

SO_GERICHTE VSBES.2018.230 vom 24. August 1998

SO Obergericht, 1998-08-24, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.230

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.230 du 24 août 1998

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.230 del 24 agosto 1998

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1962 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 28. Februar 1997 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1.11). Daraufhin tätigte die Beschwerdegegnerin Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht. Sodann veranlasste sie eine medizinische Abklärung bei Dr. med. B.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin und Medizinische Onkologie. Das Gutachten wurde am 10. März 1998 erstattet (IV-Nr. 1.1). Gestützt darauf sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 24. August 1998 eine ganze Invalidenrente bei einem Invaliditätsgrad von 72 % mit Wirkung ab 1. März 1997 zu (IV-Nr. 1.12 S. 2 ff.). Die revisionsweise Überprüfung des Rentenanspruchs im Jahr 1999 ergab keine rentenbeeinflussende Veränderung (IV-Nr. 1.12 S. 1).

1.2 Am 5. Juli 2005 leitete die Beschwerdegegnerin eine Revision der Invalidenrente ein (IV-Nr. 3). In der Folge veranlasste sie bei der Gutachterstelle C.____ ein bidisziplinäres (internistisches und psychiatrisches) Gutachten, das am 24. Juli 2006 erstattet wurde (IV-Nr. 10.1 f.). Das Gutachten legte die Beschwerdegegnerin beim Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) vor (IV-Nr. 11) und veranlasste zudem eine Haushaltsabklärung (IV-Nr. 12). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 21) hielt sie mit Verfügung vom 22. Januar 2008 fest, die Beschwerdeführerin habe bei einem Invaliditätsgrad von 55 % noch Anspruch auf eine halbe Invalidenrente, weshalb die bisherige ganze Rente herabgesetzt werde (IV-Nr. 22). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.3 Nachdem der Ehemann der Beschwerdeführerin der Beschwerdegegnerin am 4. Januar 2010 gemeldet hatte, dass seine Ehefrau nach zweimonatiger Temporäranstellung nun eine Festanstellung erhalten habe (Protokolleintrag vom 4. Januar 2010), leitete die Beschwerdegegnerin am 3. September 2010 eine eingliederungsorientierte Renten-Revision ein (IV-Nr. 54). Daraufhin tätigte die Beschwerdegegnerin Abklärungen in medizinischer und erwerblicher Hinsicht und führte mit der Beschwerdeführerin am 1. Februar 2011 ein Revisionsgespräch durch (IV-Nr. 61). Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren hob die Beschwerdegegnerin die bisher ausgerichtete halbe Invalidenrente mit Verfügung vom 25. März 2011 revisionsweise auf das Ende des der Zustellung folgenden Monats hin auf (IV-Nr. 66). Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

1.4 Am 12. Mai 2016 meldete sich die Beschwerdeführerin unter Angabe verschiedener Beschwerden (Schilddrüsenunterfunktion, starke Beeinträchtigung durch starke Müdigkeit, Schlafprobleme, starke Rückenbeschwerden seit Hexenschuss, sehr häufige und starke Kopfschmerzen) erneut bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 68). Diese trat auf das Leistungsgesuch ein und veranlasste nach Rücksprache mit dem RAD

(IV-Nr. 98) ein bidisziplinäres (internistisches und psychiatrisches) Gutachten bei der D.____, das am 29. Januar 2018 erstattet wurde (IV-Nr. 103). Nach Vorlage des Gutachtens beim RAD (IV-Nr. 108) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 4. Mai 2018 die Abweisung des Leistungsbegehrens in Aussicht (IV-Nr. 109). Die dagegen erhobenen Einwände (IV-Nr. 110, 113) wies sie mit Verfügung vom 7. August 2018 ab (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.).

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 8C_575/2016 vom 6. Dezember 2016 E. 2).

2.4 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).

E. 3

3.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

3.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen ergangen sind.

4. Massgeblicher Vergleichszeitpunkt ist vorliegend die rentenaufhebende Verfügung vom 25. März 2011 (IV-Nr. 66), der die letzte materielle Abklärung des Sachverhalts vor der hier zu beurteilenden Neuanmeldung zugrunde liegt.

4.1 Im Zeitpunkt der Verfügung vom 25. März 2011 (IV-Nr. 66) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf die folgenden medizinischen Berichte:

4.1.1 Dr. med. E. ___ Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Verlaufsbericht vom 27. September 2010 (Eingangsdatum) keine Diagnosen und äusserte sich nicht zur Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Er hielt lediglich fest, er habe die Beschwerdeführerin am 15. September 2010 gesehen (nach einem Unterbruch seit dem 18. Juni 2009). Sie habe mündlich angegeben, dass sie seit September 2009 eine 100%ige Erwerbstätigkeit in einem Drei-Schichtbetrieb ausübe (IV-Nr. 56).

