

# **SO\_GERICHTE VSBES.2018.75 vom 30. Januar 2018**

SO Obergericht, 2018-01-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.75](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.75)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.75 du 30 janvier 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.75 del 30 gennaio 2018

## **Erwägungen**

### **E. 1**

ff.) ab.

2. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin mit Schreiben vom 1. März 2018 (A.S. 5 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügung vom 30. Januar 2018 sei aufzuheben.

2. Frau A. \_\_\_ seien die gesetzlichen Leistungen auszurichten.

3. Eventualiter sei das Verfahren zur Durchführung der erforderlichen Abklärungen und zum neuen Entscheid an die Vorinstanz zurückzuweisen.

4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.

3. Mit Beschwerdeantwort vom 28. Mai 2018 (A.S. 23 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Replik vom 7. Juni 2018 (A.S. 28 f.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen.

5. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen.

### **II.**

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt.

### **E. 2**

2.1 Gemäss Art. 28 Abs. 2 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) besteht Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, 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 solches auf eine Viertelsrente.

2.2 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des

Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

## **E. 2.2**

Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1).

2.3 Ändert sich der Invaliditätsgrad 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). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen. Dagegen stellt die bloss unterschiedliche Beurteilung der Auswirkungen eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Gesundheitszustands auf die Arbeitsfähigkeit für sich allein genommen keinen Revisionsgrund im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG dar (Urteil des Bundesgerichts 9C\_1025/2008 vom 19. Januar 2009 E. 1.1 mit Hinweisen). Für das Vorliegen einer erheblichen Sachverhaltsänderung genügt es nicht, dass der bereits bekannte, im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung gegebene Sachverhalt anders bewertet wird und daraus andere Schlussfolgerungen gezogen werden als im früheren Verwaltungs- und/oder Beschwerdeverfahren. Vielmehr bedarf es neuer Elemente tatsächlicher Natur, die nach der ursprünglichen Rentenverfügung eingetreten und zu dem damals gegebenen Sachverhalt hinzugekommen sind oder diesen verändert haben. Die revisionsweise Anpassung setzt Tatsachenänderungen im massgeblichen Vergleichszeitraum voraus; eine einfache Neubeurteilung nach besserem Wissen ist nicht zulässig (Urteil des Bundesgerichts 8C\_294/2010 vom 30. August 2010 E. 3.1 mit Hinweisen).

3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und

im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 3.3 Den im

Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

3.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1

S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.3 Den im Verwaltungsverfahren eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin sei das rechtliche Gehör verletzt worden. Im vorliegenden Fall hätte zwingend ein neuer Vorbescheid erlassen werden müssen. Nach dem Vorbescheid vom 10. November 2015 sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben, in welchem die Gutachter begründet festgehalten hätten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe. Zusätzlich sei eine neuropsychologische Begutachtung gemacht worden. Es seien also wesentliche neue Abklärungen vorgenommen worden. Das Gutachten habe eine Verschlechterung festgehalten. Die Beschwerdegegnerin habe der Beschwerdeführerin zwar ermöglicht, zum Gutachten Stellung zu nehmen. Gestützt auf die Begutachtung, sei davon auszugehen gewesen, dass die Rente erhöht würde. Dass nun die IV-Stelle vom Gutachten abweiche, sei nicht zu erwarten gewesen und dies hätte mit Sicherheit in einem Vorbescheid festgehalten werden müssen. Der vorliegende Entscheid beruhe auf völlig anderen Grundlagen als der Vorbescheid vom 10. November 2015. Sodann sei in Bezug auf das Gutachten festzuhalten, dass gemäss Frau Dr. med. F. \_\_\_\_, der behandelnden Psychiaterin, die Depressivität nicht genug gewichtet worden sei. Eine Aggravation liege gerade nicht vor. Der behandelnde Hausarzt führe aus, dass die Beschwerden von Frau A. \_\_\_\_ sehr schwankend seien. Es sei im Gutachten nicht berücksichtigt worden, dass aufgrund der häufig schlechten Perioden eine regelmässige berufliche Tätigkeit nicht möglich sei. Zusätzlich sei die Wechselwirkung zwischen den verschiedenen Beschwerden und der psychischen Einschränkung ebenfalls nicht berücksichtigt worden. Diese hätte zusätzlich in die Beurteilung mit einfließen müssen. Diesbezüglich seien weitergehende Abklärungen vorzunehmen. Doch auch wenn man auf das Gutachten, welches die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegeben habe, abstelle, sei der Entscheid der IV-Stelle falsch. In Abweichung zum Gutachter komme die Beschwerdegegnerin zum Schluss, dass keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vorliege. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin habe der psychiatrische Gutachter klar aufgezeigt, in welchen Punkten die Verschlechterung gesehen werden müsse. Sofern die Kritik am Vorgutachten berechtigt sei, wie dies im vorliegenden Fall gegeben sei, dann müsse gerade umso mehr aufgrund der Aussagen des aktuellen Gutachters überprüft werden, ob eine Verschlechterung vorliege, da dieser eine solche ja auch nachvollziehbar begründe. Auf Rückfrage hätten die Gutachter an ihren Beurteilungen festgehalten. Danach habe Frau Dr. med. G. \_\_\_\_ vom RAD ausgeführt, dass am Entscheid festgehalten werden könne. Dabei habe sie nicht berücksichtigt, dass eine Verschlechterung auch durch das Gutachten bestätigt werde und somit am Entscheid vom November 2011 gerade nicht festgehalten werden könne. Vielmehr könne die Bestätigung von Frau Dr. med. G. \_\_\_\_ nur so verstanden werden, dass auf die Gutachten abgestützt werden könne. Ansonsten hätte sie klar ausführen müssen, inwiefern die Gutachten nicht verwertbar wären. Dies habe sie in keiner Weise getan. Des Weiteren sei aufgrund des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. H. \_\_\_\_ offensichtlich, dass heute zusätzliche Symptome vorlägen, welche im Jahr 2011 nicht vorgelegen seien. Offensichtlich sei es der

Beschwerdeführerin im Jahr 2011 noch besser gegangen. Somit sei nachvollziehbar, dass im Jahr 2011 eine leichte bis mittelgradige Depression vorgelegen und eine solche bestätigt worden sei. Heute jedoch liege eine mittelgradige Depression mit Tendenz zur schwergradigen Depression vor. Es habe somit gemäss dem von der IV-Stelle vorgenommenen Gutachten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes stattgefunden. Es liege ein Revisionsgrund vor. Der Rentengrad sei also auch abgestützt auf das Gutachten, welches die IV-Stelle in Auftrag gegeben habe, neu zu berechnen. Die Invalidenrente sei entsprechend zu erhöhen. Es sei somit ein neuer Einkommensvergleich vorzunehmen. Damit der Instanzenzug gewahrt werde, sei die Angelegenheit zur Neuberechnung des IV-Grades an die Vorinstanz zurückzuweisen. Beim Einkommensvergleich sei auch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin erheblich bei der Stellensuche eingeschränkt sei. Es sei offensichtlich und gutachterlich bestätigt, dass sie erhebliche Einschränkungen bei der Leistungserbringung habe, welche Auswirkungen auf das Lohnniveau hätten. Auf dem Invalideneinkommen sei ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Im Vergleich zur früheren Berechnung, welche zu einem leidensbedingten Abzug von 15 % geführt habe, seien die Einschränkungen noch erheblicher. Schmerzen und psychische Probleme würden sich zusätzlich zur Reduktion im Pensum immer auf die Leistungsfähigkeit auswirken. Zusätzlich seien auch ihr Alter und die Tatsache, dass sie nur noch in einem Teilpensum erwerbsfähig sei, zu berücksichtigen. Aufgrund der Situation sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ihre gesundheitlich bedingte (Rest-)Arbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit erheblich unterdurchschnittlichem erwerblichen Erfolg verwerten könnte (BGE 126 V 75). Dies müsse von der Invalidenversicherung mit einem maximalen leidensbedingten Abzug von 25 % berücksichtigt werden. Schliesslich sei festzuhalten, dass aus den Ergebnissen des neuropsychologischen Gutachtens im Hinblick auf die Indikatoren und die von der Beschwerdegegnerin geltend gemachten Inkonsistenzen keine Aussagen für die Verwertbarkeit des unabhängig davon gemachten Gutachtens bei der D. \_\_\_ abgeleitet werden könnten. Allfällige Inkonsistenzen hätten im psychiatrischen Gutachten ausgeführt werden müssen. Im Weiteren verweise die neuropsychologische Gutachterin selber in Bezug auf diese relevanten Fragen auf das psychiatrische Gutachten. Sofern die Beschwerdegegnerin an der Beurteilung des psychiatrischen Gutachters Zweifel gehabt hätte, könne sicherlich nicht ohne weitere Untersuchung der versicherten Person von diesem Gutachten abgewichen werden. Es hätte zwingend nach erfolgter neuropsychologischer Begutachtung eine Rückfrage beim psychiatrischen Gutachter gemacht werden müssen oder es hätte sogar insgesamt eine neue vollumfängliche polydisziplinäre Begutachtung stattfinden müssen.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, eine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts sei nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, auch wenn der psychiatrische Gutachter ebenfalls von dieser Hypothese ausgehe. Wie der RAD-Stellungnahme vom 14. März 2017 entnommen werden könne, habe sich der psychiatrische Sachverständige im Rahmen der Befunderhebung vor allem auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt. Es komme hinzu, dass er in seinem gutachterlichen Bericht u.a. den Psychostatus und die Herleitung der Diagnosen der psychiatrischen Vorgutachterin einerseits sinngemäss als ungenügend einstufte, um dann andererseits im gleichen Atemzug eine Verschlechterung der Befundlage anzunehmen, die zu einer höheren Arbeitsunfähigkeit führen solle. Das überzeuge nicht. Es sei hier auch mit Blick auf die medizinischen Unterlagen der behandelnden Arztpersonen davon auszugehen,

dass der psychiatrische Administrativgutachter eine andere Wertung von im Wesentlichen unveränderten tatsächlichen Verhältnissen vorgenommen habe. Sodann habe bei fehlenden Hinweisen für eine relevante Hirnschädigung im neuropsychologischen Gutachten vom 3. August 2017 auch kein neuropsychologisches Störungsbild festgestellt werden können. Immerhin zeigten sich während der neuropsychologischen Untersuchung sowohl in den eingesetzten Performanzvalidierungsverfahren als auch in weiteren eingebetteten Indikatoren mehrfache Auffälligkeiten im Sinne einer nicht ausreichenden Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit: So seien die Resultate in zwei angewendeten Verfahren in den Anstrengungsmassen unter dem Cut-Off mit Werten teilweise im Zufallsbereich gelegen. Auch in weiteren Indikatoren hätten Hinweise für einen reduzierten Effort bestanden. Weitere Inkonsistenzen hatten sich zwischen dem Ausmass der Einschränkungen innerhalb der Performanzvalidierungsverfahren und den Leistungen in dem durchgeführten eigentlichen Gedächtnistest gezeigt: So hätten sich in den Performanzvalidierungsverfahren in den Anstrengungsmassen Leistungen ergeben, die grösstenteils im Ratebereich gelegen hätten. Solche Resultate wären nur möglich, wenn bei der betroffenen Person eine Amnesie, d.h. schwere Merkfähigkeitsstörungen, vorliegen würde. Dies sei jedoch gemäss der neuropsychologischen Expertin nicht der Fall, denn in der eigentlichen Gedächtnisleistung zeigten sich nur maximal mittelschwere Einbussen. Diese Ausführungen der neuropsychologischen Sachverständigen in Verbindung mit denjenigen der damals zuständigen RAD-Ärztin in der Stellungnahme vom 14. März 2017, wonach der psychiatrische Experte im Rahmen der Befunderhebung vor allem auf die subjektiven Angaben der versicherten Person abgestützt habe, würden untermauern, dass eine anspruchserhebliche Veränderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sei, zumal der psychiatrische Gutachter betone, es sei ohne weiteres möglich, dass auch eine stärkere denn leichte bis mittelgradige Depression vorgelegen sei; seriös sei dies aufgrund der angeführten Probleme auch mit seinem Gutachten nicht. Nach den Regeln über die (materielle) Beweislast wirke sich das zuungunsten der eine Rentenerhöhung ansprechenden versicherten Person aus. Auch in rheumatologischer Hinsicht sei nicht zu erkennen, inwiefern eine Veränderung vorliegen solle, werde doch im Teilgutachten vom 24. Oktober 2016 u.a. festgehalten, dass offen bleibe, weshalb und aufgrund welcher Befunde Einschränkungen und Behinderungen des Bewegungsapparates es der Beschwerdeführerin nur selten möglich sein soll, mittelschwere berufliche Tätigkeiten zu maximal 50 % zu verrichten. Seien die medizinischen Experten jedoch nur zu einer anderslautenden Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes gekommen, liege kein Revisionsgrund vor. Es müsse deshalb nicht weiter geprüft werden, wie sich die bundesgerichtliche Anpassung der Rechtsprechung bei psychischen Leiden (Urteile des Bundesgerichts vom 30. November 2017 [8C\_841/2016, 8C\_130/2017]) im vorliegenden Fall auswirke. Der Beschwerdeführerin sei dementsprechend weiterhin eine Viertelsrente auszurichten. Da der mit Vorbescheid vom 10. November 2015 in Aussicht gestellte Entscheid hiermit nicht auf den Kopf gestellt werde und der Beschwerdeführerin nicht zuletzt mit Schreiben vom 16. November 2017 Gelegenheit gegeben worden sei, sich noch einmal umfassend zu äussern, sei das Vorgehen der IV-Stelle auch in formeller Hinsicht nicht zu beanstanden.

5. Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, im vorliegenden Fall hätte zwingend ein neuer Vorbescheid erlassen werden müssen. Nach dem Vorbescheid vom 10. November 2015 sei ein

polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben worden, in welchem die Gutachter begründet festgehalten hätten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe. Zusätzlich sei eine neuropsychologische Begutachtung gemacht worden. Dass nun die IV-Stelle vom Gutachten abweiche, sei nicht zu erwarten gewesen und dies hätte mit Sicherheit in einem Vorbescheid festgehalten werden müssen.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheids zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

5.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidwesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen). Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 3.2 und 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4 u. 5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, u.a. von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1). Einem Vorbescheid kommt nicht die verfahrensmässige Wirkung einer Verfügung zu, weshalb er ohne die Voraussetzungen einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 - 2 ATSG) abgeändert werden kann.

Im vorliegenden Fall wurden von der Beschwerdegegnerin nach Erlass des Vorbescheides ein polydisziplinäres Gutachten sowie ein ergänzendes neuropsychologisches Gutachten eingeholt. Nach derart umfassenden neuen medizinischen Abklärungen hätte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich einen neuen Vorbescheid erlassen müssen. Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin aber insofern das rechtliche Gehör, als ihr nach Vorliegen der Gutachten Gelegenheit gegeben wurde, sich dazu zu äussern (vgl. IV-Nr. 201 und 202). Insofern wurde der Anspruch auf das rechtliche Gehör gewährt, wobei das Vorbescheidverfahren wie erwähnt über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinausgeht, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Hiernach erliess die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 30. Januar 2018,

worin sie nicht vom Vorbescheid vom 10. November 2015 abwich. Selbst wenn in der Verfügung zu Ungunsten der Versicherten von dem abgewichen worden wäre, was vorbescheidweise in Aussicht gestellt wurde, verletzt dies grundsätzlich auch Treu und Glauben nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 3 zu Art. 57a IVG mit Hinweis auf Urteil 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4-5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Der Beschwerdeführerin ist aber insofern Recht zu geben, dass es aufgrund der Begutachtung der D.\_\_\_\_, worin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geltend gemacht wurde, nicht ohne Weiteres ersichtlich war, dass die Beschwerdegegnerin dennoch an ihrem Vorbescheid und der Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs festhalten würde. Somit wäre der Erlass eines Vorbescheides angebracht gewesen, womit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu bejahen ist. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels jedoch selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu den Gutachten der D.\_\_\_\_ sowie dem neuropsychologischen Gutachten hat äussern können. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist.

6. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 30. Januar 2018 zu Recht das Rentenerhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Zeitlicher Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich somit vorliegend durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten ■ auf einer umfassenden Anspruchsprüfung gründenden ■ Rentenverfügung vom 13. Januar 2012 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 30. Januar 2018 (vgl. Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Die Rentenverfügung vom 13. Januar 2012 (IV-Nr. 129) stützte sich im Wesentlichen auf das B.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. September 2011 (IV-Nr. 119.1). Darin wurden folgende

Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Die rheumatologische Evaluation habe im Vergleich zum letzten Gutachten von 2005 nun den Verdacht auf eine seronegative, grenzwertige ANA-positive rheumatoide Arthritis ergeben. In einem MRT der Hände von August 2006 seien erosive Veränderungen Metacarpale 1 und II rechts und nach Kontrastmittelgabe im Radio-ulnar intrakarpal sowie in den PIP-Gelenken rechts sowie links dokumentiert worden. Die aktuellen konventionellen Röntgenbilder hätten keine sicheren Hinweise für erosive Veränderungen im Handskelett beidseits ergeben, hingegen hätten sich beginnende Heberdenarthrosen beidseits ergeben. Die aktuelle detaillierte klinisch-rheumatologische Untersuchung habe keine objektivierbaren fassbaren Synovitiden oder Tenosynovitiden an den peripheren Gelenken, an den oberen sowie unteren Extremitäten ergeben. Im Weiteren bestehe ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei einem primär engen lumbalen Spinalkanal bei leichten degenerativen Veränderungen der unteren LWS. Die von der Explorandin seit Jahren beklagten Kniegelenksbeschwerden links seien unspezifischer Natur und könnten nicht einer eigentlichen Krankheitsentität zugeordnet werden. Rein aus rheumatologischer Sicht erfülle die Explorandin die Klassifikationskriterien einer Fibromyalgie, aufgrund der objektiv erhebbaren Befunde seien regelmässig mittelschwere bis schwere belastende berufliche Tätigkeiten nicht mehr weiter möglich. Generell seien repetitiv grob manuell verarbeitende Tätigkeiten nicht zumutbar. Grundsätzlich sollten berufliche Tätigkeiten in Bezug auf die Hände wenig belastend sein mit seltenem Heben von Gewichten von 5 kg bis maximal 10 kg, ebenso sollten repetitive Überkopfarbeiten mit den Armen vermieden werden. Unter diesen und den qualitativen Einschränkungen für einen Arbeitsplatz seien der Explorandin selten körperlich mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten zu maximal 50 % möglich, leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten seien jedoch unter den erwähnten qualitativen Einschränkungen ohne zeitliche Einschränkung möglich. Da in der Konsensusbesprechung mit der untersuchenden Psychiaterin eigenständige psychiatrische Morbiditäten hätten festgestellt werden können, erfülle die Explorandin konsekutiv die Definitionskriterien für eine Fibromyalgie dementsprechend nicht mehr. Die psychiatrische Evaluation habe eine chronifizierte somatoform-depressive Mischsymptomatik ergeben, die nicht mehr nennenswert zu beeinflussen sei. Konsekutiv bestehe eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 %. Aus psychiatrischer Sicht würde sich eine Teilnahme und Wiedereingliederung der Versicherten am Arbeitsleben psychisch positiv auswirken, auch in Hinsicht auf Selbstbestätigung und Stimmungsstabilisierung. Bei der Explorandin könne jedoch eine ausgeprägte Invalidisierungsüberzeugung vorwiegend aus körperlichen Gründen festgestellt werden. Die allgemeininternistische Untersuchung habe keine Diagnosen ergeben, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin negativ beeinflussen würden. Zusammenfassend bestehe bei der Explorandin aus polydisziplinärer Sicht für jegliche regelmässig mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeit keine Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr. Für körperlich selten mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten, wie sie die Explorandin bis vor zehn Jahren ausgeübt habe, bestehe unter zusätzlichen spezifischen qualitativen Arbeitsplatzbedingungen eine maximale 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. In Bezug auf körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten bestehe eine

Leistungseinbuße von 40 %, unter den berücksichtigten erwähnten qualitativen Einschränkungen, bezogen auf ein vollschichtiges Pensum.

6.2.1 Im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_, [...], vom 18. April 2013 (IV-Nr. 140), wo die Beschwerdeführerin vom 4. Februar bis

#### **E. 4**

April 2013 hospitalisiert war, wurden eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) sowie ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit vom histrionischen Typ (Z73.1) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt eine mittelgradig depressive Episode mit einem somatischen Syndrom auf der Grundlage einer chronischen psychosozialen Belastungssituation mit existentieller Notlage gezeigt, sowie die Trennungssituation von ihrem Ehemann und diversen somatischen Problemen. Die Beschwerdeführerin habe bei der Problembewältigung zu Rückzug und Passivität sowie tendenziell zur Verstärkung der somatischen Symptome geneigt.

6.2.2 Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 136) folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin sei immer depressiv und antriebslos, chronische Schmerzen am ganzen Körper. Angesichts der Gelenk- und Rückenbeschwerden und der Depression sei die Beschwerdeführerin deutlich eingeschränkt. Die IV-Rente sollte erhöht werden.

6.2.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 14. Juni 2015 (IV-Nr. 135, S. 5) folgende Diagnosen:

Seit 2011 sei es gesundheitlich eher zu einer Verschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin sei oft krank, komme niedergeschlagen zu den Terminen oder nehme sie aus körperlichen Gründen kaum wahr. Sie sei im Jahr 2013 auf der psychosomatischen Abteilung des Spitals [...] gewesen. Sie habe dort viel gelernt, aber nichts umsetzen können. Nach und nach sei sie wieder in ihre Isolation zurückgefallen. Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert und wach. Sie wirke vorgealtert. Vordergründig stünden ständig körperliche Beschwerden. Sie wirke durchschnittlich intelligent, aber vergesslich und unkonzentriert. Verordnete Medikamente und Termine könne sie knapp wahrnehmen. Sie sei nicht ausdauernd im Umsetzen von Anweisungen. Sie wirke in der Stimmung depressiv, zeitweise passiv und aggressiv. Der Antrieb sei nicht stabil vorhanden. Es gebe selten Momente, wo sie Freude und Interesse entwickeln könne. Sie sei in ihrem Selbstwert sehr gekränkt, verletzt. Sie habe sichtliche Gewichtsschwankungen. Ihre Gedankenwelt sei auf den Körper fixiert. Zeitweise erlebe sie eine starke innere Unruhe und Ängste, die sie nicht genau definieren könne. Sie habe latente suizidale Gedanken. Therapeutisch sei die Behandlung schwierig, da sie vieles somatisiere und auf ihre Beschwerden fixiert sei. Sie habe keine Kapazität, einen Zusammenhang zwischen Schmerzen, psychischem Leiden und körperlichem Leiden zu machen. In den Gesprächen vermische sich alles. Sie habe Momente, in denen sie abwesend wirke (dissoziiert). Sozial bestehe ein deutlicher Rückzug und keine Fähigkeit, sich ausdauernd in positiver Richtung zu entwickeln. Die Beschwerdeführerin sei wegen der jahrelangen Beschwerden und ihrem Umgang damit (Klagsamkeit) nicht in der freien Wirtschaft einsetzbar. Sie könnte höchstens zwei Stunden am Tag in einem geschützten Rahmen eingefügt werden, wobei dafür ein sehr wohlwollendes Milieu vorausgesetzt werden müsse.

6.2.4 In den Arztberichten des J.\_\_\_\_ vom 18. August 2015 (IV-Nr. 141 S. 5 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Seit Jahren bestünden multiple Beschwerden am ganzen Bewegungsapparat vor allem aber auch im Bereiche der Hände, wo intermittierend Schwellungen bestanden hätten, so zuletzt auch im Frühjahr/Sommer 2015. Zudem bestehe eine erhebliche Müdigkeit und die Beschwerdeführerin habe ein allgemeines Unwohlsein sowie Muskelschmerzen, wobei aktuell noch eine MRI-Untersuchung des Schädels am 21. April 2015 durchgeführt worden sei, dies wegen Prolaktin-Erhöhung bei bekanntem Prolaktinom. Die Prognose hinsichtlich der Fibromyalgie bzw. der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Rahmen der Depression sei ernst aufgrund der fehlenden Besserung trotz wiederholten Massnahmen auch stationärer Art. Aus rein rheumatologischer Sicht sei ihr die bisherige Tätigkeit zu mindestens 50 % zumutbar. Angesichts der lumbalen Stenose mit Fazettenarthrosen sowie der arthroskopischen Teilmeniskektomie am Knie medial links sowie der leichten arthrotischen Veränderungen der Fingergelenke seien schwere Arbeiten nicht zumutbar, auch hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Situation. Aus rheumatologischer Sicht sei eine 50%ige mittelschwere oder sogar 100%ige leichte bis mittelschwere Arbeit zumutbar mit Verminderung von schweren Gewichtsspitzen und knienden Arbeiten.

6.2.5 Im Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 172.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert

Aus psychiatrischer Sicht lägen eine mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Die Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei K.\_\_\_\_ betrage 60 % und in einer körperlich weniger belastenden Verweistätigkeit 50 % der Norm, beides wegen langer Arbeitsabwesenheit aber nur schrittweise zu reduzieren. Der Rheumatologe diagnostiziere ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente bei Fehlhaltung/Fehlform und leichten degenerativen Veränderungen und nur einer fortgeschrittenen Segmentdegeneration zwischen dem 6. und 7. Zervikalwirbel, ferner ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente mit Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz und polysegmentalen degenerativen Veränderungen, besonders auf Höhe des 4. und 5. Lumbalwirbels, daneben ein chronifiziertes therapierefraktäres Ganzkörperschmerzsyndrom ohne entsprechendes Korrelat weder am Bewegungsapparat noch im Labor, sodass in seinem Teilbereich innerhalb der letzten fünf Jahre von einer Verbesserung auszugehen sei; er attestiere eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für körperliche Schwerarbeit sowie Tätigkeiten in nacken- und rückenbelastenden Arbeitspositionen (über Kopf- respektive Arbeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf oder solchen in sitzenden oder stehenden Zwangshaltungen respektive auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten sowie in feucht-kalten Witterungsverhältnissen), dagegen von 30 % der Norm für die angestammte Arbeit in der Autobahnraststätte und von 0 % für sämtliche körperlich leichten und mittelschweren Verweistätigkeiten unter Beachtung der obgenannten Kautelen. Interdisziplinär werde die

Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einem Restaurant einer Autobahnraststätte auf 40 % eingeschätzt, sowohl aufgrund der psychiatrischen als auch ■ bedeutend weniger ■ aufgrund der rheumatologischen Befunde. Die Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Verweistätigkeit betrage 50 %, wobei wiederum die psychiatrischen Gegebenheiten stärker limitierend wirken würden als die rheumatologischen, letztere allerdings mit den oben genannten Einschränkungen. Seit dem letzten Gutachten vom 20. September 2011 im B.\_\_\_\_ seien psychiatrisch eine nicht genauer zu datierende Verschlechterung und rheumatologisch eher eine Verbesserung zu verzeichnen.

