10). Dabei legte er dar, dass das eventuelle Vorliegen einer entzündlichen Komponente für diese Beschwerden aus rheumatologischer Sicht klinisch und kernspintomographisch überprüft und bewertet werden müsse. Nach kritischer Überprüfung der kernspintomografischen Befunde in Zusammenhang mit dem klinischen Verlauf und dem aktuellen klinischen Zustand der Beschwerdeführerin könne aus rheumatologischer Sicht das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung des rheumatologischen Formenkreises weiterhin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht bestätigt werden. Diesbezüglich legte er dar, dass es für den Ausschluss einer entzündlichen Erkrankung bei dieser Beschwerdeführerin sowohl klinische als auch radiomorphologische Argumente gebe. Diese gutachterliche Einschätzung erscheint plausibel, zumal sich Dr. med. P. \_\_\_ anschliessend in Bezug auf die kernspintomographischen Befunde mit der aktuellen Fachliteratur auseinandersetzte und so die Voraussetzungen hierfür darlegte. Danach ging er auf den konkreten Fall der Beschwerdeführerin ein und diskutierte die auf den Aussagen der Beschwerdeführerin basierende Annahme, wonach sich eine entzündliche Erkrankung seit circa sieben Jahren entwickle. So gab die Beschwerdeführerin während der Exploration an, die beklagten muskulären Schmerzen an ihrem Oberkörper bestünden seit 20 Jahren, hätten sich aber seit circa sieben Jahren intensiviert (IV-Nr. 134.3 S. 4). Dabei hielt Dr. med. P. \_\_\_ fest, dass sich bei einer solchen Konstellation neben den entzündlichen Veränderungen (z.B. periartikuläre Ödembildung in Knochen) mittlerweile auch strukturelle Veränderungen im Sinne von fettigen Degenerationen im Bereich der Wirbelkörper oder eine beginnende Ankylosierung entwickelt haben dürften. Eine entsprechende Entwicklung sei bei der Beschwerdeführerin indes nicht gegeben. Denn solche Veränderungen lägen im gesamten Achsenskelett der Beschwerdeführerin nicht vor. Diese fettigen anterioren Degenerationen der Wirbelkörper seien für die Beurteilung einer chronisch laufenden entzündlichen Erkrankung der Wirbelsäule, die sich aber bei der Explorandin nicht finden liessen, viel

mehr spezifisch als das Ödem. Im Weiteren ging Dr. med. P.\_\_\_\_ auch auf die im Bericht vom 19. Juni 2017 beschriebenen «erosiven ISG-Veränderungen beidseits» ein (vgl. E. II. 5.2.16 hiervor), wobei er ausführte, diese seien an sich nicht spezifisch für eine entzündliche Erkrankung, insbesondere in ihrem aktuellen Ausmass und in der aktuellen klinischen Konstellation, welche sich bei der Beschwerdeführerin ergebe. Damit ist auch die Schlussfolgerung plausibel, wonach in anderen Wörtern, summa summarum das MRT der ganzen Wirbelsäule vom 17. Juni 2017 nicht mit einer vermutlich «seit sieben Jahren verlaufenden entzündlichen Erkrankung des Achsenorganes» vereinbar und eine entzündliche Erkrankung nicht bewiesen, sondern eher unwahrscheinlich sei und aus rheumatologischer Sicht überhaupt nicht bestätigt werden könne (IV-Nr. 134.4. S. 11). Dr. med. P.\_\_\_\_ hat sich somit in seinem rheumatologischen Teilgutachten mit der Beurteilung von PD Dr. med. AB.\_\_\_\_ vom 19. Juni 2017 (vgl. E. II. 5.2.16 hiervor) hinreichend auseinandergesetzt. Folglich vermag der Bericht vom 19. Juni 2017 die beweismässigen Ausführungen und Einschätzungen von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. 6.2.2.3 In Bezug auf die Berichte des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 22. Juni 2011 und 21. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.1, 5.2.8 hiervor) kann zunächst darauf hingewiesen werden, dass sich dieser auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisiert hat und daher seinen rheumatologischen Diagnosestellungen nicht derselbe Beweiswert zukommt wie einer spezialärztlichen Expertise. Zudem können die durch ihn im Bericht vom 22. Juni 2011 gestellten Diagnosen nicht nachvollziehbar hergeleitet werden. Denn es ist nicht ersichtlich, auf welche erhobene Befunde er diese stützte. Jedenfalls sind solche im entsprechenden Bericht nicht dokumentiert. Im Bericht vom 21. März 2013 gibt der behandelnde Hausarzt an, es hätten sich anlässlich diverser Konsultationen immer wieder Verspannungen im Bereich des Schulter-Nackengürtels gezeigt. Auch die übrige Muskulatur sei verspannt und es bestehe eine schmerzhafte LWS ohne radikuläre Zeichen. Wie bereits unter E. II. 6.2.1.1 ausgeführt, ist auch hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärzte mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470, 125 V 351 E. 3b/cc S. 353). Die beiden Berichte des Hausarztes Dr. med. D.