4.1.2 Der behandelnde Hausarzt Dr. med. F. ___, Facharzt für Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 4. Oktober 2010 (IV-Nr. 57) die Diagnose «Panikattacken» als solche mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit führte er die Diagnosen «St. n. Hysterektomie und Lumbale Rückenschmerzen» auf. Zur Frage der Arbeits- und Leistungsfähigkeit hielt er fest, die Beschwerdeführerin sei in jeglicher Tätigkeit ohne Schichtarbeit voll arbeitsfähig.

4.2 Folgender medizinischer Sachverhalt zeigte sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2018:

4.2.1 In seinem Bericht vom 7. Juni 2016 (IV-Nr. 76 S. 2) führte med. pract. G.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, aus, dass er die Beschwerdeführerin seit Februar 2015 hausärztlich betreue. Die Beschwerdeführerin konsultiere ihn regelmässig wegen intermittierend auftretenden abdominalen Schmerzen, welche jeweils symptomatisch behandelt würden. Zudem klage sie über chronisch rezidivierende Kopfschmerzen, wahrscheinlich zervikogen bedingt. Im Übrigen klage sie über chronische zervikozepale und lumbospondylogene Rückenschmerzen. Eine subklinische Hypothyreose werde mit Euthyrox 25 mg behandelt. Die Beschwerdeführerin zeige ausserdem jeweils eine depressive Symptomatik, klage über Kraft- und Schlaflosigkeit sowie über chronische Müdigkeit. Wegen unspezifischem Schwindel werde sie mit Betaserc 24 mg behandelt.

4.2.2 Dem Austrittsbericht des Spitals H.____ vom 27. September 2016 (IV-Nr. 95 S. 8 ff.) lassen sich folgende Diagnosen entnehmen:

Hauptdiagnosen

1. Tachykardes Vorhofflimmern, Erstdiagnose
2. Substituierte Hypothyreose
3. Hypokaliämie unklarer Ätiologie

Nebendiagnose

4. Grenzwertig normochrom normozytäre Anämie

Die Beschwerdeführerin habe sich aufgrund von Palpitationen und Nausea nachts auf dem Notfall vorgestellt. Klinisch sei sie in gutem Allgemeinzustand gewesen, normoton, tachykard mit einer Spontansättigung von 98 %, afebril. Bis auf die Tachykardie hätten sich im klinischen Status keine Auffälligkeiten gefunden. Elektrokardiographisch habe ein tachykardes Vorhofflimmern aufgezeichnet werden können. In der Blutuntersuchung hätten sich eine leichte Hypokaliämie von 3.2 mmol/l, eine Dyslipidämie sowie ein leicht erhöhtes TSH mit 10.34 mU/l bei normalen freien Werten gefunden. Die Herzenzyme wie auch Entzündungsparameter und D-Dimere seien normwertig gewesen. Bei nachgewiesenem Vorhofflimmern und weiblichem Geschlecht sei eine Antikoagulation mittels Xarelto aufgenommen worden. Zudem sei eine Betablocker-Therapie in niedriger Dosierung begonnen worden. Bereits am Folgetag habe die Beschwerdeführerin in einen normokarden Sinusrhythmus konvertiert, sei kardial kompensiert und beschwerdefrei gewesen. Echokardiographisch habe sich eine normale linksventrikuläre Funktion mit EF 65 % gezeigt. Die Substitutionstherapie der Hypothyreose sei bei hypothyreoter Stoffwechsellage leicht erhöht worden. Die Ursache für die Hypokaliämie sei aktuell unklar. Unter peroraler Substitution hätten sich die Werte normalisiert. Die Beschwerdeführerin habe am 30. August 2016 in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. Eine ambulante kardiologische Verlaufskontrolle sei in vier bis sechs Wochen bei Dr. med. I.____ geplant (IV-Nr. 95 S. 9).

4.2.3 Dr. med. E.____ hielt in seinem Bericht vom 13. Oktober 2016 (IV-Nr. 84 S. 2) fest, die Beschwerdeführerin sei im Mai 2008 vom Hausarzt wegen Panik-attacken, multiplen funktionellen Beschwerden und einer Mastopathia cystica fibrosa zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützung der Behandlung zugewiesen worden.

Nach einem Behandlungsunterbruch seit September 2008 habe sich die Beschwerdeführerin im Juni 2009 einmalig wieder in seiner Praxis gemeldet. Im Jahr 2011 habe die Beschwerdeführerin wegen akuter posttraumatischer Belastungsstörung mit Panikattacken von August bis Oktober 2011 wieder behandelt werden müssen, nachdem sie in den Sommerferien in [...] einen bewaffneten Raubüberfall im eigenen Haus überlebt habe. Nach einer gewissen Phase der Stabilisierung sei jetzt die Beschwerdeführerin seit dem 1. September 2016 wieder in ambulanter psychiatrischer Behandlung, weil die seit 2011 posttraumatisch bedingten Backflashes (recte wohl: Flashbacks) wieder vermehrt aufträten und die chronifizierte PTBS u.a. zu bleibender Unfähigkeit, alleine zu sein, geführt habe. Die aktuelle psychiatrische Behandlung sei wegen des damaligen Überfalls (August 2011) bis auf Weiteres notwendig.