6.2.6 In ihrer Stellungnahme vom 14. März 2017 (IV-Nr. 177) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, RAD, fest, das rheumatologische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ überzeuge durch die medizinisch nachvollziehbare Beurteilung, nach ausführlicher Anamnese- und genauer Befunderhebung unter Einbeziehung der Aktenlage. Die rheumatologisch-klinische Untersuchung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ habe bei der Versicherten zum Hauptbefund eines diffusen Ganzkörperschmerzsyndroms ohne hierfür auf der Befundebene festzustellendes, adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat geführt. Auffallend während der gesamten körperlichen Untersuchung sei jedoch das demonstrative und aggravierend anmutende Verhalten der Versicherten gewesen. Im psychiatrischen Teilgutachten setze sich med. pract. H.\_\_\_\_ kritisch und ausführlich mit den psychiatrischen Akten auseinander und beklage generell die mangende Gründlichkeit und Differenziertheit der Voruntersucher. Nach einer sehr ausführlichen Anamneseerhebung stütze sich der Gutachter im Rahmen der Befunderhebung vor allem auf die subjektiven Angaben der Versicherten ab. Objektiv habe die Versicherte der Exploration über 2 ¾ Stunden inkl. zehn Minuten Pause problemlos folgen können. Im Rahmen der Exploration habe sie für den Psychiater schlüssig und offen gewirkt. Einzig bei Konzentration und Merkfähigkeit zeigten sich ihm zum sonstigen klinischen Eindruck nicht passende Auffälligkeiten. Die im Rahmen der somatischen Untersuchung auffallende Verdeutlichungstendenz der Versicherten sei von med. pract. H.\_\_\_\_ als mögliche mehr oder weniger bewusstseinsnahe und -ferne Überzeichnung ihrer somatischen Beschwerden gewertet worden. Aufgrund dieser Verdeutlichungstendenz der Versicherten sei allerdings, aus Sicht der RAD-Ärztin, eine Validierung der im psychiatrischen Gutachten erstellten Befunde durch eine neuropsychologische konsiliarische Untersuchung notwendig.

6.2.7 Im neuropsychologischen Gutachten von Dr. phil. E.\_\_\_\_ vom 3. August 2017 (IV-Nr. 182.1) wurde festgehalten, in der aktuellen Untersuchung liessen sich von leicht bis schwer reichende Minderleistungen in allen überprüften Bereichen erfassen. Dabei hätten jedoch sowohl in einem gesetzten Performanzvalidierungsverfahren als auch in weiteren eingebetteten Indikatoren mehrfache Auffälligkeiten im Sinne einer nicht ausreichenden Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit (Effort) bestanden: So seien die Resultate in zwei angewendeten Verfahren in den Anstrengungsmassen unter dem Cut-off mit Werten teilweise im Zufallsbereich gestanden. Auch in weiteren Indikatoren hätten Hinweise für einen reduzierten Effort bestanden. Weitere Inkonsistenzen zeigten sich zwischen dem Ausmass der Einschränkungen innerhalb der Performanzvalidierungsverfahren und den Leistungen in dem durchgeführten eigentlichen Gedächtnistest: So hätten sich in den Performanzvalidierungsverfahren in den Anstrengungsmassen Leistungen ergeben, die grösstenteils im Ratebereich gelegen hätten. Solche Resultate wären nur möglich, wenn bei der betroffenen Person eine Amnesie, d.h. schwere Merkfähigkeitsstörungen, vorliegen würde. Dies sei jedoch bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall, denn in der eigentlichen

Gedächtnistestung zeigten sich nur maximal mittelschwere Einbussen. Somit könnten die Auffälligkeiten in den Performanzvalidierungsverfahren nicht durch eine schwere kognitive Störung im Sinne einer Amnesie erklärt werden, da eine solche nicht vorliege. Entsprechend der verminderten Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit im Sinne einer negativen Antwortverzerrung sei somit die Aussagekraft der aktuellen Befunde eingeschränkt bzw. die Befunde seien nicht valide. Somit könne nicht beurteilt werden, inwiefern tatsächliche kognitive Einschränkungen bestünden. Dies wäre theoretisch in gewissem Ausmass im Rahmen einer psychischen (z.B. depressiven) Symptomatik denkbar. Weiter seien in den Akten verschiedene Kopfverletzungen geschildert worden, wobei sich in den durchgeführten Bildgebungen keine substanziellen Hinweise für ein erlittenes Schädel-Hirn-Trauma zeigten. Inwiefern die im Schädel-MRI von 2015 beschriebenen (und im MRI von 2016 nicht erwähnten) Auffälligkeiten im Putamen und im Nucleus caudatus eine klinische Relevanz hätten, müsste aus neuroradiologischer Sicht beurteilt werden. Die Ursache für den verminderten Effort, dies trotz vorangegangenen Hinweis auf die Wichtigkeit einer hohen Anstrengungsbereitschaft und den Einsatz von Performanzvalidierungsverfahren, bleibe letztendlich offen. So könne nicht beurteilt werden, ob der reduzierte Effort auf eine (nicht bewusste) Verdeutlichungstendenz im Zusammenhang mit einer Krankheitsfehlverarbeitung zurückzuführen sei, oder ob er Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravation sei. Würden die Resultate in den Performanzvalidierungsverfahren unterhalb des Zufallsbereichs liegen, dann könnte von einer bewussten Falschbeantwortung und damit von einer Aggravation bzw. Simulation im Sinne eines Malingering ausgegangen werden. Dies sei jedoch nicht der Fall. Auch könnten entsprechend des eingeschränkten Efforts und der damit einhergehenden nicht validen Testbefunde aus neuropsychologischer Sicht keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit und zu therapeutischen Möglichkeiten gemacht werden. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Befunde könne keine neuropsychologische Diagnose abgeleitet werden.

6.2.8 In ihrer Stellungnahme vom 30. August 2017 (IV-Nr. 187) führte Dr. med. F. \_\_\_ aus, mit der Einschätzung des Gutachtens aus [...] könne sie sich nicht einverstanden erklären, weil die Depressivität nicht genug gewichtet werde. Das neuropsychologische Gutachten hingegen beschreibe die Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin genau. Die Expertin komme zum Schluss, dass keine eindeutige Aggravation oder eine hirnorganische Komponente vorliege. Das beschriebene Verhalten falle ihr, Dr. med. F. \_\_\_, seit Jahren auf. Das Verhalten sei pathologisch und nicht beeinflussbar. Aus psychiatrischer Sicht und als langjährige Psychiaterin der Beschwerdeführerin könne sie weder eine bewusste Aggravation noch bewusste Absichten in diesen Verhaltensweisen sehen. Das neuropsychologische Gutachten bestätige eigentlich nur den klinischen Eindruck. Aus ihrer Sicht müsse daraus geschlossen werden, dass die Verhaltensweisen die verfestigte Denkweise der Beschwerdeführerin widerspiegeln würden. Die Denkweise bestehe aus Hoffnungslosigkeit, einer inneren Überzeugung, dass ihr nicht geholfen werden könne, einer Sinnlosigkeit des Lebens, der Überzeugung, dass sie es sowieso nicht wert sei und jede eigene und fremde Bemühung nicht viel nütze. Die Beschwerdeführerin habe vordergründig immer wieder Ratschläge und Anweisungen angenommen. Sie habe sie nicht länger einhalten können. Trotz einer vertrauensvollen Beziehung sei ihre innere Überzeugung in der Therapie nicht durchbrechbar gewesen.

6.2.9 Dr. med. C. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 30. August 2017 (IV-Nr. 188, S. 4) fest, er kenne die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren. Sie sei sowohl psychisch als auch

körperlich in einem schlechten Zustand. Körperlich sei sie durch die chronischen Schmerzen bei Fibromyalgie eingeschränkt und durch Arthrose und Sehnenprobleme am linken Daumen. Gerade die Beschwerden von Seiten der Fibromyalgie seien stark schwankend. Es gebe recht gute Tage, aber oft auch wieder sehr schlechte Tage. Dies gelte auch für die psychischen Beschwerden. Dies sei seines Erachtens beim Gutachten zu wenig berücksichtigt worden. Angesichts der häufigen schlechten Perioden sei eine regelmässige berufliche Tätigkeit kaum möglich.

7. Die Grundlage des angefochtenen Entscheides bildet im Wesentlichen das Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 172.1), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 172.3) setzte sich Dr. med. M.\_\_\_\_ gestützt auf seine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 5 - 11 des Gutachtens) eingehend und wohlbegründet mit den Vorakten und den möglichen Diagnosen auseinander: Die aktuelle eingehende rheumatologisch-klinische Untersuchung führe bei der Versicherten zum Hauptbefund eines diffusen Ganzkörperschmerzsyndroms ohne hierfür auf der Befundebene festzustellendes, adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Die körperliche Untersuchung und insbesondere die Prüfung der aktiven Beweglichkeit von Wirbelsäule und peripheren Gelenken habe sich aufgrund des dysfunktional anmutenden Schmerzverhaltens ausserordentlich schwierig gestaltet und die Versicherte habe schmerzbedingt eine deutliche Selbstlimitierung und Abwehr bei der passiven Beweglichkeitsprüfung gezeigt. Soweit überhaupt aufgrund der eingeschränkten Untersuchbarkeit feststellbar, habe er, Dr. med. M.\_\_\_\_, keine schwere Funktionseinschränkung im Bereich der Wirbelsäule oder der peripheren Gelenke feststellen können. Im Weiteren habe er keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik weder auf zervikalem noch lumbalem Niveau sowie auch keine klinischen Anhaltspunkte für eine Synovialitis bei diffus druckdolenten Händen und Fingern mit vollständigem Faustschluss gefunden. Diskrepanz zur normalen muskulären Trophik an den oberen und unteren Extremitäten und insbesondere der intrinsischen Handmuskulatur habe die Versicherte die Kraft des Faustschlusses massiv abgeschwächt gezeigt und diskrepanz dazu erstaune es in der Tat, dass die Versicherte sich überhaupt der Kleider entledigen und nachher habe anziehen können. Die bildgebende Verlaufsuntersuchung ergebe im Bereich des Hand- und Fuss skeletts keine Hinweise für einen erosiv-destruierenden Verlauf und es bestünden einzig Zeichen einer für das Alter nur leichten Fingerpolyarthrose. Die aktuelle Laboruntersuchung weise rheuma-immunologisch weiterhin keine humorale Entzündungsaktivität auf und bis auf einen in der Immunfluoreszenz leicht erhöhten Titer für antinukleäre Antikörper normale Befunde, insbesondere auch einen fehlenden Nachweis von antinukleären Antikörpern im ELISA-Test wie auch negative Anti-dsDNA-Antikörper und negative ACPA. Hinsichtlich einer ebenfalls in den Akten diskutierten Konnektivitis komme aufgrund der Anamnese, der klinischen Befunde ohne Organbefall sowie der Aktenlage einzig eine undifferenzierte Form in Betracht. Diesbezüglich existierten keine international anerkannten Diagnosekriterien. Aufgrund der Erfahrung handle es sich bei der undifferenzierten Konnektivitis jedoch um eine in aller Regel gutartig verlaufende Erkrankung mit gelegentlich auftretenden Oligo- bis Poly-Arthralgien und milden Synovialitiden, die auf eine Antimalarika-Therapie sehr häufig gut anspreche. Das Ausmass der von der Versicherten geschilderten und als völlig invalidisierend eingestuften Beschwerden sowie

der klinische Befund wie auch die Angabe eines fehlenden Ansprechens auf sämtliche bisher durchgeführten Therapiemassnahmen liessen erheblich an der Diagnose einer undifferenzierten Konnektivitis zweifeln. Insgesamt gehe er, Dr. med. M.\_\_\_\_, von einem chronischen Ganzkörperschmerzsyndrom ohne diesbezüglich adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat aus und sehe die erwähnten Polyarthralgien ausschliesslich in diesem Zusammenhang. Hinsichtlich der angegebenen, chronischen zervikalen und lumbalen Beschwerden bestehe eine spondylogene Teilkomponente bei degenerativen Veränderungen im unteren Halswirbelsäulenbereich, insbesondere das Segment C6/C7, sowie der Lendenwirbelsäule im mittleren/unteren Bereich hauptbefundlich das Segment L4/L5 betreffend. Die zervikale und lumbale Schmerzsymptomatik erscheine jedoch durch das Ganzkörperschmerzsyndrom deutlich überlagert und eine genaue Differenzierung zwischen somatischem und nicht-somatischem Schmerzanteil sei nicht möglich. Aufgrund der radiologischen Befunde könne jedoch geschlossen werden, dass bezüglich der Hals- und Lendenwirbelsäule eine Minderbelastbarkeit bestehe. Hinsichtlich der angegebenen, wiederholten Kontusionen im Nacken- und Lendenwirbelsäulenbereich ergäben sich bildgebend keine Hinweise für eine osteo-diskoligamentäre oder fazettogene Läsion. Es handle sich damit bei all diesen Unfällen hochwahrscheinlich um Bagateltraumata ohne objektivierbare Unfallfolgen am Bewegungsapparat. Hinsichtlich beider Kniegelenke zeigten sich aktuell klinisch weitgehend unauffällige Befunde ohne Erguss und mit nur diskreter Flexionseinschränkung links unter Angabe retropatellärer Schmerzen mit palpabler und auskultierbarer Krepitation sowie provozierbarem femoropatellärem Anpressschmerz links. Die aktuelle nativ-radiologische Verlaufskontrolle zeige einen weitgehend altersentsprechenden, normalen Befund mit einzig diskreten Zeichen für eine Femoropatellararthrose linksbetont. Sowohl das mediale wie das laterale femorotibiale Kompartiment präsentierten sich bildgebend altersentsprechend unauffällig und eine relevante Gonarthrose sei nicht festzustellen. Daraus ergebe sich rheumatologisch auf der Befundebene derzeit keine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Weiter legte Dr. med. M.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass gegenüber dem Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 12. September 2011 und insbesondere bezugnehmend auf das diesbezügliche rheumatologische Teilgutachten insgesamt von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, indem aktuell weder eine klinische noch eine labormässige Entzündungsaktivität bezüglich der früher vermuteten rheumatoiden Arthritis festzuhalten sei, bei wie oben erwähnt radiologisch nicht erosivem Verlauf. Der damalige rheumatologische Teilgutachter Dr. med. N.\_\_\_\_ schreibe in seiner Beurteilung, das Gaenslen-Zeichen sei beidseits positiv, der kleine Faustschluss wegen der Spannungsbeschwerden auf Höhe PIPG eingeschränkt und dies ohne eindeutig fassbare Synovitiden oder Tenosynovitiden. Das Gaenslen-Zeichen gebe aber keine Auskunft über eine allfällig vorhandene Synovialitis, sei nicht spezifisch für eine rheumatoide Arthritis und könne durchaus auch im Rahmen einer organisch nicht begründbaren Schmerzkrankheit auftreten. Es ergäben sich zum Befund von Dr. med. N.\_\_\_\_, Gutachten 2011, im Übrigen keine relevanten Änderungen. Dass seitens der vermuteten rheumatoiden Arthritis keine Entzündungsaktivitäten mehr nachweisbar seien, werde in diversen Berichten des behandelnden Rheumatologen Dr. med. O.\_\_\_\_ bestätigt, so am 20. Januar 2011, 13. Mai 2014, 5. Dezember 2014, am 22. Juni 2015, am 30. Oktober 2015, am 24. November 2015 und zuletzt am 13. Juni 2016.