\_\_\_\_ vermögen den Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. 6.2.2.4 Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens wird durch die vorangehenden medizinischen Berichte nicht geschmälert. 7. Es ist zu prüfen, ob der nach dem Gutachten von Dres. med. O.\_\_\_\_ und P.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 verfasste Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. November 2017 dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermag: 7.1 Der behandelnde Psychiater Dr. med. E.\_\_\_\_ setzte sich in seinem Bericht vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) mit dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ einzig dahingehend auseinander, als er auf das Verhalten der Beschwerdeführerin während der Exploration einging. Er hielt fest, die nicht spontane Äusserung von Schmerzen sei kulturgemäss verständlich und die Beschwerdeführerin habe sich nicht daran gewöhnt, sich spontan auszudrücken. Obschon diese Argumentation zwar einzuleuchten vermag, da der behandelnde Psychiater diese mit dem Ausüben von Druck durch den Ex-Mann der Beschwerdeführerin begründete und darlegte, dass sich die Beschwerdeführerin danach nicht habe entscheiden können, ob sie sich selbst ausdrücken müsse oder nicht, bleibt offen, wieso die Beschwerdeführerin bei der gutachterlichen Untersuchung die Schmerzen nicht von selbst erwähnt hat. So ist davon auszugehen, dass eine erhebliche Schmerzproblematik dazu führt, dass die jeweilige Person bei einer gutachterlichen Besprechung von den Schmerzen berichtet oder zumindest aus ihrem

Verhalten geschlossen werden kann, dass sie unter schmerzbedingten Beeinträchtigungen leidet. Im vorliegenden Fall konnte die Gutachterin jedoch erst gegen Ende der Exploration, nach über 2,5 Stunden, schmerzmodulierende Bewegungen bzw. Schmerzäusserungen beobachten (IV-Nr. 134.4 S. 12). Dieses Verhalten fällt auch deshalb auf, weil es sich bei Dr. med. O.\_\_\_\_ um eine weibliche Gutachterin handelt und sich die Beschwerdeführerin ihr gegenüber im Grossen und Ganzen relativ gut öffnen konnte. So hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin habe bei der aktuellen Exploration einzelne Gewalterlebnisse benennen und schildern können, was möglicherweise damit zusammenhänge, dass sie sich gegenüber einer weiblichen Gutachterin bezüglich dieser schambesetzten Inhalte eher habe öffnen können (IV-Nr. 134.3 S. 12 unten). Daher vermag nicht einzuleuchten, wieso die Beschwerdeführerin zwar imstande gewesen sein soll, Dr. med. O.\_\_\_\_ von einzelnen Gewalterlebnissen zu berichten, aber demgegenüber – wie dies Dr. med. E.\_\_\_\_ vorbringt – nicht in der Lage gewesen sein soll, sich spontan zu den Schmerzen zu äussern. Der Argumentation von Dr. med. E.\_\_\_\_ kann daher nicht gefolgt werden. Die im Bericht vom 5. November 2017 von Dr. med. E.\_\_\_\_ ausgewiesenen Diagnosestellungen beruhen auf Befunden, welche bereits im psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ festgestellt worden sind. So hielt Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, die Beschwerdeführerin sei wach, allseits orientiert, psychomotorisch unruhig und verlangsamt, es seien keine Ich- oder Bewusstseinsstörungen eruierbar. Es gebe Anhaltspunkte für eine andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung. Das Denken sei formal perseverierend, inhaltlich auf die schwierige Ehe und Schlägereien von ihrem Ex-Ehemann eingengt. Die Stimmung sei deprimiert mit Konzentrationsschwierigkeiten, Schlafstörungen, Vergesslichkeit, Dissoziationen, innerer Unruhe, Morgentief, Flashbacks und Albträumen. Die Beschwerdeführerin gebe jedes Mal an, sie habe Schmerzen an verschiedenen Körperteilen. Es seien keine psychotischen Symptome eruierbar. Impulshandlungen seien nicht