4.2.4 Dr. med. J.____, Facharzt für Kardiologie, stellte in seinem Bericht vom 9. November 2016 (IV-Nr. 94 S. 2 ff.) folgende Diagnosen:

Vorhofflimmern

Kardiovaskuläre Risikofaktoren

Hypothyreose unklarer Ursache, substituiert

Bei der 54-jährigen Beschwerdeführerin sei es vor drei Monaten zu einer ersten Episode eines tachykarden Vorhofflimmerns gekommen, möglicherweise im Rahmen eines viralen bronchitischen Infekts. Seither seien drei ähnliche symptomatische Episoden aufgetreten mit einer Dauer von 30 bzw. einer Minute(n). Zusätzlicher begünstigender Faktor für ein Vorhofflimmern sei die Dysthyreose. Echokardiographisch zeige sich ein unauffälliger Befund, der linke Vorhof sei nicht dilatiert. Bei der Ergometrie hätten sich keine Hinweise auf eine Myokardischämie ergeben. Es falle ein Trainingsmangel auf. Zusammengefasst liege ein neu diagnostiziertes intermittierendes Vorhofflimmern mit bisher einer dokumentierten Episode und einer vermuteten weiteren in den vergangenen drei Monaten vor. Gemäss ESC-Guidelines von 2016 sei bei Frauen mit CHA₂DS₂VASc-Score von zwei Punkten oder mehr eine Antikoagulation indiziert, was bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall sei. Je nach Leidensdruck von Seiten der Häufigkeit und Dauer des intermittierenden Vorhofflimmerns seien zusätzliche Therapiemöglichkeiten zu diskutieren. Bei seltenen Episoden von Vorhofflimmern könne mit einer (bedarfsweisen) Betablockade behandelt werden. Zusätzlich sei bei fehlenden Hinweisen für eine koronare Herzkrankheit die anfallsweise Einnahme von Flecainid (Tambocor) 50 mg möglich (unter Betablockade). Eine Alternative dazu sei die Katheterablation bei beeinträchtigender Symptomatik. Dr. med. J.____ schlug vor, zum jetzigen Zeitpunkt mit den obigen Massnahmen noch zuzuwarten und vorerst unter Betablockade den Verlauf zu beobachten. Ferner sei der Blutdruck zu kontrollieren, wobei die Indikation zu einer antihypertensiven Therapie mit einem Angiotensinblocker streng zu stellen sei. Sodann seien die engmaschige Kontrolle der Schilddrüsensituation, das Vermeiden einer Hyperthyreose durch Substitution, die Gewichtsreduktion sowie vermehrtes Training zu empfehlen.

4.2.5 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), nahm am 12. April 2017 Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 90). Er führte aus, Dr. med. E.____ äussere sich nicht über die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Auch aus somatischer Sicht seien keine klärenden Berichte vorhanden, ausser dass der Hausarzt med. pract. G.____ keine Arbeitsunfähigkeit attestiere und somit von seiner Seite auch kein IV-Arztbericht

notwendig sei. Es empfehle sich jedoch das Einholen von IV-Arztberichten des Psychiaters Dr. med. E.____ sowie eines Berichts der Chiropraktorin Dr. L.____. Ausserdem empfehle es sich, beim Hausarzt relevante Berichte von Spezialärzten im Zeitraum seit 2015 einzuholen. Danach könne entweder zur Arbeitsfähigkeit oder aber zur allfälligen Notwendigkeit einer Begutachtung Stellung genommen werden.

4.2.6 Dem Bericht der Chiropraktorin Dr. L.____ vom 24. April 2017 (IV-Nr. 91 S. 5 ff.) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin in der Zeit vom 19. Januar 2016 bis 24. März 2017 in ihrer Behandlung stand. Sie hielt fest, dass die Beweglichkeit der LWS in alle Richtungen endphasig schmerzhaft sei. Zur Arbeitsfähigkeit führte sie aus, längeres Sitzen oder Stehen würde für die Beschwerdeführerin wohl mit mehr Rückenschmerzen verbunden sein. Das Heben von Lasten sei zu vermeiden. Ihres Erachtens seien abwechslungsreiche sitzende/stehende Tätigkeiten halbtags zumutbar. Sodann hielt die Chiropraktorin fest, ihres Wissen habe die Beschwerdeführerin schon vor den Rückenschmerzen keiner beruflichen Tätigkeit mehr nachgehen können. Die Rückenschmerzen seien wohl jetzt ein zusätzliches Hindernis, obwohl diese alleine möglicherweise kein Hindernis sein würden.