Schliesslich vermögen im Lichte der von Dr. med. M. \_\_\_ festgestellten Widersprüche zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, ihrem gezeigten Verhalten und den objektiv feststellbaren Befunden auch die von ihm in der Folge gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen: Hinsichtlich arbeitsrelevanter Problematik bestehe ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht eine gewisse Minderbelastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule im mittleren/unteren Abschnitt aufgrund deutlicher, degenerativer Veränderungen. Diesbezüglich seien der Versicherten keine körperlichen Schwerarbeiten zumutbar wie auch keine Tätigkeiten in nacken- und rückenbelastenden Arbeitspositionen wie zum Beispiel Verrichtungen längere Zeit über Kopf mit reklinierter Halswirbelsäule, Tätigkeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf, keine Tätigkeiten in einer sitzenden oder stehenden Zwangshaltung ohne die Möglichkeit zwischendurch die Position zu ändern wie auch keine Tätigkeiten auf vibrierenden Maschinen, Dächern oder Gerüsten. Zudem halte er, Dr. med. M. \_\_\_, die Versicherte nicht geeignet für Tätigkeiten mit feucht-kalten Witterungseinflüssen. Zuletzt sei die Versicherte als Kassiererin bei K. \_\_\_ in einem 100%-Pensum tätig gewesen mit Arbeitsunfähigkeit nach einem Arbeitsunfall am 1. Dezember 1999. Medizinisch-theoretisch könnte der Versicherten eine Tätigkeit als Kassiererin ganztags zugemutet werden mit einer geschätzten Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund des Bedarfs, zwischendurch die Körperposition zu wechseln und Pausen einzulegen. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit könnten der Versicherten von rheumatologischer Seite her sämtliche körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten unter den vorerwähnten Einschränkungen ganztags und ohne Leistungseinbusse zugemutet werden. Diesbezüglich attestiere er der Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit.

## 7.2

7.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 172.3) stützte sich med. pract. H. \_\_\_ auf eine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 1 - 8 des Gutachtens) und setzte sich sehr eingehend mit den Vorakten auseinander (S. 8 - 10 des Gutachtens). Hinsichtlich der aktuellen Untersuchung führte med. pract. H. \_\_\_ aus, es habe sich eine 57-jährige Explorandin gezeigt, die offen wirkend über sich, ihr Leben und ihre Beschwerden berichtet habe. Es hätten sich keine Hinweise auf Simulation ergeben. Angesichts des hohen (im Normbereich liegenden) Blutspiegels von Paroxetin könne von einer guten aktuellen Compliance ausgegangen werden, denn es fänden sich keine konkreten Hinweise auf eine Malcompliance. Im Psychostatus wirke die Explorandin mehrheitlich differenziert in ihren Angaben, sie seien grösstenteils auch nachvollzieh- und /oder belegbar. Einzig bei der Konzentration und der Merkfähigkeit zeigten sich zum sonstigen klinischen Eindruck nicht passende Auffälligkeiten. Diese könnten einerseits im Sinne einer Aggravation zu sehen sein, aber auch im Sinne einer bewusstseinsfernen Pseudodemenz, die häufig bei Depression zu beobachten sei. Eine Differenzierung sei im Rahmen dieses Gutachtens nur insofern möglich, als eben sonst die Angaben der Explorandin differenziert wirkten, sie habe bei der psychiatrischen Exploration nicht geklagt und gejammert. Allerdings sei eine klare Verdeutlichungstendenz bei der somatischen Untersuchung aufgefallen. Es sei nicht ausschliessbar, dass die Explorandin mehr oder weniger bewusstseinsnah und -fern (dies könne im Rahmen dieses Gutachtens nicht seriös differenziert werden) ihre somatischen Beschwerden überzeichne. Auch im psychiatrischen Gutachten wirkten diese stärker dargestellt, als es durch den Gesamteindruck bestätigt werden könne. Unter Berücksichtigung gewisser oben diskutierter Abstriche ergebe sich dennoch aus

der Zusammenfassung von klinischem Eindruck und Psychostatus sowie der vorliegenden Berichte eine mittelgradige depressive Episode. Nach seinem Eindruck eher mit Tendenz zur schwergradigen, jedoch noch klar im mittleren Bereich bleibend. Des Weiteren begründete med. pract. H. \_\_\_ seine Einschätzung des Schweregrades der depressiven Episode und die seiner Ansicht nach eingetretene gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar. Das ICD-10 verlange für diese Diagnose: «Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten somatischen Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.» Bei der Beschwerdeführerin lägen folgende der vorgenannten Symptome vor: Gedrückte Stimmung, Verminderung von Antrieb und Aktivität, verminderte Fähigkeit zu Freude, vermindertes Interesse und Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt, Schuldgefühle und Gedanken über eigene Wertlosigkeit, Interessenverlust, Libidoverlust. Damit sei es im Vergleich zum Vorgutachten von 2011 zu einer Verschlechterung gekommen. Sodann liege die somatoforme Schmerzstörung weiterhin vor. Da es tatsächliche somatische Schädigungen bei der Explorandin gegeben habe (Knie, Rücken), sei die Diagnose in die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu ändern. Die vorhandenen psychischen Belastungsfaktoren seien nicht schwer ausgeprägt, jedoch mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht zu finden, auch nicht für akzentuierte Persönlichkeitszüge; für letztere sei die Depression im Rahmen der aktuellen Untersuchung zu stark ausgeprägt. Das ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Linden & Baron, 2009) sei im Rahmen dieses Gutachtens wie folgt zu diskutieren: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Wegefähigkeit nicht. Schliesslich vermag im Lichte der vorgehenden Erwägungen von med. pract. H. \_\_\_ auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin 40 % arbeitsfähig. Es sei überwiegend wahrscheinlich zu einer Verschlechterung der Diagnosen und des psychischen Befindens in den letzten fünf Jahren gekommen. In einer körperlich weniger

belastenden Tätigkeit als der angestammten sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % medizinisch theoretisch umsetzbar. Aus praktisch-klinischer Erfahrung heraus werde die Explorandin jedoch nach so langer Arbeitsabstinenz kaum in der Lage sein, die vorgenannten Prozente auf Antrieb umzusetzen, es sei hier von einer nicht diagnostisch klassifizierbaren Dekonditionierung auszugehen. Die aktuellen Angaben würden ab diesem Gutachten gelten, denn es könne nicht seriös festgestellt werden, wann es zu den Verschlechterungen in den letzten fünf Jahren gekommen sei.

7.2.2 Gemäss BGE 143 V 418 (vgl. auch BGE 143 V 409) sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. H.\_\_\_\_ setzt also voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraaster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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)

7.2.2.1 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416) einzugehen. Diesbezüglich ist dem Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ zu entnehmen, die bisherige Therapie sei seines Erachtens grundsätzlich angemessen. Soweit erkennbar, sei die Kooperation bei den verordneten Behandlungen teils gut, teils aber auch entwickelbar. Gemäss psychiatrischer Abklärung bestünden weitere Therapieoptionen, mit

denen eine relevante Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne.

Es sei eine Optimierung der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie vorzunehmen. So habe die Explorandin viele Dinge, die in einer Therapie besprochen worden seien und sich entwickeln sollten, nicht nennen können. Hier sei eine Intensivierung notwendig, allenfalls müsste geklärt werden, ob der Intellekt bei ausbleibendem Erfolg für eine Therapie wirklich genügend sei. Der aktuelle Schweregrad spreche für die Weiterführung einer Psychotherapie. Da es über die letzten Jahre zu einer Verschlechterung trotz Behandlung gekommen sei, erscheine eine Intensivierung der Medikation ebenfalls notwendig. Die vom Gutachter angesprochene gute Kooperation der Beschwerdeführerin zeigt sich zudem auch im Umstand, dass der anlässlich der Begutachtung gemessene Blutspiegel von Paroxetin im Normbereich lag. Weiter ist beim Indikator Behandlungserfolg und -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) aber zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin trotz seit längerem attestierter teilweiser Arbeitsfähigkeit keinerlei Arbeitsversuche ausweisen kann; es fehlt folglich jeglicher Versuch der Selbsteingliederung. Damit kann nicht von einer Eingliederungsresistenz gesprochen werden, auch wenn zurzeit aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin eine Eingliederung wenig aussichtsreich erscheint.

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Die somatischen Beeinträchtigungen schränken die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit gemäss der Beurteilung von Dr. med. M. \_\_\_ nicht weiter ein, wobei diesbezüglich immerhin die zusätzlichen ■ nicht unerheblichen ■ Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils zu berücksichtigen sind. Im Gutachten wurden darüber hinaus keine ressourcenhemmenden Wirkungen der somatischen Diagnosen erwähnt.

Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) führte med. pract. H. \_\_\_ aus, die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Explorandin verfüge aus psychiatrischer Sicht über nur eingeschränkte Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren.

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist nur begrenzte Ressourcen aus. So lebt die Beschwerdeführerin allein in einer 2 1/2-Zimmer-Wohnung. Ein Haustier habe sie nie gehabt und die Pflanzen, welche sie früher hie und da gepflegt habe, seien alle

zugrunde gegangen, sie habe kein Geschick für solche. Punkto Beziehungsnetz gab sie an, dass ihre nächste Vertrauensperson ihr 54-jähriger Bruder sei, welcher mit seiner Familie in [...] lebe, auch mit ihrer Schwägerin habe sie ein schönes Verhältnis, jedoch habe sie aus irgendwelchen Gründen mit ihrer 59-jährigen Schwester seit vielen Jahren keine Beziehung mehr, diese lebe mit ihrer Familie als Hausfrau in [...]. Sonst habe sie lediglich noch eine engere Beziehung mit einer Freundin, mit welcher sie früher eine Zeit lang zusammengearbeitet habe und welche sich inzwischen in einem Altersheim befinde, sonst sei sie allein und einsam. Sie sei in keinem Verein und mache bei keiner Interessengruppe mit. Mit der orthodoxen Glaubensgemeinschaft habe sie schon längst keinen Kontakt mehr (vgl. IV-Nr. 172.1, S. 16 f.).

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) führte med. pract. H.\_\_\_\_ aus, im Psychostatus wirke die Explorandin mehrheitlich differenziert in ihren Angaben, sie seien grösstenteils auch nachvollzieh- und /oder belegbar. Einzig bei der Konzentration und der Merkfähigkeit zeigten sich zum sonstigen klinischen Eindruck nicht passende Auffälligkeiten. Diese könnten einerseits im Sinne einer Aggravation zu sehen sein, aber auch im Sinne einer bewusstseinsferneren Pseudodemenz, die häufig bei Depression zu beobachten sei. Eine Differenzierung sei im Rahmen dieses Gutachtens nur insofern möglich, als eben sonst die Angaben der Explorandin differenziert wirken würden, sie habe bei der psychiatrischen Exploration nicht geklagt und gejammt. Allerdings sei eine klare Verdeutlichungstendenz bei der somatischen Untersuchung aufgefallen. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Explorandin mehr oder weniger bewusstseinsnah und -fern (dies könne im Rahmen dieses Gutachtens nicht seriös differenziert werden) ihre somatischen Beschwerden überzeichne. Auch im psychiatrischen Gutachten wirkten diese stärker dargestellt, als es durch den Gesamteindruck bestätigt werden könne. Zusammenfassend hielt med. pract. H.\_\_\_\_ dennoch fest, seine Abklärungen hätten ergeben, dass sich die beklagten Leiden konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen auswirkten. Aus gutachterlicher Sicht sei er vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen überzeugt.

7.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundegerichtlichen zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der nach neuer Rechtsprechung zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind bei der Beschwerdeführerin im persönlichen und sozialen Bereich nur begrenzt Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Zudem hat med. pract. H.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung auch berücksichtigt, dass eine klare Verdeutlichungstendenz bei der somatischen Untersuchung aufgefallen und es nicht auszuschliessen sei, dass die Explorandin mehr oder weniger bewusstseinsnah und -fern ihre somatischen Beschwerden überzeichne. Dagegen erachtete er ihr Verhalten anlässlich der psychiatrischen Begutachtung aber als weitgehend konsistent authentisch und kam im Resultat nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode im Grenzbereich zu einer schweren Episode bestehe. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu.

7.3 Sodann vermag auch die unter Einschluss der internistischen Fachrichtung vorgenommene Gesamtbeurteilung im D.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten in nacken- und rückenbelastenden Arbeitspositionen (über Kopf- respektive Arbeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf oder solche in sitzenden oder stehenden Zwangshaltungen respektive auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten sowie in feucht-kalten Witterungsverhältnissen) zumutbar seien. Dagegen sei ihr eine angepasste Tätigkeit im Rahmen von 50 % zumutbar (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor). Damit ist eine revisionsrelevante gesundheitliche Verschlechterung erstellt.