bekannt (IV-Nr. 140 S. 11). Entsprechende Befunderhebungen – aber ohne Flashbacks und Albträume – sind dem psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ zu entnehmen. So hielt sie u.a. fest (IV-Nr. 134.3 S. 9 f.), die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, zurzeit und zum Ort orientiert und gebe bei der Frage nach der situativen Orientierung an, nicht zu wissen, warum sie hier sei. Sichere Konzentrationsschwierigkeiten könnten bei Verdacht auf eine eingeschränkte Validität nicht abgeleitet werden. Das formale Denken sei geordnet. Keine Hinweise auf Hypochondrie, Phobien oder Zwänge. Keine Hinweise auf Wahn, Ich-Störungen oder Sinnestäuschungen. Im Affekt wirke die Beschwerdeführerin leicht niedergestimmt. Die emotionale Stimmungsfähigkeit sei reduziert, jedoch vorhanden. Schuldgefühle würden verneint. Der Antrieb sei in der Untersuchungssituation sehr gut. Zum Einschlafen brauche sie 30 bis 60 Minuten, danach schlafe sie vier bis fünf Stunden durch. Gegen 7.30 Uhr wache sie wieder auf. Nach einer schlechten Nacht sei sie manchmal müde, dann lege sie sich wieder hin, schlafe dabei jedoch nicht. Demzufolge leuchtet die Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. Q.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 hiervor) ein, wonach Dr. med. E.\_\_\_\_ den gleichen Zustand anders beurteile. In diesem Sinn hielt sodann auch Dr. med. R.\_\_\_\_, RAD, im Bericht vom 17. Mai 2018 (vgl. E. II. 5.2.20 hiervor) fest, es würden keine neuen medizinischen Tatsachen belegt, sondern bekannte, zu denen schon Stellung genommen worden sei. Diese könnten als eine andere Einschätzung desselben Sachverhalts angesehen werden. Dem ist beizupflichten. Namentlich legt Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht näher dar, wie er die in seinem Bericht vom 5. November 2017 erstmals gestellte Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsänderung begründet, insbesondere mit Blick auf die

entsprechenden Diagnosekriterien und angesichts des mehrjährigen zeitlichen Abstands zu den Vorfällen während der Ehe der Explorandin, welche 2007 getrennt und 2010 geschieden wurde (vgl. IV-Nr. 52.1 S. 13). Der Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor) führt somit nicht zu einer Schmälerung des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_. 7.2 Folglich vermag auch der nach dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 verfasste Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ dessen Beweiswert nicht in Frage zu stellen. 8. Nachfolgend ist auf die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen: 8.1 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen (A.S. 15), die psychiatrische Gutachterin habe die Voraussetzungen einer posttraumatischen Belastungsstörung geprüft, diese jedoch aus nicht nachvollziehbaren Gründen bereits aufgrund des Eingangskriteriums ausgeschlossen, da die Beschwerdeführerin angeblich keinem kurz- oder langanhaltenden Ereignis oder Geschehen von aussergewöhnlicher Bedrohung ausgesetzt gewesen sei, das bei nahezu jedem tiefgreifende Verzweiflung auslösen würde. Es ist daher zunächst auf die PTBS einzugehen: Eine PTBS entsteht als eine verzögerte oder protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation aussergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmasses (kurz oder lang anhaltend), die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Angst und Depression sind häufig mit den Symptomen und Merkmalen der PTBS assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten. Drogeneinnahme oder übermässiger Alkoholkonsum können als komplizierende Faktoren hinzukommen. Der Verlauf ist wechselhaft, in der Mehrzahl der Fälle kann jedoch eine Heilung erwartet werden. Bei wenigen Patienten nimmt die Störung über viele Jahre einen chronischen Verlauf und geht dann in eine andauernde Persönlichkeitsänderung (F62.0) über (BGE 142 V 342 E. 5.1 S. 346 mit weiteren Hinweisen). Wenn die Gutachterin die von ihr festgestellte jahrelange Belastung durch Gewalt in der Ehe (IV-Nr. 134.3 S. 12; vgl. auch E. II. 8.2 hiernach) nicht mit Ereignissen wie Folter, Lagerhaft, Entführung oder Terroranschlag auf eine Stufe stellte, vermag dies – ohne die