4.2.7 Dr. med. E.____ stellte in seinem Bericht vom 3. Mai 2017 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 92 S. 1 ff.):

1. Rezidivierende depressive Episoden, mittelgradig (ICD-10 F33.1), seit ca. mindestens 2006
2. Rezidivierende Angst- und Panikattacken (ICD-10 F41.0), seit 2005
3. Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung (ICD-10 F62.0), seit bewaffnetem Raubüberfall in [...] am 10. August 2011

Im Weiteren attestierte Dr. med. E.____ der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 % und 100 % vom 14. August 2011 bis auf Weiteres. Der Hausarzt habe die Beschwerdeführerin vor 2011 wiederholt wegen Depressionen und Angststörung über längere Zeit zwischen 50 % und 100 % arbeitsunfähig schreiben müssen. Er habe keine Aufzeichnungen davon. Die Beschwerdeführerin habe ihn zwischen dem 25. Oktober 2011 und dem 1. September 2016 nicht aufgesucht. Laut ihren Angaben am 1. September 2016 habe sie zwischen 2011 und 2014 weniger Symptome gehabt und habe zeitweise auch arbeitsfähig sein dürfen. Seit 2014 hätten aber die Flashbacks und die Angststörung wieder massiv zugenommen, so dass sie bei Arbeitsversuchen wegen Arbeitsausfällen die Stellen verloren habe. Wahrscheinlich sei die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht, seit er es einschätzen könne (seit dem 1. September 2016 wieder in psychiatrischer Behandlung), nie weniger als 50 % arbeitsunfähig gewesen (IV-Nr. 92 S. 2). Die Beschwerdeführerin habe sich erst im September 2016 bei Dr. med. E.____ gemeldet, mit der Angabe, dass sie seit zwei Jahren (also seit 2014) regelmässige Panikattacken im Zusammenhang mit Flashbacks des Raubüberfalls im Jahr 2011 in [...] erlebt habe und jeden Abend bei Einzug der Dämmerung unruhig werde und ihren Ehemann zwanghaft wiederholt anrufe und ihn nach Hause beordere. Da sie kaum alleine sein könne, verbringe sie auch sehr viel Zeit bei ihrer unweit wohnenden Tochter und ihren Enkeln. Es stelle sich einmal mehr heraus, dass sie auf psychotherapeutische Interventionen nicht anspreche und offenbar kognitiv zu wenig aufschlüsseln könne, um was es bei der Therapie gehe. Die Klagen blieben immer dieselben, sie bleibe auf die Beschreibung ihrer Symptome fixiert und verharre in depressiver Stimmungslage (Antriebsstörung, Verlust der Perspektive, kognitive

Behinderung, Gedankenkreisen) und habe seit dem Trauma eine deutliche, neu zu beobachtende Ausmündung der PTSD (recte wohl: PTBS) in eine Persönlichkeitsstörung mit ängstlich-abhängig-paranoidem Einschlag entwickelt. Bis heute hätten neun Sitzungen stattgefunden, in welchen es lediglich gelungen sei, der überängstlichen, innovationsblockierten Beschwerdeführerin über die Schwelle ihrer Bedenken zu helfen und erstmals Temesta als Reservemittel bei Panikspitzen einzusetzen, um ihren Horror vor dem an Ostern wiederkehrenden Ferienaufenthalt in [...] zu meistern. Sie habe am 2. Mai 2017 berichtet, dass sie seit Jahren in [...] wieder so etwas wie Ferien erlebt habe, statt einfach nur Angst und Qual (IV-Nr. 92 S. 4). Zur Frage der Arbeitsfähigkeit führte Dr. med. E.____ sodann aus, die Beschwerdeführerin sei sehr ängstlich und unsicher geworden und traue sich nichts mehr zu. Sie könne sich in der Dämmerung nicht mehr von zu Hause entfernen. Als Fabrikarbeiterin oder Fleischteilerin sei die Beschwerdeführerin bis zu 50 % arbeitsfähig. Sie habe aber in der Krankheitsphase jegliche Fitness verloren und müsse ein Arbeitstraining absolvieren können, um diese für sie Höchstleistung von 50 % erreichen zu können. Bei einer 50%igen Präsenz dürfe eine Leistung von 80 bis 100 % auftrainierbar sein. Sodann seien der Beschwerdeführerin auch verschiedene Arbeiten in vorwiegend sitzend-manueller Veredlung (kochen, nähen, sortieren etc.), ohne Abend- und Nachtschichten zu 50 % zumutbar (IV-Nr. 92 S. 5).

4.2.8 Im bidisziplinären (internistischen und psychiatrischen) Gutachten der Begutachtungsstelle D.____, das am 29. Januar 2018 erstattet wurde, wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellten die Gutachter die folgenden Diagnosen (IV-Nr. 103 S. 16):

1. Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)
2. Panikstörung (ICD-10 F41.0)
3. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)
4. Klinisch leichte periphere Polyneuropathie (ICD-10 G62.9)
5. Anamnestisch rezidivierende lumbovertebrale Beschwerden (ICD-10 M54.5)
6. Substituierte Hypothyreose (ICD-10 E03.9)

Im Weiteren führten die Gutachter aus, aus internistischer Sicht lägen keine wesentlichen Befunde und Diagnosen vor, insbesondere nicht solche, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Auch in der Vergangenheit habe aus allgemeinmedizinischer Sicht, mindestens seit 2011, keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Auch der Hausarzt habe aus somatischer Sicht keine wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit gesehen, womit sie übereinstimmten (IV-Nr. 103 S. 9).