7.4 Schliesslich vermögen auch die gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen sowie die teilweise entgegenstehenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der D.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. Dass im psychiatrischen Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_, wie von der Beschwerdeführerin gerügt und von Dr. med. F.\_\_\_\_ vorgebracht, die Depressivität nicht genug gewichtet worden sei, erscheint nicht nachvollziehbar, nachdem er eine mittelgradige depressive Episode und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert hat. Den Berichten von Dr. med. F.\_\_\_\_ ist diesbezüglich denn auch nichts Weiterführendes zu entnehmen. Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, eine Aggravation liege gerade nicht vor. Diesbezüglich wurde im Gutachten eine sehr differenzierte Auseinandersetzung mit einer möglichen Aggravation der Beschwerdeführerin vorgenommen und eine solche im Resultat verneint. Dies steht denn auch im Einklang mit dem neuropsychologischen Gutachten von Dr. phil. E.\_\_\_\_, wonach nicht beurteilt werden könne, ob der reduzierte Effort auf eine (nicht bewusste) Verdeutlichungstendenz im Zusammenhang mit einer Krankheitsfehlverarbeitung zurückzuführen sei, oder ob er Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravation sei. Die Resultate in den Performanzvalidierungsverfahren lägen nicht unterhalb des Zufallsbereichs, weshalb nicht von einer bewussten Falschbeantwortung bzw. einer Aggravation gesprochen werden könne (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor). Damit ergeben sich aus dem neuropsychologischen Gutachten ebenfalls keine ausreichenden Gründe, um vom psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ abzuweichen. Zudem hat auch der rheumatologische Gutachter bei seiner Begutachtung nachvollziehbar die Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten und objektivierbaren Beschwerden aufgezeigt und dies dementsprechend bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Insofern die Beschwerdeführerin weiter rügt, die Wechselwirkung der verschiedenen Beschwerden sei nicht berücksichtigt worden, ist vorweg anzumerken, dass bei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Dementsprechend ist von einer geringen Wechselwirkung zwischen somatischen und psychiatrischen Diagnosen auszugehen. Die Schlussfolgerungen basieren auf einer Konsensbesprechung. Sodann wird von der Beschwerdegegnerin vorgebracht, med. pract. H.\_\_\_\_ habe sich in seiner Begutachtung vor allem auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt. Zudem habe er einerseits das Vorgutachten des B.\_\_\_\_ kritisiert, aber gleichwohl mit Hinweis auf dieses eine Verschlechterung seit der letzten Begutachtung begründet. Dies überzeuge nicht. Dem ist entgegenzuhalten, dass med. pract. H.\_\_\_\_ die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin in seinem Gutachten sehr wohl objektiv würdigt und auch mit entsprechenden Testverfahren validiert. Dass med. pract. H.\_\_\_\_ die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin quasi ungefiltert übernommen habe, kann somit nicht gesagt werden. Des Weiteren ist der Beschwerdegegnerin zwar insofern Recht zu geben, dass sich med. pract. H.\_\_\_\_ ausführlich mit dem psychiatrischen Teil des B.\_\_\_\_-Gutachtens

vom 12. September 2011 auseinandersetzt und dieses auch kritisiert (vgl. IV-Nr. 172.4, 10 f.). Wenn er das psychiatrische Vorgutachten teilweise als nicht nachvollziehbar bezeichnet, ändert dies aber nichts daran, dass er gestützt darauf einen Vergleich vorzunehmen hat. So ist die damalige Rentenverfügung rechtskräftig und damit grundsätzlich auch der Sachverhalt, auf welchen sie sich abgestützt hat. Der damalige Sachverhalt ist demnach bei der Prüfung einer revisionsrelevanten Veränderung grundsätzlich nicht auf seine Beweiswertigkeit zu prüfen. Indem nun med. pract. H. \_\_\_ seine erhobenen Befunde mit den Befunden aus dem psychiatrischen Teilgutachten des B. \_\_\_ vergleicht, so ist er hierbei korrekt vorgegangen. Die von ihm geltend gemachte Verschlechterung wurde zudem schlüssig begründet. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung gerade bei psychiatrischen Beurteilungen nicht überspannt werden dürfen. Diese können nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_395/2018 vom 3. September 2018 E. 6.4.3). Die RAD-Ärztin, Dr. med. L. \_\_\_, sprach dem Gutachten von med. pract. H. \_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. März 2017 denn auch nicht den Beweiswert ab. So führte sie aus: Im psychiatrischen Teilgutachten setze sich med. pract. H. \_\_\_ kritisch und ausführlich mit den psychiatrischen Akten auseinander und beklage generell die mangende Gründlichkeit und Differenziertheit der Voruntersucher. Nach einer sehr ausführlichen Anamneseerhebung stütze sich der Gutachter im Rahmen der Befunderhebung vor allem auf die subjektiven Angaben der Versicherten ab. Damit sagt Dr. med. L. \_\_\_ entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin auch nicht aus, dass med. pract. H. \_\_\_ lediglich eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Sachverhalts vornehme. Insofern kann auf die vorgehenden Erwägungen verwiesen werden. Somit ist die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung zu Unrecht davon ausgegangen, eine revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erstellt. Vielmehr hätte sie gestützt auf die Beurteilung aus dem Gutachten der D. \_\_\_ davon ausgehen müssen, dass bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und damit ein Revisionsgrund vorliegt.

8. Somit ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen, nachdem die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf einen solchen verzichtet hat. Eine Rückweisung der Sache zur Vornahme des Einkommensvergleichs, wie dies von der Beschwerdeführerin verlangt wird, ist dagegen nicht angebracht. Zum einen wurden die Berechnungsgrundlagen für das Invaliden- und Valideneinkommen bereits im Vorbescheid vom 10. November 2015 aufgeführt und sind der Beschwerdeführerin damit bekannt. Zum anderen hat sie sich auch in ihrer Beschwerde zu einem allfällig vorzunehmenden Einkommensvergleich geäußert.

8.1 Bezüglich des Invaliden- und Valideneinkommens kann im Wesentlichen auf die im Vorbescheid vom 10. November 2015 verwendeten Berechnungsgrundlagen verwiesen werden. Das Valideneinkommen betrug gemäss dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts vom 29. Juli 2003 im Jahr 2001 CHF 45'370.00 inkl. 13. Monatslohn (VSBES.2002.611 E. II. 8. c). Gemäss dem Gutachten der D. \_\_\_ ist eine revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes spätestens ab dem 2. Februar 2016 (Datum der gutachterlichen Schlussbesprechung) erstellt. Somit ist das vorgenannte Einkommen auf die Teuerung im Jahr 2016 aufzurechnen (:110.9 x 133.9; vgl. Nominallohnindex, Bundesamt für Statistik, T1.93, Frauen Total), woraus sich ein Valideneinkommen von CHF 54'779.45 ergibt.

Das Invalideneinkommen errechnet sich gestützt auf LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level Total Niveau 1 Frauen: CHF 4'300.00 x 12 + Aufrechnung Wochenstunden (:40 x 41.7) + Aufrechnung Teuerung 2016 (:132.1 x 133.9) = CHF 54'526.00; davon 50 % zumutbar = CHF 27'263.00.

8.2 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, es sei beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 25 % vorzunehmen.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009, E. 2.1.1 mit Hinweisen). So verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 75 - 89 % im hier massgebenden Anforderungsniveau 4 rund 6 % weniger als bei einem Beschäftigungsgrad von mehr als 90 % (vgl. z.B. Tabelle T2\* der LSE 2006 S. 16). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung, wie erwähnt, keinen Einkommensvergleich und damit auch keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Wie in Ziffer II. 7.3 vorgehend festgehalten, ist die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten der D.\_\_\_\_ wie folgt eingeschränkt: Zumutbar seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten ohne nacken- und rückenbelastende Arbeitspositionen (über Kopf- respektive Arbeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf oder solche in sitzenden oder stehenden Zwangshaltungen respektive auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten sowie in feucht-kalten Witterungsverhältnissen). Eine solche angepasste Tätigkeit sei ihr im Rahmen von 50 % zumutbar. Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Anforderungsniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012,

8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Da bei der Beschwerdeführerin gemäss vorgehendem Zumutbarkeitsprofil die genannten zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, ist ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug von 5 % gerechtfertigt. Dagegen ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstmangel für Frauen ohne Kaderfunktion im Jahr 2016 statistisch nicht ausgewiesen (LSE 2016, T 18), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Zudem verfügt die Beschwerdeführerin über das Schweizer Bürgerrecht, womit diesbezüglich kein Abzugsgrund vorliegt. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9, S. 65).

8.3 Somit errechnet sich der Invaliditätsgrad wie folgt: Das Valideneinkommen beträgt wie vorgehend ausgeführt CHF 54'779.45. Vom Invalideneinkommen von CHF 27'263.00 ist der leidensbedingte Abzug von 5 % vorzunehmen, was ein Invalideneinkommen von CHF 25'899.85 ergibt. Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 53 % womit die Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2016 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine halbe Rente hat.

9. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 30. Januar 2018 aufzuheben.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 3'297.50 festzusetzen (13.2 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt). Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert daraus, dass die Position «Administratives» als Kanzleiaufwand gilt, welcher bereits im Stundenansatz der Rechtsvertreterin enthalten ist und demnach nicht gesondert vergütet wird.

Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführer der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 30. Januar 2018 aufgehoben.

2. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Mai 2016 Anspruch auf eine halbe Rente.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 3'297.50 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Isch

## E. 5

Vorab ist auf die Frage einzugehen, ob die Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin verletzt hat. Die Beschwerdeführerin rügt in diesem Zusammenhang, im vorliegenden Fall hätte zwingend ein neuer Vorbescheid erlassen werden müssen. Nach dem Vorbescheid vom 10. November 2015 sei ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag gegeben worden, in welchem die Gutachter begründet festgehalten hätten, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert habe. Zusätzlich sei eine neuropsychologische Begutachtung gemacht worden. Dass nun die IV-Stelle vom Gutachten abweiche, sei nicht zu erwarten gewesen und dies hätte mit Sicherheit in einem Vorbescheid festgehalten werden müssen.

5.1 Der Anspruch auf rechtliches Gehör dient einerseits der Sachaufklärung, andererseits stellt er ein persönlichkeitsbezogenes Mitwirkungsrecht beim Erlass eines Entscheides dar, welcher in die Rechtsstellung des Einzelnen eingreift. Dazu gehört insbesondere das Recht des Betroffenen, sich vor Erlass eines in seine Rechtsstellung eingreifenden Entscheides zur Sache zu äussern, erhebliche Beweise beizubringen, Einsicht in die Akten zu nehmen, mit erheblichen Beweisanträgen gehört zu werden und an der Erhebung wesentlicher Beweise entweder mitzuwirken oder sich zumindest zum Beweisergebnis zu äussern, wenn dieses geeignet ist, den Entscheid zu beeinflussen.

5.2 Der Sinn und Zweck des Vorbescheidverfahrens besteht darin, die Akzeptanz des Entscheids bei den Versicherten zu verbessern (BGE 134 V 97 E. 2.7 S. 106). Die IV-Stelle darf sich daher nicht darauf beschränken, die von der versicherten Person vorgebrachten Einwände tatsächlich zur Kenntnis zu nehmen und zu prüfen. Sie hat ihre Überlegungen dem oder der Betroffenen gegenüber auch namhaft zu machen und sich dabei ausdrücklich mit den (entscheidswesentlichen) Einwänden auseinanderzusetzen, oder aber zumindest die Gründe anzugeben, weshalb sie gewisse Gesichtspunkte nicht berücksichtigen kann (BGE 124 V 181 E. 2b S. 183). Das Vorbescheidverfahren geht über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinaus, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern (BGE 134 V 97 E. 2.8.2 S. 107 mit Hinweisen). Dies heisst nicht, dass eine IV-Stelle, die von dem im Vorbescheid in Aussicht gestellten Entscheid abweichend verfügen will, vorgängig nochmals ein Vorbescheidverfahren durchzuführen hätte (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_96/2012 vom 9. Mai 2012 E. 3.2 und 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4 u. 5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Ob die Verwaltung, wenn sie auf Einwand der versicherten Person gegen den Vorbescheid hin weitere Abklärungen vornimmt, nochmals ein