Geschehnisse verharmlosen zu wollen – einzuleuchten. Darüber hinaus bedarf es zur Begründung einer solchen Diagnose auch der entsprechenden Symptome. Typische Merkmale gemäss ICD-10 F43.1 sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (Nachhallerinnerungen, Flashbacks), Träumen oder Alpträumen, die vor dem Hintergrund eines andauernden Gefühls von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit auftreten. Ferner werden als Merkmale Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten, genannt. Meist trete ein Zustand von vegetativer Übererregtheit und Schlafstörung auf. Angst und Depression seien häufig mit den genannten Symptomen und Merkmalen verbunden und Suizidgedanken nicht selten (vgl. Horst Dilling / Harald J. Freyberger [Hrsg.]: Taschenführer zur ICD-10 Klassifikation psychischer Störungen, 6. Auflage, Bern 2013, S. 173 f.). Solche typischen Symptome finden sich in der Befunderhebung des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. O.\_\_\_\_ nicht. Zudem hielt die psychiatrische Gutachterin fest (IV-Nr. 134.3 S. 13), Symptome einer vegetativen Übererregung fehlten. Sie erwähnte jedoch, dass die erlebte Traumatisierung einen Vulnerabilitätsfaktor in Bezug auf das Auftreten weiterer psychischer Störungen darstelle und auf jeden Fall im weiteren Verlauf berücksichtigt werden solle. Somit gilt die Diagnose einer PTBS als nicht erstellt. Sie wurde demnach in den früheren psychiatrischen Berichten und Gutachten nie gestellt (vgl. E. II. 5 hiervor):

Die gutachterlichen Einschätzungen erweisen sich als korrekt. In Bezug auf das weitere in diesem Zusammenhang stehende Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 15 f.), wonach die psychiatrische Gutachterin in jedem Fall auch die Voraussetzungen einer andauernden Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung ICD-10 F62.0 hätte prüfen müssen, kann festgehalten werden, dass jeder Gutachter innerhalb seiner Fachkompetenzen und seines Ermessens selbst darüber zu entscheiden hat, welche Diagnosen er zu prüfen und auf welche Diagnosen er einzugehen hat. Den Vorbringen der Beschwerdeführerin kann somit nicht gefolgt werden.

8.2 Die Beschwerdeführerin lässt weiter vorbringen (A.S. 16 f.), die psychiatrische Gutachterin habe die bei ihr unbestrittenermassen im Zentrum stehenden extremen Erlebnisse während der Ehe nur ungenügend abgeklärt. Diesbezüglich ist darauf hinzuweisen, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der gutachterlichen Exploration über die immer noch «alten Geschichten», die sie mit ihrem Ehemann erlebt habe, berichtete (IV-Nr. 134.3 S. 3 f.). Dabei gab sie u.a. an, sie erlebe beim darüber sprechen die Dinge wieder, die Szenen seien wieder vor ihren Augen. Sie sei mehrfach vergewaltigt worden. Die Erinnerungen seien mit einem Gefühl der verlorenen Würde und der Niederlage verbunden. Sie habe sich nicht wehren können, das mache ihr weh. Der Ehemann sei spielsüchtig gewesen. Sie habe dieses Leben 22 Jahre lang ertragen müssen, die Kinder seien klein gewesen. Der Ehemann sei tagelang nicht zuhause gewesen, wenn er nach Hause gekommen sei, habe es Streit gegeben. Durch die Teilnahme an Würfelspielen habe er etwa zwei bis dreimal in der Nacht CHF 2'000.00 bis CHF 3'000.00 verloren, sonst seien es kleinere Beträge gewesen. Sie habe jahrelang Angst gehabt: «Wenn er nach Hause komme, was erlebe ich jetzt?». Er habe sie auch geschlagen, mit der Hand ins Gesicht geboxt, sie habe blaue Flecken gehabt. Er habe sie mehrfach auf den Kopf geschlagen, seitdem leide sie an Kopfschmerzen. Einmal habe er sie solange geschlagen, bis sie ihren Nacken nicht mehr gespürt habe. Aufgrund dieser Schilderungen hielt Dr. med. O. \_\_\_ fest, klinisch sei die jahrelange Belastung durch Gewalt in der Ehe deutlich im Vordergrund gestanden (IV-Nr. 134.3 S. 12). Die Beschwerdeführerin habe bei der aktuellen Exploration einzelne Gewalterlebnisse benennen und schildern können. Aufgrund dieser durch die Beschwerdeführerin geäußerten Ereignisse während der Ehe mit ihrem Ex-Mann ist nicht ersichtlich, inwiefern die psychiatrische Gutachterin bei der Beschwerdeführerin die extremen Erlebnisse während der Ehe nur «ungenügend» abgeklärt haben soll.