Sodann legten die Gutachter aus psychiatrischer Sicht dar, bei der Beschwerdeführerin bestehe diagnostisch eine leichte depressive Episode, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen mit zum Teil frühmorgendlichem Erwachen und Insuffizienzgedanken. Die Beschwerdeführerin sei im Rahmen des Familiennachzugs in die Schweiz gekommen und habe neben ihren Aufgaben als Hausfrau und Mutter ausserhäuslich gearbeitet. Sie habe die Arbeit auch als anstrengend empfunden. Schliesslich habe sie auch unter gesundheitlichen Problemen gelitten, auch mit Schmerzen im Bewegungsapparat. Die Arbeitsstelle habe sie aus Krankheitsgründen verloren. Berufliche Massnahmen seien gescheitert. Schliesslich habe sie ein traumatisches Erlebnis

in ihrer Heimat erlebt, indem sie zusammen mit Familienangehörigen Opfer eines Einbruchs im Haus gewesen sei. Direkte Gewalt habe sie nicht erlebt. Seither leide sie unter posttraumatischen Symptomen mit traumatischen Erinnerungen, aber vor allem auch Ängsten mit auch anfallsartigen Ängsten und vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst, vor allem wenn sie alleine sei, aber auch unterwegs, doch gelegentlich bis häufig auftretend. Diagnostisch handle es sich um eine Panikstörung. Die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung sei nicht genügend deutlich ausgeprägt. So bestünden zwar traumatische Erinnerungen, es fehlten aber eine deutliche Entfremdung oder Phasen von Erregtheit und es bestehe vor allem auch kein deutlich schweres traumatisches Ereignis, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde. Diagnostisch bestehe aber auch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren mit doch ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, deren Ausmass mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne und die sich nicht nur auf eine Somatisierung im Rahmen der Depression zurückführen liessen. Die Beschwerdeführerin habe bei der Untersuchung erklärt, durchaus wieder arbeiten zu wollen, zu 50 %, aber erst bei gänzlicher Gesundheit. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (IV-Nr. 103 S. 12). Bei der Beschwerdeführerin bestehe in allen ihren Fähigkeiten entsprechenden und aus somatischer Sicht angepassten Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsfähigkeit ohne Leistungseinschränkung. Auch im Verlauf könne eine lang anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt werden.

Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Dies gelte ebenfalls für den Haushalt und sei retrospektiv sicher seit 2011 zu bestätigen (IV-Nr. 103 S. 17).

4.2.9 Am 17. April 2018 nahm sodann die RAD-Ärztin Dr. med. M.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, Stellung zum medizinischen Sachverhalt (IV-Nr. 108). Sie führte aus, das Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ sei konsistent und nachvollziehbar. Wie im Gutachten dargelegt worden sei, entspreche die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit, in der die Beschwerdeführerin seit 2011 zu 100 % arbeitsfähig sei.

E. 5

5.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 7. August 2018 in der Hauptsache auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle D.____ vom 29. Januar 2018 stützt, ist im Folgenden dessen Beweiswert zu prüfen. Das Gutachten beruht auf den vollständigen Vorakten (IV-Nr. 103 S. 4 ff.) und persönlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 28. November 2017 durch die Gutachter in den Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin» (IV-Nr. 103 S. 7 ff.) und «Psychiatrie» (IV-Nr. 103 S. 9 ff.). Gestützt auf die anlässlich der Explorationen gewonnenen Erkenntnisse und in ausführlicher Auseinandersetzung mit den übrigen relevanten medizinischen Unterlagen, namentlich der jeweiligen Stellungnahme zu früheren Einschätzungen, sind die Gutachter zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, die sie in einer nachvollziehbaren Weise hergeleitet und begründet haben. Die Gutachter haben die Angaben der Beschwerdeführerin wiedergegeben und in die Beurteilung einbezogen. Die Abweichungen von den früheren Stellungnahmen werden eingehend begründet. Das Gutachten ist in sich stimmig und enthält keine inneren Widersprüche. Es deckt sämtliche in den Vorakten thematisierten

Aspekte, die für die bidisziplinäre Beurteilung relevant sein können, ab. Das Gutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 2.4 hiervor) grundsätzlich gerecht.

5.1.1 In internistischer Hinsicht finden sich gutachterlich keine Diagnosen oder Beschwerden mit versicherungsmedizinischer Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin sei in dieser Hinsicht ohne Leistungseinschränkung voll arbeitsfähig. Dies gelte auch für eine Verweistätigkeit (vgl. IV-Nr. 103 S. 9). Diese Beurteilung ist schlüssig und sie deckt sich mit vergangenen Beurteilungen, wonach bei der Beschwerdeführerin keine Hinweise bestehen, dass aus rein internistischer Sicht jemals längerdauernd eine Arbeitsunfähigkeit bestanden hätte.