Vorbescheidverfahren durchzuführen hat, hängt von den Umständen des Einzelfalles ab, u.a. von der inhaltlichen Bedeutung der Sachverhaltsvervollständigung (Urteil des Bundesgerichts 9C\_312/2014 vom 19. September 2014 E. 2.2.1). Einem Vorbescheid kommt nicht die verfahrensmässige Wirkung einer Verfügung zu, weshalb er ohne die Voraussetzungen einer prozessualen Revision oder Wiedererwägung (Art. 53 Abs. 1 - 2 ATSG) abgeändert werden kann. Im vorliegenden Fall wurden von der Beschwerdegegnerin nach Erlass des Vorbescheides ein polydisziplinäres Gutachten sowie ein ergänzendes neuropsychologisches Gutachten eingeholt. Nach derart umfassenden neuen medizinischen Abklärungen hätte die Beschwerdegegnerin grundsätzlich einen neuen Vorbescheid erlassen müssen. Die Beschwerdegegnerin gewährte der Beschwerdeführerin aber insofern das rechtliche Gehör, als ihr nach Vorliegen der Gutachten Gelegenheit gegeben wurde, sich dazu zu äussern (vgl. IV-Nr. 201 und 202). Insofern wurde der Anspruch auf das rechtliche Gehör gewahrt, wobei das Vorbescheidverfahren wie erwähnt über den verfassungsrechtlichen Mindestanspruch auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) hinausgeht, indem es Gelegenheit gibt, sich nicht nur zur Sache, sondern auch zum vorgesehenen Entscheid zu äussern. Hiernach erliess die Beschwerdegegnerin die Verfügung vom 30. Januar 2018, worin sie nicht vom Vorbescheid vom 10. November 2015 abwich. Selbst wenn in der Verfügung zu Ungunsten der Versicherten von dem abgewichen worden wäre, was vorbescheidweise in Aussicht gestellt wurde, verletzt dies grundsätzlich auch Treu und Glauben nicht (Urteil des Bundesgerichts 9C\_874/2014 vom 2. September 2015 E. 3.2; MEYER/REICHMUTH, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Aufl. 2014, N. 3 zu Art. 57a IVG mit Hinweis auf Urteil 9C\_115/2007 vom 22. Januar 2008 E. 4-5, in: SVR 2008 IV Nr. 43 S. 145). Der Beschwerdeführerin ist aber insofern Recht zu geben, dass es aufgrund der Begutachtung der D.\_\_\_\_, worin eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin geltend gemacht wurde, nicht ohne Weiteres ersichtlich war, dass die Beschwerdegegnerin dennoch an ihrem Vorbescheid und der Abweisung des Rentenerhöhungsgesuchs festhalten würde. Somit wäre der Erlass eines Vorbescheides angebracht gewesen, womit eine Verletzung des rechtlichen Gehörs zu bejahen ist. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs an die Verwaltung ist im Sinne einer Heilung des Mangels jedoch selbst bei einer schwerwiegenden Verletzung des rechtlichen Gehörs dann abzusehen, wenn und soweit die Rückweisung zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren wären (BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390). Weil das kantonale Versicherungsgericht sowohl den Sachverhalt wie auch die Rechtslage frei überprüft, kann eine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegend ohne weiteres als geheilt gelten (vgl. BGE 127 V 437 E. 3d/aa, 126 I 72, 126 V 132 E. 2b, je mit Hinweisen), zumal sich die Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügung zu den Gutachten der D.\_\_\_\_ sowie dem neuropsychologischen Gutachten hat äussern können. Im Übrigen wäre eine Partei aufgrund einer Gehörsverletzung nur insoweit zu entschädigen, als bei ihr nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (Urteile 8C\_325/2007 vom 18. Februar 2008 und I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2; Urteil des Bundesgerichts vom 12. Februar 2010, 8C\_758/2009, E. 2.3 und 2.4), was im vorliegenden Fall ohne Weiteres zu verneinen ist. 6. Streitig und zu prüfen ist sodann, ob die Beschwerdegegnerin mit der Verfügung vom 30. Januar 2018 zu Recht das Rentenerhöhungsgesuch der Beschwerdeführerin abgewiesen hat. Zeitlicher

Referenzpunkt für die Prüfung einer anspruchserheblichen Änderung bildet dabei die letzte (der versicherten Person eröffnete) rechtskräftige Verfügung, welche auf einer materiellen Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Durchführung eines Einkommensvergleichs (bei Anhaltspunkten für eine Änderung in den erwerblichen Auswirkungen des Gesundheitszustands) beruht (BGE 133 V 108 E. 5.4 S. 114). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich somit vorliegend durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten – auf einer umfassenden Anspruchsprüfung gründenden – Rentenverfügung vom 13. Januar 2012 bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen Ablehnungsverfügung vom 30. Januar 2018 (vgl. Urteil des ehemaligen Eidg. Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). 6.1 Die Rentenverfügung vom 13. Januar 2012 (IV-Nr. 129) stützte sich im Wesentlichen auf das B. \_\_\_-Gutachten vom 12. September 2011 (IV-Nr. 119.1). Darin wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Leichte bis mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.0) 2. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 3. Verdacht auf seronegative, grenzwertige ANA-positive rheumatoide Arthritis (ICD-10 M06.0) - Status nach Basistherapie mit Methotrexat von 08/2006 bis 03/2007 und vom 04/2007 bis 09/2007 (Abbruch wegen GIT-Nebenwirkungen) - Status nach Antimalarika-Basistherapie 10/2010 bis 03/2011 - aktuell generalisierte Arthralgien ohne fassbare Synovitiden oder Tenosynovitiden - betonte Arthralgien im Bereich MCP-/PIP- sowie DIP-Gelenke beidseits - MRT beider Hände 08/2006 mit erosiven Veränderungen Metacarpale I und II rechts und nach Kontrastmittelgabe verstärktem Enhancement im Radioulnargelenk intrakarpal sowie in PIP-Gelenken rechts sowie synovitische Veränderungen links - aktuell konventionell radiologisch keine sicheren Hinweise für erosive Veränderungen am Handskelett beidseits - beginnende Heberden-Arthrosen beidseits 4. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) - primär enger lumbaler Spinalkanal sowie leichte degenerative Veränderungen der unteren LWS im CT 08/2004 Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit 1. Refluxösophagitis 1. Grades sowie leichte Antrumgastritis sowie Ulcusnarbe präpylorisch (ICD-10 K21.0) - intermittierend Einsatz eines PPI 2. Eisenmangel unklarer Ätiologie (ICD-10 E61.1) - aktuell Ferritin 26 (Referenz 30-300) - unauffälliges rotes Blutbild 3. Chronische Laktoseintoleranz (ICD-10 E73.9) - Dauerbehandlung mit Lactigest 4. Chronische unspezifische Kniegelenksbeschwerden links ICD-10 M25.5) - Status nach Kniegelenksdistorsion 12/1999 - Status nach arthroskopischer Teilmenisektomie medial links 01/2000 - Status nach Neurolyse bei Hyperpathie des Ramus infrapatellaris nervi sapheni links 12/2000 Die rheumatologische Evaluation habe im Vergleich zum letzten Gutachten von 2005 nun den Verdacht auf eine seronegative, grenzwertige ANA-positive rheumatoide Arthritis ergeben. In einem MRT der Hände von August 2006 seien erosive Veränderungen Metacarpale I und II rechts und nach Kontrastmittelgabe im Radio-ulnar intrakarpal sowie in den PIP-Gelenken rechts sowie links dokumentiert worden. Die aktuellen konventionellen Röntgenbilder hätten keine sicheren Hinweise für erosive Veränderungen im Handskelett beidseits ergeben, hingegen hätten sich beginnende Heberdenarthrosen beidseits ergeben. Die aktuelle detaillierte klinisch-rheumatologische Untersuchung habe keine objektivierbaren fassbaren Synovitiden oder Tenosynovitiden an den peripheren Gelenken, an den oberen sowie unteren Extremitäten ergeben. Im Weiteren bestehe ein chronisches lumbovertebrales

Schmerzsyndrom bei einem primär engen lumbalen Spinalkanal bei leichten degenerativen Veränderungen der unteren LWS. Die von der Explorandin seit Jahren beklagten Kniegelenksbeschwerden links seien unspezifischer Natur und könnten nicht einer eigentlichen Krankheitsentität zugeordnet werden. Rein aus rheumatologischer Sicht erfülle die Explorandin die Klassifikationskriterien einer Fibromyalgie, aufgrund der objektiv erhebbaren Befunde seien regelmässig mittelschwere bis schwere belastende berufliche Tätigkeiten nicht mehr weiter möglich. Generell seien repetitiv grob manuell verarbeitende Tätigkeiten nicht zumutbar. Grundsätzlich sollten berufliche Tätigkeiten in Bezug auf die Hände wenig belastend sein mit seltenem Heben von Gewichten von 5 kg bis maximal 10 kg, ebenso sollten repetitive Überkopfarbeiten mit den Armen vermieden werden. Unter diesen und den qualitativen Einschränkungen für einen Arbeitsplatz seien der Explorandin selten körperlich mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten zu maximal 50 % möglich, leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten seien jedoch unter den erwähnten qualitativen Einschränkungen ohne zeitliche Einschränkung möglich. Da in der Konsensusbesprechung mit der untersuchenden Psychiaterin eigenständige psychiatrische Morbiditäten hätten festgestellt werden können, erfülle die Explorandin konsekutiv die Definitionskriterien für eine Fibromyalgie dementsprechend nicht mehr. Die psychiatrische Evaluation habe eine chronifizierte somatoform-depressive Mischsymptomatik ergeben, die nicht mehr nennenswert zu beeinflussen sei. Konsekutiv bestehe eine Einschränkung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 40 %. Aus psychiatrischer Sicht würde sich eine Teilnahme und Wiedereingliederung der Versicherten am Arbeitsleben psychisch positiv auswirken, auch in Hinsicht auf Selbstbestätigung und Stimmungsstabilisierung. Bei der Explorandin könne jedoch eine ausgeprägte Invalidisierungsüberzeugung vorwiegend aus körperlichen Gründen festgestellt werden. Die allgemeininternistische Untersuchung habe keine Diagnosen ergeben, welche die Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin negativ beeinflussen würden. Zusammenfassend bestehe bei der Explorandin aus polydisziplinärer Sicht für jegliche regelmässig mittelschwer bis schwer belastende berufliche Tätigkeit keine Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr. Für körperlich selten mittelschwere, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten, wie sie die Explorandin bis vor zehn Jahren ausgeübt habe, bestehe unter zusätzlichen spezifischen qualitativen Arbeitsplatzbedingungen eine maximale 50%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. In Bezug auf körperlich leichte, wechselbelastende berufliche Tätigkeiten bestehe eine Leistungseinbusse von 40 %, unter den berücksichtigten erwähnten qualitativen Einschränkungen, bezogen auf ein vollschichtiges Pensum.

6.2 Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 30. Januar 2018 (A.S. 1 ff.) sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.2.1 Im Austrittsbericht der I.\_\_\_\_, [...], vom 18. April 2013 (IV-Nr. 140), wo die Beschwerdeführerin vom 4. Februar bis 4. April 2013 hospitalisiert war, wurden eine rezidivierende depressive Störung, mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.11) sowie ein Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeit vom histrionischen Typ (Z73.1) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin habe bei Eintritt eine mittelgradig depressive Episode mit einem somatischen Syndrom auf der Grundlage einer chronischen psychosozialen Belastungssituation mit existentieller Notlage gezeigt, sowie die Trennungssituation von ihrem Ehemann und diversen somatischen Problemen. Die Beschwerdeführerin habe bei der Problembewältigung zu Rückzug und Passivität sowie tendenziell zur Verstärkung der somatischen Symptome geneigt.

6.2.2 Dr. med. C.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 9. Juni 2015 (IV-Nr. 136) folgende Diagnosen: - Verdacht auf Rheumatoide Arthritis - Hyperprolaktinämie - Fibromyalgie - Depression - Leichte

Fingergelenksarthrose und beginnende Gonarthrose beidseits - Refluxoesophagitis - Enger Spinalkanal und Fazettenarthrose L4 - S1 Die Beschwerdeführerin sei immer depressiv und antriebslos, chronische Schmerzen am ganzen Körper. Angesichts der Gelenk- und Rückenbeschwerden und der Depression sei die Beschwerdeführerin deutlich eingeschränkt. Die IV-Rente sollte erhöht werden.

6.2.3 Dr. med. F.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 14. Juni 2015 (IV-Nr. 135, S. 5) folgende Diagnosen: - Rezidivierende depressive Störung mit zeitweise schweren depressiven Episoden (ICD-10 F33.2), z.Z. eher mittelschwer - Akzentuierte Persönlichkeitszüge - Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) - Rheumatoide Arthritis - Verdacht auf Hormonstörung: Prolaktinämie - Lactoseallergie Seit 2011 sei es gesundheitlich eher zu einer Verschlechterung gekommen. Die Beschwerdeführerin sei oft krank, komme niedergeschlagen zu den Terminen oder nehme sie aus körperlichen Gründen kaum wahr. Sie sei im Jahr 2013 auf der psychosomatischen Abteilung des Spitals [...] gewesen. Sie habe dort viel gelernt, aber nichts umsetzen können. Nach und nach sei sie wieder in ihre Isolation zurückgefallen. Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert und wach. Sie wirke vorgealtert. Vordergründig stünden ständig körperliche Beschwerden. Sie wirke durchschnittlich intelligent, aber vergesslich und unkonzentriert. Verordnete Medikamente und Termine könne sie knapp wahrnehmen. Sie sei nicht ausdauernd im Umsetzen von Anweisungen. Sie wirke in der Stimmung depressiv, zeitweise passiv und aggressiv. Der Antrieb sei nicht stabil vorhanden. Es gebe selten Momente, wo sie Freude und Interesse entwickeln könne. Sie sei in ihrem Selbstwert sehr gekränkt, verletzt. Sie habe sichtliche Gewichtsschwankungen. Ihre Gedankenwelt sei auf den Körper fixiert. Zeitweise erlebe sie eine starke innere Unruhe und Ängste, die sie nicht genau definieren könne. Sie habe latente suizidale Gedanken. Therapeutisch sei die Behandlung schwierig, da sie vieles somatisiere und auf ihre Beschwerden fixiert sei. Sie habe keine Kapazität, einen Zusammenhang zwischen Schmerzen, psychischem Leiden und körperlichem Leiden zu machen. In den Gesprächen vermische sich alles. Sie habe Momente, in denen sie abwesend wirke (dissoziiert). Sozial bestehe ein deutlicher Rückzug und keine Fähigkeit, sich ausdauernd in positiver Richtung zu entwickeln. Die Beschwerdeführerin sei wegen der jahrelangen Beschwerden und ihrem Umgang damit (Klagsamkeit) nicht in der freien Wirtschaft einsetzbar. Sie könnte höchstens zwei Stunden am Tag in einem geschützten Rahmen eingefügt werden, wobei dafür ein sehr wohlwollendes Milieu vorausgesetzt werden müsse.