8.3 In Bezug auf das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 17), wonach es äusserst fraglich erscheine, weshalb vom behandelnden Psychiater Dr. med. E. \_\_\_ kein aktueller Bericht eingeholt oder seitens der Gutachterin mit diesem Kontakt aufgenommen worden sei, ist darauf hinzuweisen, dass jeder Gutachter innerhalb der ihm zustehenden Fachkompetenzen und seines Ermessens selbst darüber zu entscheiden hat, ob das Einholen von weiteren fremdanamnestischen Informationen erforderlich bzw. notwendig ist (Urteil des Bundesgerichts 9C\_457/2018 vom 7. September 2018 E. 3.2 mit Hinweis). Zudem befanden sich Berichte von Dr. med. E. \_\_\_ in den Akten. Die Beschwerdeführerin stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt (A.S. 17 f.), es munde unverständlich an, dass die begutachtende Psychiaterin die Beschwerdeführerin damit konfrontiert habe, dass ihr Psychiater selbst erklärt habe, sie habe seit 2010 eine Entlastung erlebt. Aufgrund der vorliegenden Akten ist davon auszugehen, dass sich die Beschwerdeführerin im Jahr 2010 von ihrem Ex-Mann scheiden liess. So hielt die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 26. Januar 2012 (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor) fest, die Beschwerdeführerin sei seit zwei Jahren geschieden, so dass sich auch ihre psychosoziale Situation gebessert habe. In diesem Sinn stellte auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. \_\_\_ in seinem

Teilgutachten vom 27. September 2012 fest (vgl. E. II. 5.2.5 hiervor), nach der Trennung vom Ehemann 2007 und der vollzogenen Scheidung 2010 könne mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine innerseelische Konfliktlösung angenommen werden. Dementsprechend hielt auch Dr. med. E. \_\_\_ im Bericht vom 26. März 2013 (vgl. E. II. 5.2.9 hiervor) fest, der psychische Zustand sei für eine Weile stationär gewesen, weil die Beschwerdeführerin von ihrem Ehemann geschieden worden sei und ihre Ruhe gefunden habe. Aber mit der Zeit habe sich dieser Zustand verschlechtert, ohne dass Dr. med. E. \_\_\_ dies begründen oder die Beschwerdeführerin dies erklären könne. Aufgrund dieser gesundheitlichen Verschlechterung mit Suizidgedanken war die Beschwerdeführerin vom 26. März bis 8. April 2013 in der Psychiatrischen Klinik hospitalisiert. Sie trat in gebessertem Zustand aus. Dieser Hospitalisation ging ein negativer Entscheid der Beschwerdegegnerin voraus. Daher hielt Dr. med. E. \_\_\_ im Verlaufsbericht vom 29. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2.12 hiervor) fest, nach dem negativen Entscheid der Beschwerdegegnerin habe sich der psychische Zustand der Beschwerdeführerin verschlechtert, indem sie Suizidgedanken entwickelt habe. Entgegen den Ausführungen im Austrittsbericht der Psychiatrischen Dienste hielt der behandelnde Psychiater im Weiteren dafür, dass sich der psychiatrische Zustand der Beschwerdeführerin trotz der stationären Behandlung in der Psychiatrischen Klinik nicht viel geändert habe. Dem widerspricht Dr. med. G. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 30. Januar 2014 (vgl. E. II. 5.2.14 hiervor), indem er ausführte, die Reaktion der Beschwerdeführerin auf einen Entscheid der Beschwerdegegnerin habe durch eine erfolgreiche Krisenintervention stabilisiert werden können. Damit vereinbar ist die Ausführung von Dr. med. E. \_\_\_ im Bericht vom 5. November 2017 (vgl. E. II. 5.2.18 hiervor), in welchem er darlegte, er habe nach der Scheidung 2010 bei der Beschwerdeführerin eine leichte Verbesserung feststellen können, 2013 habe sie einen Rückfall gehabt, in dem sie mit suizidalen Ideen gekommen sei. Mit einer engen Betreuung habe bei der Beschwerdeführerin indes eine Stabilisierung erreicht werden können. Im Moment schätze er die Beschwerdeführerin eher stationär. Gestützt auf diese Darlegungen ist die Aussage von Dr. med. O. \_\_\_ im Rahmen des psychiatrischen Gutachtens, wonach die Beschwerdeführerin 2010 eine Entlastung erlebt habe, dann jedoch bei negativem IV-Entscheid eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten sei (IV-Nr. 134.3 S. 5), nicht zu beanstanden. Den Vorbringen der Beschwerdeführerin kann somit nicht gefolgt werden. 