5.1.2 Auch im psychiatrischen Teilgutachten erfolgte gestützt auf eine eingehende Anamnese- und Befunderhebung eine schlüssige Beurteilung: Der affektive Kontakt mit der Beschwerdeführerin sei gut herstellbar gewesen. Die Stimmung sei depressiv gewesen. Die Beschwerdeführerin habe erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, auch mit Ängsten und posttraumatischen Symptomen mit traumatischen Erinnerungen an einen in der Heimat [...] erlebten Überfall ohne direkt erlebte Gewalt angegeben. Sie habe auch anfallsartige Ängste, vermehrt alleine, mit vegetativen Symptomen und doch relativ häufig auftretend, angegeben. Es bestünden Insuffizienzgedanken. Der Selbstwert und der Antrieb seien durchaus erhalten. Die Beschwerdeführerin habe gewusst, was sie wolle und habe auch angegeben, durchaus nicht völlig inaktiv zu sein. Hinweise auf Zwänge bestünden nicht. Sie sei wach, bewusstseinsklar und allseits orientiert gewesen. Die Anamnese habe gut erhoben werden können. Sie habe auch Lebensdaten gut angegeben. Den Namen des Untersuchers habe sie am Schluss der Untersuchung nicht mehr gewusst. Die Aufmerksamkeit, die Auffassung und das Gedächtnis seien sonst intakt gewesen. Sie habe aber auch Gedächtnisschwierigkeiten und Orientierungsprobleme beklagt. Das Denken sei formal geordnet gewesen und inhaltlich bestünden keine Wahnideen, Halluzinationen und Ich-Störungen. Sie habe zum Teil frühmorgendliches Erwachen angegeben. Anamnestisch habe sie passive Sterbewünsche angegeben, Hinweise auf akute Suizidalität bestünden nicht. Das Gespräch habe zusammen mit einer Dolmetscherin stattgefunden, die praktisch alles übersetzt habe. Die Beschwerdeführerin sei sonst ruhig auf dem Stuhl gesessen und habe keine Zeichen einer Beschwerdewahrnehmung gezeigt (IV-Nr. 103 S. 11 f.).

Schliesslich setzt sich der psychiatrische Gutachter schlüssig mit den Vorakten auseinander: Der behandelnde Psychiater Dr. med. E. ___ habe im Jahr 2017 eine rezidivierende depressive Episode, zurzeit mittelgradig, eine rezidivierende Angst- und Panikstörung sowie eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung diagnostiziert. Die Diagnose einer andauernden Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung könne sicher nicht bestätigt werden, da die ICD-10 Klassifikation für diese Diagnose ein deutlich schweres traumatisches Ereignis fordere, welches bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde, was bei der Beschwerdeführerin nicht vorliegend sei; und da zudem eine deutliche Entfremdung, die für diese Diagnose von der ICD-10 Klassifikation auch gefordert werde, fehle. Die Beschwerdeführerin sei im Untersuchungsgespräch gut zugänglich gewesen. Sie habe auch gut und ohne ein Vermeidungsverhalten über die erlebte Traumatisierung sprechen können. Sie reise auch nach wie vor in die Heimat [...], trotz der dort erlebten Traumatisierung. Ein rezidivierender Verlauf der Depression sei nicht ausgeprägt, es fehlten deutliche Phasen von Verbesserung, Verschlechterung und symptomfreien Intervallen. Die Beschwerdeführerin habe selber im Untersuchungsgespräch

vielmehr einen kontinuierlichen Verlauf angeben. Eine zusätzliche Angststörung könne beim Vorliegen einer depressiven Episode nicht bestätigt werden. Die ICD-10 Klassifikation schliesse eine generalisierte Angststörung bei einer depressiven Episode aus. Auf die von Dr. med. E. ___ attestierte Arbeitsfähigkeit von nie unter 50 % seit September 2016 könne nicht abgestützt werden.

Im bidisziplinären Gutachten der Gutachterstelle C. ___ aus dem Jahr 2016 (recte: 2006) sei eine leichte bis mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert worden bei St. n. ängstlich-depressiver Anpassungsstörung, wahrscheinlich dependenter Persönlichkeit und St. n. Panikattacken. Es sei damals lediglich die sichere Diagnose einer leichten bis mittelgradigen depressiven Episode mit somatischem Syndrom festgehalten worden. Auch aufgrund dieser Diagnose könne eine invalidisierende Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Es sei zudem gut möglich, dass damals die depressive Episode etwas stärker ausgeprägt gewesen sei. Eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit könne damit aber nicht begründet werden (IV-Nr. 103 S. 13).

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

- Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

- Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

- Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

- gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

- behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Die Beurteilung des psychiatrischen Gutachters orientiert sich inhaltlich an den durch das Bundesgericht entwickelten Indikatoren für die Beurteilung psychosomatischer Beschwerdebilder (vgl. BGE 141 V 281 E. 4 S. 296 ff.).