6.2.4 In den Arztberichten des J.\_\_\_\_ vom 18. August 2015 (IV-Nr. 141 S. 5 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit - Hochgradiger Verdacht auf Rheumatoide Arthritis (DD: Konnektivitis) · Krankheitsbeginn wahrscheinlich 2004, chronischer erosiver Verlauf · Rheumafaktor und Anti-CCP-Negativität, ANA-Positivität · MRI Hände beidseits 8/2006: Zahlreiche synovialitische Veränderungen mit erosiven Veränderungen PIP- und MCP-Gelenke · partielles Ansprechen auf Glukokortikoide 6/2006 · Methotrexat 8/2006 bis 3/2007, 4/2007 bis 9/2007 (gastrointestinale Nebenwirkung) · Antimalarika 10/2010 - 10/2012 (allgemeines Unwohlsein) · Aktuell: Sekundäre Fibromyalgie im Sinne eines Central Pain-Syndroms im Vordergrund stehend, bei Depression, zuletzt fehlende humorale Entzündungsaktivität 01/2015, - (Sekundäre) Fibromyalgie/anhaltende somatoforme Schmerzstörung im Rahmen der Depression und bei rheumatoider Arthritis - Psychosoziale Belastungssituation · vor dem Hintergrund einer Depression · exazerbiert durch Trennung vom Ehemann 07/2008 - Kniegelenksdistorsion 12/1999 · arthroskopische Teilmeniskektomie Knie medial links 1/2000 · Neurolyse Ramus infrapatellaris Nervi

sapheni links 12/2000 - Konstitutionell enger lumbaler Spinalkanal mit Fazettenarthrosen L4-S1 Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit - Passagerer Vitamin D3-Mangel 01/2011 - Hyperprolaktinämie - Übergewicht (BMI 27,36 06/2015) - Leichte arthrotische Veränderungen der Fingergelenke - Leichte retropatelläre Arthrose - Refluxösophagitis 1. Grades, leichte Antrumgastritis sowie Ulkusnarbe präpylorisch 1/2008 - Anamnestisch Eisenmangel und Laktose-Intoleranz - Commotio cerebri und HWS-Distorsion sowie OSG-Distorsion links 16. September 2006 Seit Jahren bestünden multiple Beschwerden am ganzen Bewegungsapparat vor allem aber auch im Bereiche der Hände, wo intermittierend Schwellungen bestanden hätten, so zuletzt auch im Frühjahr/Sommer 2015. Zudem bestehe eine erhebliche Müdigkeit und die Beschwerdeführerin habe ein allgemeines Unwohlsein sowie Muskelschmerzen, wobei aktuell noch eine MRI-Untersuchung des Schädels am 21. April 2015 durchgeführt worden sei, dies wegen Prolaktin-Erhöhung bei bekanntem Prolaktinom. Die Prognose hinsichtlich der Fibromyalgie bzw. der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung im Rahmen der Depression sei ernst aufgrund der fehlenden Besserung trotz wiederholten Massnahmen auch stationärer Art. Aus rein rheumatologischer Sicht sei ihr die bisherige Tätigkeit zu mindestens 50 % zumutbar. Angesichts der lumbalen Stenose mit Fazettenarthrosen sowie der arthroskopischen Teilmeniskektomie am Knie medial links sowie der leichten arthrotischen Veränderungen der Fingergelenke seien schwere Arbeiten nicht zumutbar, auch hinsichtlich der weiteren Entwicklung der Situation. Aus rheumatologischer Sicht sei eine 50%ige mittelschwere oder sogar 100%ige leichte bis mittelschwere Arbeit zumutbar mit Verminderung von schweren Gewichtsspitzen und knienden Arbeiten.

6.2.5 Im Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 172.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1), bei · chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41), mit o chronischem, therapierefraktärem Ganzkörperschmerzsyndrom ohne entsprechendes klinisches und labormässiges Korrelat - Chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente, bei · leichter linkskonvexer Skoliose, Streckhaltung mit Knick auf Höhe des 4. und 5. und leichter Segmentkyphose auf Höhe des 5. und 6. Halswirbels · leichter Segmentdegeneration zwischen dem 5. und 6. und fortgeschrittener zwischen dem 6. und 7. Halswirbel - Chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente bei · leichter S-förmiger Skoliose, Hypolordose und leichter Segmentkyphose auf Höhe des 4. und 5. Lumbalwirbels · Haltunginsuffizienz, muskulärer Dysbalance und Dekonditionierung · polysegmentalen degenerativen Veränderungen, besonders auf Höhe des 4. und 5. Lendenwirbels, mit o Osteochondrose, Spondylarthrose und segmentaler Gefügelockerung o anlagemässig engem Spinalkanal (CTO8/2004) Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - Chronische therapierefraktäre unspezifische Polyarthralgien (Erstdiagnose 01/2004), bei · Polyarthrose (Finger, Rhizarthrose, Wirbelsäule, beide Knie, linksbetont) · Status nach mehrmaligem Verdacht auf rheumatoide Arthritis und entsprechenden Therapieversuchen (unklar) - Rezidivierende Hyperprolaktinämie unklarer Ätiologie, Erstdiagnose 2003 (unter Östrogen?) a.a.O. 2008 (unter Antidepressivum?), unter Behandlung normalisiert, bei · Verdacht auf Prolaktinom (MRI 2003: Kein Prolaktinom; laut Versicherter «Prolaktinom seither gewachsen»), bei o Verdacht auf Medikamenten-Nebenwirkung (zum Beispiel Paroxetin) Aus psychiatrischer Sicht lägen eine mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren vor. Die

Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit bei K.\_\_\_\_ betrage 60 % und in einer körperlich weniger belastenden Verweistätigkeit 50 % der Norm, beides wegen langer Arbeitsabwesenheit aber nur schrittweise zu reduzieren. Der Rheumatologe diagnostiziere ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente bei Fehlhaltung/Fehlform und leichten degenerativen Veränderungen und nur einer fortgeschrittenen Segmentdegeneration zwischen dem 6. und 7. Zervikalwirbel, ferner ein chronisches lumbales Schmerzsyndrom mit spondylogener Komponente mit Fehlstatik und Haltungsinsuffizienz und polysegmentalen degenerativen Veränderungen, besonders auf Höhe des 4. und 5. Lumbalwirbels, daneben ein chronifiziertes therapierefraktäres Ganzkörperschmerzsyndrom ohne entsprechendes Korrelat weder am Bewegungsapparat noch im Labor, sodass in seinem Teilbereich innerhalb der letzten fünf Jahre von einer Verbesserung auszugehen sei; er attestiere eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % für körperliche Schwerarbeit sowie Tätigkeiten in nacken- und rückenbelastenden Arbeitspositionen (über Kopf- respektive Arbeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf oder solchen in sitzenden oder stehenden Zwangshaltungen respektive auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten sowie in feucht-kalten Witterungsverhältnissen), dagegen von 30 % der Norm für die angestammte Arbeit in der Autobahnraststätte und von 0 % für sämtliche körperlich leichten und mittelschweren Verweistätigkeiten unter Beachtung der obgenannten Kautelen. Interdisziplinär werde die Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit in einem Restaurant einer Autobahnraststätte auf 40 % eingeschätzt, sowohl aufgrund der psychiatrischen als auch – bedeutend weniger – aufgrund der rheumatologischen Befunde. Die Arbeitsfähigkeit für eine leidensangepasste Verweistätigkeit betrage 50 %, wobei wiederum die psychiatrischen Gegebenheiten stärker limitierend wirken würden als die rheumatologischen, letztere allerdings mit den oben genannten Einschränkungen. Seit dem letzten Gutachten vom 20. September 2011 im B.\_\_\_\_ seien psychiatrisch eine nicht genauer zu datierende Verschlechterung und rheumatologisch eher eine Verbesserung zu verzeichnen.

6.2.6 In ihrer Stellungnahme vom 14. März 2017 (IV-Nr. 177) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Medizin, RAD, fest, das rheumatologische Teilgutachten der D.\_\_\_\_ überzeuge durch die medizinisch nachvollziehbare Beurteilung, nach ausführlicher Anamnese- und genauer Befunderhebung unter Einbeziehung der Aktenlage. Die rheumatologisch-klinische Untersuchung durch Dr. med. M.\_\_\_\_ habe bei der Versicherten zum Hauptbefund eines diffusen Ganzkörperschmerzsyndroms ohne hierfür auf der Befundebene festzustellendes, adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat geführt. Auffallend während der gesamten körperlichen Untersuchung sei jedoch das demonstrative und aggravierend anmutende Verhalten der Versicherten gewesen. Im psychiatrischen Teilgutachten setze sich med. pract. H.\_\_\_\_ kritisch und ausführlich mit den psychiatrischen Akten auseinander und beklage generell die mangende Gründlichkeit und Differenziertheit der Voruntersucher. Nach einer sehr ausführlichen Anamneseerhebung stütze sich der Gutachter im Rahmen der Befunderhebung vor allem auf die subjektiven Angaben der Versicherten ab. Objektiv habe die Versicherte der Exploration über 2 ¾ Stunden inkl. zehn Minuten Pause problemlos folgen können. Im Rahmen der Exploration habe sie für den Psychiater schlüssig und offen gewirkt. Einzig bei Konzentration und Merkfähigkeit zeigten sich ihm zum sonstigen klinischen Eindruck nicht passende Auffälligkeiten. Die im Rahmen der somatischen Untersuchung auffallende Verdeutlichungstendenz der Versicherten sei von med. pract. H.\_\_\_\_ als mögliche mehr oder weniger bewusstseinsnahe und -ferne Überzeichnung ihrer somatischen Beschwerden gewertet worden. Aufgrund dieser Verdeutlichungstendenz der

Versicherten sei allerdings, aus Sicht der RAD-Ärztin, eine Validierung der im psychiatrischen Gutachten erstellten Befunde durch eine neuropsychologische konsiliarische Untersuchung notwendig. 6.2.7 Im neuropsychologischen Gutachten von Dr. phil. E. \_\_\_ vom 3. August 2017 (IV-Nr. 182.1) wurde festgehalten, in der aktuellen Untersuchung liessen sich von leicht bis schwer reichende Minderleistungen in allen überprüften Bereichen erfassen. Dabei hätten jedoch sowohl in einem gesetzten Performanzvalidierungsverfahren als auch in weiteren eingebetteten Indikatoren mehrfache Auffälligkeiten im Sinne einer nicht ausreichenden Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit (Effort) bestanden: So seien die Resultate in zwei angewendeten Verfahren in den Anstrengungsmassen unter dem Cut-off mit Werten teilweise im Zufallsbereich gestanden. Auch in weiteren Indikatoren hätten Hinweise für einen reduzierten Effort bestanden. Weitere Inkonsistenzen zeigten sich zwischen dem Ausmass der Einschränkungen innerhalb der Performanzvalidierungsverfahren und den Leistungen in dem durchgeführten eigentlichen Gedächtnistest: So hätten sich in den Performanzvalidierungsverfahren in den Anstrengungsmassen Leistungen ergeben, die grösstenteils im Ratebereich gelegen hätten. Solche Resultate wären nur möglich, wenn bei der betroffenen Person eine Amnesie, d.h. schwere Merkfähigkeitsstörungen, vorliegen würde. Dies sei jedoch bei der Beschwerdeführerin nicht der Fall, denn in der eigentlichen Gedächtnistestung zeigten sich nur maximal mittelschwere Einbussen. Somit könnten die Auffälligkeiten in den Performanzvalidierungsverfahren nicht durch eine schwere kognitive Störung im Sinne einer Amnesie erklärt werden, da eine solche nicht vorliege. Entsprechend der verminderten Anstrengungsbereitschaft bzw. -fähigkeit im Sinne einer negativen Antwortverzerrung sei somit die Aussagekraft der aktuellen Befunde eingeschränkt bzw. die Befunde seien nicht valide. Somit könne nicht beurteilt werden, inwiefern tatsächliche kognitive Einschränkungen bestünden. Dies wäre theoretisch in gewissem Ausmass im Rahmen einer psychischen (z.B. depressiven) Symptomatik denkbar. Weiter seien in den Akten verschiedene Kopfverletzungen geschildert worden, wobei sich in den durchgeführten Bildgebungen keine substanziellen Hinweise für ein erlittenes Schädel-Hirn-Trauma zeigten. Inwiefern die im Schädel-MRI von 2015 beschriebenen (und im MRI von 2016 nicht erwähnten) Auffälligkeiten im Putamen und im Nucleus caudatus eine klinische Relevanz hätten, müsste aus neuroradiologischer Sicht beurteilt werden. Die Ursache für den verminderten Effort, dies trotz vorangegangenem Hinweis auf die Wichtigkeit einer hohen Anstrengungsbereitschaft und den Einsatz von Performanzvalidierungsverfahren, bleibe letztendlich offen. So könne nicht beurteilt werden, ob der reduzierte Effort auf eine (nicht bewusste) Verdeutlichungstendenz im Zusammenhang mit einer Krankheitsfehlverarbeitung zurückzuführen sei, oder ob er Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravation sei. Würden die Resultate in den Performanzvalidierungsverfahren unterhalb des Zufallsbereichs liegen, dann könnte von einer bewussten Falschbeantwortung und damit von einer Aggravation bzw. Simulation im Sinne eines Malingering ausgegangen werden. Dies sei jedoch nicht der Fall. Auch könnten entsprechend des eingeschränkten Efforts und der damit einhergehenden nicht validen Testbefunde aus neuropsychologischer Sicht keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit und zu therapeutischen Möglichkeiten gemacht werden. Aufgrund der nicht gegebenen Validität der Befunde könne keine neuropsychologische Diagnose abgeleitet werden. 6.2.8 In ihrer Stellungnahme vom 30. August 2017 (IV-Nr. 187) führte Dr. med. F. \_\_\_ aus, mit der Einschätzung des Gutachtens aus [...] könne sie sich nicht einverstanden erklären, weil die Depressivität nicht genug gewichtet werde. Das neuropsychologische Gutachten hingegen