8.4 Die Beschwerdeführerin stellt sich ferner auf den Standpunkt, die Schlussfolgerung der psychiatrischen Gutachterin, wonach die Depression der Beschwerdeführerin remittiert sei, sei unverständlich (A.S. 18 f.). Dieser Auffassung kann indes nicht gefolgt werden: So hielt Dr. med. O. \_\_\_ aufgrund der gutachterlichen Untersuchung in nachvollziehbarer Weise fest (IV-Nr. 134.3 S. 9), bei der Beschwerdeführerin finde sich keine manifeste depressive Symptomatik, die gedrückte Stimmung sei eher im Hintergrund zu spüren. Eine relevante depressive Symptomatik habe sich nicht gefunden (IV-Nr. 134.3 S. 12). Es habe eine mild ausgeprägte Niedergestimmtheit im Hintergrund bestanden, jedoch kein manifester Affekt. Das Freudeempfinden sei erhalten gewesen, die Gesten lebhaft, die Beschwerdeführerin habe ihre Anliegen energisch verbalisieren und vertreten können, eine psychomotorische Hemmung oder Antriebsstörung habe sich nicht gefunden, ebenso wenig Schuldgefühle oder selbstabwertende Gedanken. Daher leuchtet ein, dass Dr. med. O. \_\_\_ die rezidivierende depressive Störung anamnestisch, mit «derzeit remittiert» bezeichnete. Daran vermag auch das Vorbringen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern, wonach die Feststellungen der Gutachterin von den Feststellungen des behandelnden Psychiaters

diametral abweiche (A.S. 18). 8.5 Die Beschwerdeführerin lässt in Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ vorbringen (A.S. 23 f.), er relativiere mit dem Hinweis, wonach «die von ihm vorgebrachten Argumente kontrovers seien und vor einer unangebrachten Diagnose einer entzündlichen Erkrankung (falsche positive Diagnose) gewarnt werden müsse» seine Feststellung, es liege keine entzündliche Erkrankung des rheumatologischen Formenkreises vor. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass sich Dr. med. P.\_\_\_\_ dahingehend äusserte (IV-Nr. 134.4 S. 13), dass sich «keine harten Fakten» für das Vorliegen einer entzündlichen Erkrankung am axialen Skelett fänden. Anschliessend wies er auf eine Studie von Weber et al. (Arthritis and Rheumatism 2009, 61: 900-8) hin, wonach bei 26 % einer gesunden Kontrollgruppe typische entzündliche Veränderungen gefunden worden seien und warnte diesbezüglich von einer unangebrachten Diagnose einer entzündlichen Veränderung. Durch diesen Hinweis wird indes seine Feststellung, wonach bei der Beschwerdeführerin keine entzündliche Erkrankung vorliege, nicht relativiert. Dieser Hinweis ist vielmehr in dem Sinne zu verstehen, als auch bei Gesunden typische entzündliche Veränderungen feststellbar seien, welche aber nicht als eigentliche entzündliche Erkrankungen qualifiziert werden könnten. Eine entsprechende Diagnosestellung wäre eine falsche positive Diagnose. Das Vorbringen der Beschwerdeführerin erweist sich somit als nicht stichhaltig. 8.6 Das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach der Kumulativbericht in Bezug auf die vorliegend alles andere als unwesentliche HLA-Diagnostik unvollständig sei (A.S. 24 Mitte), da das Ergebnis des HLA B27 fehle, vermag den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens von Dr. med. P.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. So ist zwar korrekt, dass im Rahmen des Kumulativberichts (IV-Nr. 134.6) bei der HLA-Diagnostik festgehalten wurde: «HLA B27 (folgt)» (S. 3). Dr. med. P.\_\_\_\_ hielt jedoch im Rahmen seiner Diskussion der klinischen Hinweise auf eine entzündliche Erkrankung unter Ziff. 8 explizit fest (IV-Nr. 134.4 S. 11), «die Bestimmung des HLA-B27 erweise sich bei dieser Explorandin negativ». Obschon dieses Ergebnis nicht durch einen entsprechenden Laborbericht belegt wird, kann daraus geschlossen werden, dass Dr. med. P.\_\_\_\_ im Nachtrag zum Kumulativbericht über den entsprechenden Wert bzw. das entsprechende Ergebnis verfügte. 9. Zusammenfassend ist dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 der volle Beweiswert zuzusprechen. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 13. Juli 2017 (A.S. 1 ff.) auf dieses abgestellt hat. Es kann daher auch auf die im Gutachten festgestellte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden: Für die Beschwerdeführerin bestand somit aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin zu keinem Zeitpunkt eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht besteht seit der Begutachtung im Jahr 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr. Dies hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. Q.