Hinsichtlich der Indikatoren «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist dem D. ___-Gutachten zu entnehmen, an objektiven psychopathologischen Befunden hätten sich im klinischen psychiatrischen Untersuchungsgespräch depressive Verstimmungen und Insuffizienzgedanken ergeben. Die Beschwerdeführerin beklage vor allem auch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, Panikattacken, posttraumatische Symptome und somatische Probleme mit Schmerzen im Bewegungsapparat. Ein aggravatorisches Verhalten habe im Untersuchungsgespräch nicht bestanden (IV-Nr. 103 S. 14).

Zum Indikator «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» wird im D. ___-Gutachten ausgeführt, es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung, auch mit psychopharmakologischer Medikation. Ein Medikamentenspiegel des Pregabalin habe nicht bestimmt werden können, was auf eine schlechte Compliance hinweise. Die Behandlung könne durchaus intensiviert werden, sofern dies notwendig sein sollte (z.B. mit einem Antidepressivum mit sedierenden und schmerzmodulierenden

Eigenschaften, das bei regelmässiger Einnahme auf die Nacht hilfreich sein könnte, neben dem Beachten der Schlafhygiene). Wegen der Panikattacken könne ein Antidepressivum aus der Gruppe der SSRI hilfreich sein. Die Analgetikaeinnahme sei zu kontrollieren. Auch die Einnahme des Benzodiazepins sei zu kontrollieren, die Beschwerdeführerin habe eine gelegentliche Einnahme dieses Medikamentes angegeben. Eingliederungsmassnahmen seien zwar zumutbar, könnten aber nicht empfohlen werden, da eine deutlich ausgeprägte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung bestehe (IV-Nr. 103 S. 15).

Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. In diesem Zusammenhang sind dem Gutachten keine invalidisierenden Störungen zu entnehmen.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, deutlich auffällige Persönlichkeitszüge für die Achse-2-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung bestünden nicht und gegen diese Diagnose spreche vor allem auch der Verlauf mit vor der Erkrankung sonst normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 103 S. 14).

Der «soziale Kontext» (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist insbesondere betreffend die Familienverhältnisse Ressourcen auf, auf welche die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann. Gemäss den Ausführungen des psychiatrischen Gutachters lebe die Beschwerdeführerin zusammen mit ihrem Ehemann in einem Einfamilienhaus. Sie habe gute Kontakte zu den Kindern, der 33-jährigen Tochter, die in der Nähe sei, und dem 31-jährigen Sohn, der in Basel arbeite. Sie sei bereits Grossmutter (IV-Nr. 103 S. 10). In den Ferien sei sie zuletzt im Sommer 2017 gewesen, zusammen mit dem Ehemann, der Tochter und deren Familie, mit dem Flugzeug. Sonst habe sie wenige Kolleginnen. Sie habe mehr Kontakte in der Familie, so zur Frau des Bruders, zur Tochter (IV-Nr. 103 S. 11, 15 f.).

Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, trotz subjektiv starker Beschwerden sei es der Beschwerdeführerin nach wie vor möglich, in die Heimat zu reisen. Sie beklage auch Gedächtnisprobleme, habe sich aber im Untersuchungsgespräch gut konzentrieren können, die Anamnese habe gut erhoben werden können und sie habe auch Lebensdaten angeben können. Sie fahre auch selber Auto, was auch gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche, auch wenn sie nur auf den ihr bekannten Strecken fahre. Durch eine häufige Analgetikaeinnahme, insbesondere von Paracetamol mit Codein, könnten die Kopfschmerzen, gegen die sie das Analgetikum einnehme, noch verstärkt werden. In einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit fühle sich die Beschwerdeführerin erst wieder arbeitsfähig bei vollständiger Gesundheit. Bei körperlich anspruchsvollen Haushaltsarbeiten sei sie auf die Hilfe des Ehemannes angewiesen. Sie reise jeweils mit dem Flugzeug in die Ferien in ihre Heimat. Die öffentlichen Verkehrsmittel benütze sie sonst nicht, da sie dazu auch keinen Anlass habe. Sie habe nur noch wenige Kolleginnen, wie sie angegeben habe. Innerhalb der Familie habe sie aber sehr gute Kontakte. Sie lebe in guter und stabiler Beziehung zusammen mit ihrem Ehemann. Sie habe auch gute Kontakte zu ihren beiden erwachsenen Kindern und deren Familien. Auch in ihrer Herkunftsfamilie habe sie gute Kontakte (IV-Nr. 103 S. 15 f.).

Nach dem Gesagten erweist sich auch das psychiatrische Teilgutachten der Gutachterstelle D.____ im Lichte der neuen bundesgerichtlichen Rechtsprechung als beweiswertig und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin abgestellt werden, welches unter der Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde.

5.1.3 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Konsensbeurteilung im D.____-Gutachten zu überzeugen. Insgesamt resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin in leichten bis mittelschweren Tätigkeiten eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % bestehe. Dies sei retrospektiv sicher seit 2011 zu bestätigen (IV-Nr. 103 S. 17).

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Demnach erweist sich das von der Beschwerdegegnerin eingeholte bidisziplinäre Gutachten als voll beweiswertig. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht. Es erfüllt die von der Rechtsprechung geforderten Voraussetzungen an ein Verlaufsgutachten (vgl. E. II. 2.4 hiervor). Gestützt darauf steht fest, dass seit dem letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 25. März 2011 (IV-Nr. 66), worin von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 100 % in jeglicher Tätigkeit ohne Nacht- und Schichtarbeit ausgegangen wurde, keine anspruchsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin mit Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit eingetreten ist.

5.2 An der beweiswertigen Beurteilung der D.____-Gutachter vermögen auch die entgegenstehenden Arztberichte und die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. z.B. Urteil 9C_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Solche Aspekte sind vorliegend zu verneinen. Soweit die Beschwerdeführerin vorbringt, Dr. med. N.____, Ärztin im Spital H.____, habe ihr im Bericht vom 30. August 2016 (vgl. IV-Nr. 84 S. 6) eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert (vgl. A.S. 10), so ist sie darauf hinzuweisen, dass dieses Arbeitsunfähigkeitszeugnis lediglich für den Zeitraum vom 29. bis 31. August 2016 ausgestellt wurde, in welchem die Beschwerdeführerin hospitalisiert war und den Tag danach. Entgegen der Beschwerdeführerin ist daraus eine längerdauernde gesundheitliche Verschlechterung demnach nicht ersichtlich. Dies auch in Anbetracht dessen, dass der Beschwerdeführerin im weiteren Verlauf aus kardiologischer Sicht keine weiteren Arbeitsunfähigkeiten mehr attestiert wurden. Selbst der behandelnde Hausarzt Dr. med. G.____ hielt in seinem Verlaufsbericht vom 20. Juli 2017 die Diagnose des Vorhofflimmerns, Erstdiagnose 28. August 2016, als solche ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 95 S. 1).

Was sodann die anderslautende Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch den behandelnden Psychiater Dr. med. E. ___ anbelangt, wonach die Beschwerdeführerin zu 50 % arbeitsfähig sei (vgl. A.S. 12), ist sie darauf hinzuweisen, dass die psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen kann und die Rechtsprechung der begutachtenden Person deshalb praktisch einen gewissen Spielraum gewährt, innerhalb dessen verschiedene medizinische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern dabei lege artis vorgegangen worden ist. Behandelnde und begutachtende Psychiater können, mit der gleichen Person als Patientin oder Explorandin in verschiedenen Zeitpunkten und Situationen konfrontiert, zu ganz unterschiedlichen Beurteilungen der psychischen Beeinträchtigungen und ■ invalidenversicherungsrechtlich entscheidend ■ deren Schweregrades mitsamt den sich daraus ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit gelangen. Diese in der Natur der Sache begründete, weitgehend fehlende Validierbarkeit («Reliabilität») psychiatrischer Diagnosen, namentlich im depressiven Formenkreis sowie bei den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen gemäss ICD-10, kann nicht automatisch zu Beweisweiterungen bei sich widersprechenden psychiatrischen Berichten und Expertisen führen (Urteil des Bundesgerichts 9C_661/2009 vom 29. September 2009 E. 3.2). Ferner ist die Beschwerdeführerin darauf hinzuweisen, dass vorliegend keine objektiv feststellbaren Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung unerkannt geblieben und geeignet wären, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen. Sodann gilt es zu berücksichtigen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Folglich vermag der Bericht von Dr. med. E. ___ vom 3. Mai 2017, mit dem sich der psychiatrische Gutachter schlüssig auseinandersetzt (IV-Nr. 103 S. 13), die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des psychiatrischen Administrativgutachtens nicht in Frage zu stellen.

Des Weiteren liegt ein Bericht der behandelnden Chiropraktorin Dr. L. ___ vom 24. April 2017 (vgl. E. II 4.2.6 hiervor) vor. Diesem ist jedoch in medizinischer Hinsicht bereits deshalb kaum Beweiswert zuzumessen, da Dr. L. ___ als Chiropraktorin tätig ist und über keinen medizinischen Facharztstitel verfügt. Zudem attestiert diese der Beschwerdeführerin keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit.

5.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die D. ___-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen der Beschwerdeführerin voller Beweiswert zuzumessen.

6. Nach dem Gesagten ist angesichts der oben (unter E. II. 4. hiervor) wiedergegebenen medizinischen Unterlagen seit der rechtskräftigen Verfügung vom 25. März 2011 bis zum 7. März 2017 keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Die Prüfung der ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen ergibt somit

einen grundsätzlich stationären und stabilen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 7. August 2018. Es besteht sodann kein Anlass, noch weitere medizinische Abklärungen zu veranlassen, da von solchen keine neuen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 137 V 64 E. 5.2 S. 69).

E. 7

7.1 Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2018 nicht zu beanstanden und die Beschwerde ist abzuweisen. Insbesondere besteht angesichts der fehlenden subjektiven Eingliederungsfähigkeit auch kein Anspruch auf berufliche Massnahmen.

7.2 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

7.3 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 Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach widerkannt:

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Yalcin

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