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 12. Januar 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 hiervor) entsprechend fest. 10. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 15. Dezember 2006 (IV-Nr. 37) hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) in rechtsrelevanter Weise verändert: So wurde der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Entscheids vom 15. Dezember 2006 gestützt auf die diagnostizierte «schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1) bei psycho-sozialer Belastung» eine volle Arbeitsunfähigkeit ab dem 1. März 2004 attestiert (IV-Grad 100 %). Im Zeitpunkt der Verfügung vom 13. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) ergab sich in Bezug auf die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin gemäss dem bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_

vom 27. September 2017 (vgl. E. II. 5.2.17 hiavor), seit der Begutachtung im Jahr 2012 durch Dres. med. F.\_\_\_\_ und G.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.2.4 f. hiavor) keine krankheitswertige gesundheitliche, insbesondere keine psychiatrische Problematik mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit mehr. Es wurden eine derzeit remittierte rezidivierende depressive Störung anamnestisch (ICD-10 F33.4), eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung anamnestisch (ICD-10 F45.4) und anamnestisch ein chronischer Ehekonflikt, Probleme in der Beziehung zum Ehemann (ICD-10 Z63.0) sowie eine Dysthymie (ICD-10 F34.1) ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die noch im Zeitpunkt vom 15. Dezember 2006 dominierende «schwere depressive Episode (ICD-10 F33.1)» konnte bereits im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 (vgl. E. II. 5.2.5 hiavor) nicht mehr festgestellt werden. So diagnostizierte er einerseits eine «anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.40)» und eine «Dysthymia (ICD-10 F34.1)» und hielt fest, eine relevante Arbeitsunfähigkeit könne nicht begründet werden. Es ist daher in Bezug auf die psychiatrische Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin von einer Verbesserung auszugehen. In Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand führte der rheumatologische Gutachter Dr. med. P.\_\_\_\_ aus, die Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit der Beschwerdeführerin zu keinem Zeitpunkt als eingeschränkt beurteilt worden, was aus heutiger Sicht so bestätigt werden könne. Dies gelte auch für jegliche Verweistätigkeiten, welche den Qualifikationen und Neigungen der Beschwerdeführerin entsprächen. Relevante Einschränkungen der Leistungsfähigkeit bestünden auch in einer angepassten Tätigkeit nicht (IV-Nr. 134.4 S. 13 f.). Diese Ausführungen erweisen sich als korrekt, da bereits anlässlich des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2005 (vgl. E. II. 5.1.1 hiavor) von Seiten des Bewegungsapparates eine Arbeitsleistung von acht Stunden täglich als grundsätzlich zumutbar qualifiziert wurde. Dies bestätigte sodann auch Dr. med. F.\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Gutachten vom 14. Mai 2012 (vgl. E. II. 5.2.4 hiavor), indem er ausführte, die Arbeitsfähigkeit sei aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt für die von der Beschwerdeführerin bisher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten zu keinem Zeitpunkt anhaltend eingeschränkt gewesen. Somit ist in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand nicht von einer Veränderung auszugehen. 11. Betreffend weitere Beweismassnahmen ist auf die Praxis des früheren EVG zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211). Auf das Einholen eines – wie von der Beschwerdeführerin beantragt (vgl. E. I. 4 Ziff. 3 hiavor, A.S. 25) – polydisziplinären [recte: bidisziplinären] Gutachtens (Psychiatrie und Rheumatologie) kann verzichtet werden, da von einem solchen keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind. Diesbezüglich kann auch auf die beiden Stellungnahmen der RAD-Ärzte Dres. med. Q.\_\_\_\_ und R.\_\_\_\_ vom 12. Januar und 17. Mai 2018 (vgl. E. II. 5.2.19 f. hiavor) verwiesen werden. 12. Zusammenfassend ist ab dem Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 sowohl eine wesentliche Verbesserung des Gesundheitszustandes als auch eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Die Voraussetzungen für eine Rentenrevision sind daher erfüllt (vgl. E. II. 4.1 hiavor). Es ist zudem nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 13. Juli 2018

(A.S. 1 ff.) ihren ursprünglichen Aufhebungsentscheid vom 25. Juli 2014 (IV-Nr. 91), der u.a. bereits auf dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 27. September 2012 basierte, als korrekt bezeichnete und daher den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin rückwirkend ab dem 1. September 2014 verneinte. Denn die Verfügung vom 13. Juli 2018 wurde durch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2014.237 vom 12. Februar 2016 (IV-Nr. 107) aufgehoben und an die Beschwerdegegnerin zurückgewiesen, damit sie in Bezug auf die neue Praxis des Bundesgerichts (BGE 141 V 281) ein neues psychiatrisches und rheumatologisches Gutachten einhole. Da die Gutachter im daraufhin durch die Beschwerdegegnerin korrekterweise eingeholten bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle N.\_\_\_\_ vom 27. September 2017 eine Verbesserung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit retrospektiv auf den Zeitpunkt der gutachterlichen Vorbeurteilung im Jahr 2012 feststellten, ist eine rückwirkende Aufhebung der Invalidenrente nicht zu beanstanden. Dies entspricht auch der höchstrichterlichen Rechtsprechung: Nach Art. 88 bis Abs. 2 lit. a Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) erfolgt die Herabsetzung oder Aufhebung der Renten und Hilflosenentschädigungen frühestens vom ersten Tag des zweiten der Zustellung der Verfügung folgenden Monats an. Eine Rentenaufhebung oder -herabsetzung kann zwar nicht rückwirkend verfügt, wohl aber rückwirkend bestätigt werden (BGE 129 V 370, 106 V 18; SVR 2011 IV Nr. 33 S. 96, 8C\_451/2010 E. 4.2.2 und E. 4.2.3; Urteile des Bundesgerichts 8C\_567/2011 vom 3. Januar 2012 E. 3.2, 8C\_125/2012 vom 10. Oktober 2012 E. 3). Da die Beschwerdeführerin in der Lage ist, eine 100%ige Arbeitstätigkeit auszuüben, ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin auf die Vornahme eines Einkommensvergleichs verzichtet hat. 13. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 13. Juli 2018 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 14. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 14.1 Der Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiavor). 14.2 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Die Vertreterin des Beschwerdeführers, Rechtsanwältin Claudia Trösch, liess am 6. Dezember 2018 zwei Kostennoten einreichen (A.S. 49 ff.), die eine basierend auf einem Stundenansatz von CHF 180.00 und die andere auf einem solchen von CHF 260.00. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) i.V.m. § 161 GT CHF 180.00. Bei einem Stundenansatz von CHF 180.00 wird ein Kostenersatz von insgesamt CHF 2'359.05.40 geltend gemacht. Dabei beträgt der Aufwand total 11,71 Stunden. Mehrere der geltend gemachten Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (drei Kurzbriefe an Klientin vom 19. September, 18. Oktober und 27. November 2018 à je 0,17 Stunden sowie der Brief ans Versicherungsgericht vom 6. Dezember 2018 [Einreichen der Kostennote] à 0,17 Stunden), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Damit reduziert sich der Aufwand um 0,68 Stunden auf 11,03 Stunden. Unter Berücksichtigung der Auslagen von total CHF 82.60 und der Mehrwertsteuer für das Jahr 2018 von 7,7 % ist das Honorar insgesamt auf CHF 2'227.30 (CHF 1'985.40 [11,03 Std. x CHF 180.00] + CHF 82.60 + 7,7 % MwSt.) festzusetzen, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der

Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 594.00, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin – von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

14.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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