beschreibe die Verhaltensweisen der Beschwerdeführerin genau. Die Expertin komme zum Schluss, dass keine eindeutige Aggravation oder eine hirnanorganische Komponente vorliege. Das beschriebene Verhalten falle ihr, Dr. med. F.\_\_\_\_, seit Jahren auf. Das Verhalten sei pathologisch und nicht beeinflussbar. Aus psychiatrischer Sicht und als langjährige Psychiaterin der Beschwerdeführerin könne sie weder eine bewusste Aggravation noch bewusste Absichten in diesen Verhaltensweisen sehen. Das neuropsychologische Gutachten bestätige eigentlich nur den klinischen Eindruck. Aus ihrer Sicht müsse daraus geschlossen werden, dass die Verhaltensweisen die verfestigte Denkweise der Beschwerdeführerin widerspiegeln würden. Die Denkweise bestehe aus Hoffnungslosigkeit, einer inneren Überzeugung, dass ihr nicht geholfen werden könne, einer Sinnlosigkeit des Lebens, der Überzeugung, dass sie es sowieso nicht wert sei und jede eigene und fremde Bemühung nicht viel nütze. Die Beschwerdeführerin habe vordergründig immer wieder Ratschläge und Anweisungen angenommen. Sie habe sie nicht länger einhalten können. Trotz einer vertrauensvollen Beziehung sei ihre innere Überzeugung in der Therapie nicht durchbrechbar gewesen. 6.2.9 Dr. med. C.\_\_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 30. August 2017 (IV-Nr. 188, S. 4) fest, er kenne die Beschwerdeführerin seit vielen Jahren. Sie sei sowohl psychisch als auch körperlich in einem schlechten Zustand. Körperlich sei sie durch die chronischen Schmerzen bei Fibromyalgie eingeschränkt und durch Arthrose und Sehnenprobleme am linken Daumen. Gerade die Beschwerden von Seiten der Fibromyalgie seien stark schwankend. Es gebe recht gute Tage, aber oft auch wieder sehr schlechte Tage. Dies gelte auch für die psychischen Beschwerden. Dies sei seines Erachtens beim Gutachten zu wenig berücksichtigt worden. Angesichts der häufigen schlechten Perioden sei eine regelmässige berufliche Tätigkeit kaum möglich. 7. Die Grundlage des angefochtenen Entscheides bildet im Wesentlichen das Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 172.1), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist. 7.1 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 172.3) setzte sich Dr. med. M.\_\_\_\_ gestützt auf seine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 5 - 11 des Gutachtens) eingehend und wohlbegründet mit den Vorakten und den möglichen Diagnosen auseinander: Die aktuelle eingehende rheumatologisch-klinische Untersuchung führe bei der Versicherten zum Hauptbefund eines diffusen Ganzkörperschmerzsyndroms ohne hierfür auf der Befundebene festzustellendes, adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat. Die körperliche Untersuchung und insbesondere die Prüfung der aktiven Beweglichkeit von Wirbelsäule und peripheren Gelenken habe sich aufgrund des dysfunktional anmutenden Schmerzverhaltens ausserordentlich schwierig gestaltet und die Versicherte habe schmerzbedingt eine deutliche Selbstlimitierung und Abwehr bei der passiven Beweglichkeitsprüfung gezeigt. Soweit überhaupt aufgrund der eingeschränkten Untersuchbarkeit feststellbar, habe er, Dr. med. M.\_\_\_\_, keine schwere Funktionseinschränkung im Bereich der Wirbelsäule oder der peripheren Gelenke feststellen können. Im Weiteren habe er keine Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik weder auf zervikalem noch lumbalem Niveau sowie auch keine klinischen Anhaltspunkte für eine Synovialitis bei diffus druckdolenten Händen und Fingern mit vollständigem Faustschluss gefunden. Diskrepant zur normalen muskulären Trophik an den oberen und unteren Extremitäten und insbesondere der intrinsischen Handmuskulatur habe die Versicherte die Kraft des Faustschlusses massiv abgeschwächt gezeigt und diskrepant dazu erstaune es in der Tat, dass die Versicherte sich überhaupt der Kleider entledigen und nachher habe anziehen können. Die bildgebende Verlaufsuntersuchung ergebe im Bereich des Hand- und Fuss skeletts keine Hinweise für

einen erosiv-destruierenden Verlauf und es bestünden einzig Zeichen einer für das Alter nur leichten Fingerpolyarthrose. Die aktuelle Laboruntersuchung weise rheuma-immunologisch weiterhin keine humorale Entzündungsaktivität auf und bis auf einen in der Immunfluoreszenz leicht erhöhten Titer für antinukleäre Antikörper normale Befunde, insbesondere auch einen fehlenden Nachweis von antinukleären Antikörpern im ELISA-Test wie auch negative Anti-dsDNA-Antikörper und negative ACPA. Hinsichtlich einer ebenfalls in den Akten diskutierten Konnektivitis komme aufgrund der Anamnese, der klinischen Befunde ohne Organbefall sowie der Aktenlage einzig eine undifferenzierte Form in Betracht. Diesbezüglich existierten keine international anerkannten Diagnosekriterien. Aufgrund der Erfahrung handle es sich bei der undifferenzierten Konnektivitis jedoch um eine in aller Regel gutartig verlaufende Erkrankung mit gelegentlich auftretenden Oligo- bis Poly-Arthralgien und milden Synovialitiden, die auf eine Antimalarika-Therapie sehr häufig gut anspreche. Das Ausmass der von der Versicherten geschilderten und als völlig invalidisierend eingestuften Beschwerden sowie der klinische Befund wie auch die Angabe eines fehlenden Ansprechens auf sämtliche bisher durchgeführten Therapiemassnahmen liessen erheblich an der Diagnose einer undifferenzierten Konnektivitis zweifeln. Insgesamt gehe er, Dr. med. M.\_\_\_\_, von einem chronischen Ganzkörperschmerzsyndrom ohne diesbezüglich adäquates organisches Korrelat am Bewegungsapparat aus und sehe die erwähnten Polyarthralgien ausschliesslich in diesem Zusammenhang. Hinsichtlich der angegebenen, chronischen zervikalen und lumbalen Beschwerden bestehe eine spondylogene Teilkomponente bei degenerativen Veränderungen im unteren Halswirbelsäulenbereich, insbesondere das Segment C6/C7, sowie der Lendenwirbelsäule im mittleren/unteren Bereich hauptbefundlich das Segment L4/L5 betreffend. Die zervikale und lumbale Schmerzsymptomatik erscheine jedoch durch das Ganzkörperschmerzsyndrom deutlich überlagert und eine genaue Differenzierung zwischen somatischem und nicht-somatischem Schmerzanteil sei nicht möglich. Aufgrund der radiologischen Befunde könne jedoch geschlossen werden, dass bezüglich der Hals- und Lendenwirbelsäule eine Minderbelastbarkeit bestehe. Hinsichtlich der angegebenen, wiederholten Kontusionen im Nacken- und Lendenwirbelsäulenbereich ergäben sich bildgebend keine Hinweise für eine osteo-diskoligamentäre oder fazettogene Läsion. Es handle sich damit bei all diesen Unfällen hochwahrscheinlich um Bagatelltraumata ohne objektivierbare Unfallfolgen am Bewegungsapparat. Hinsichtlich beider Kniegelenke zeigten sich aktuell klinisch weitgehend unauffällige Befunde ohne Erguss und mit nur diskreter Flexionseinschränkung links unter Angabe retropatellärer Schmerzen mit palpabler und auskultierbarer Krepitation sowie provozierbarem femoropatellärem Anpressschmerz links. Die aktuelle nativ-radiologische Verlaufskontrolle zeige einen weitgehend altersentsprechenden, normalen Befund mit einzig diskreten Zeichen für eine Femoropatellararthrose linksbetont. Sowohl das mediale wie das laterale femorotibiale Kompartiment präsentierten sich bildgebend altersentsprechend unauffällig und eine relevante Gonarthrose sei nicht festzustellen. Daraus ergebe sich rheumatologisch auf der Befundebene derzeit keine relevante Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Weiter legte Dr. med. M.\_\_\_\_ nachvollziehbar dar, dass gegenüber dem Gutachten des B.\_\_\_\_ vom 12. September 2011 und insbesondere bezugnehmend auf das diesbezügliche rheumatologische Teilgutachten insgesamt von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, indem aktuell weder eine klinische noch eine labormässige Entzündungsaktivität bezüglich der früher vermuteten rheumatoiden Arthritis festzuhalten sei, bei wie oben erwähnt radiologisch nicht erosivem Verlauf. Der damalige rheumatologische Teilgutachter Dr.

med. N.\_\_\_\_ schreibe in seiner Beurteilung, das Gaenslen-Zeichen sei beidseits positiv, der kleine Faustschluss wegen der Spannungsbeschwerden auf Höhe PIPG eingeschränkt und dies ohne eindeutig fassbare Synovitiden oder Tenosynovitiden. Das Gaenslen-Zeichen gebe aber keine Auskunft über eine allfällig vorhandene Synovialitis, sei nicht spezifisch für eine rheumatoide Arthritis und könne durchaus auch im Rahmen einer organisch nicht begründbaren Schmerzkrankheit auftreten. Es ergäben sich zum Befund von Dr. med. N.\_\_\_\_, Gutachten 2011, im Übrigen keine relevanten Änderungen. Dass seitens der vermuteten rheumatoiden Arthritis keine Entzündungsaktivitäten mehr nachweisbar seien, werde in diversen Berichten des behandelnden Rheumatologen Dr. med. O.\_\_\_\_ bestätigt, so am 20. Januar 2011, 13. Mai 2014, 5. Dezember 2014, am 22. Juni 2015, am 30. Oktober 2015, am 24. November 2015 und zuletzt am 13. Juni 2016. Schliesslich vermögen im Lichte der von Dr. med. M.\_\_\_\_ festgestellten Widersprüche zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, ihrem gezeigten Verhalten und den objektiv feststellbaren Befunden auch die von ihm in der Folge gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen: Hinsichtlich arbeitsrelevanter Problematik bestehe ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht eine gewisse Minderbelastbarkeit der Hals- und Lendenwirbelsäule im mittleren/unteren Abschnitt aufgrund deutlicher, degenerativer Veränderungen. Diesbezüglich seien der Versicherten keine körperlichen Schwerarbeiten zumutbar wie auch keine Tätigkeiten in nacken- und rückenbelastenden Arbeitspositionen wie zum Beispiel Verrichtungen längere Zeit über Kopf mit reklinierter Halswirbelsäule, Tätigkeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf, keine Tätigkeiten in einer sitzenden oder stehenden Zwangshaltung ohne die Möglichkeit zwischendurch die Position zu ändern wie auch keine Tätigkeiten auf vibrierenden Maschinen, Dächern oder Gerüsten. Zudem halte er, Dr. med. M.\_\_\_\_, die Versicherte nicht geeignet für Tätigkeiten mit feucht-kalten Witterungseinflüssen. Zuletzt sei die Versicherte als Kassiererin bei K.\_\_\_\_ in einem 100%-Pensum tätig gewesen mit Arbeitsunfähigkeit nach einem Arbeitsunfall am 1. Dezember 1999.

Medizinisch-theoretisch könnte der Versicherten eine Tätigkeit als Kassiererin ganztags zugemutet werden mit einer geschätzten Leistungseinschränkung von 30 % aufgrund des Bedarfs, zwischendurch die Körperposition zu wechseln und Pausen einzulegen. Hinsichtlich einer angepassten Tätigkeit könnten der Versicherten von rheumatologischer Seite her sämtliche körperlich leichten und mittelschweren Tätigkeiten unter den vorerwähnten Einschränkungen ganztags und ohne Leistungseinbusse zugemutet werden. Diesbezüglich attestiere er der Versicherten eine volle Arbeitsfähigkeit.

### 7.2 7.2.1

Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 172.3) stützte sich med. pract. H.\_\_\_\_ auf eine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 1 - 8 des Gutachtens) und setzte sich sehr eingehend mit den Vorakten auseinander (S. 8 - 10 des Gutachtens). Hinsichtlich der aktuellen Untersuchung führte med. pract. H.\_\_\_\_ aus, es habe sich eine 57-jährige Explorandin gezeigt, die offen wirkend über sich, ihr Leben und ihre Beschwerden berichtet habe. Es hätten sich keine Hinweise auf Simulation ergeben. Angesichts des hohen (im Normbereich liegenden) Blutspiegels von Paroxetin könne von einer guten aktuellen Compliance ausgegangen werden, denn es fänden sich keine konkreten Hinweise auf eine Malcompliance. Im Psychostatus wirke die Explorandin mehrheitlich differenziert in ihren Angaben, sie seien grösstenteils auch nachvollzieh- und /oder belegbar. Einzig bei der Konzentration und der Merkfähigkeit zeigten sich zum sonstigen klinischen Eindruck nicht passende Auffälligkeiten. Diese könnten einerseits im Sinne einer Aggravation zu sehen sein, aber auch im Sinne einer bewusstseinsferneren Pseudodemenz, die häufig bei

Depression zu beobachten sei. Eine Differenzierung sei im Rahmen dieses Gutachtens nur insofern möglich, als eben sonst die Angaben der Explorandin differenziert wirkten, sie habe bei der psychiatrischen Exploration nicht geklagt und gejamert. Allerdings sei eine klare Verdeutlichungstendenz bei der somatischen Untersuchung aufgefallen. Es sei nicht ausschliessbar, dass die Explorandin mehr oder weniger bewusstseinsnah und -fern (dies könne im Rahmen dieses Gutachtens nicht seriös differenziert werden) ihre somatischen Beschwerden überzeichne. Auch im psychiatrischen Gutachten wirkten diese stärker dargestellt, als es durch den Gesamteindruck bestätigt werden könne. Unter Berücksichtigung gewisser oben diskutierter Abstriche ergebe sich dennoch aus der Zusammenfassung von klinischem Eindruck und Psychostatus sowie der vorliegenden Berichte eine mittelgradige depressive Episode. Nach seinem Eindruck eher mit Tendenz zur schwergradigen, jedoch noch klar im mittleren Bereich bleibend. Des Weiteren begründete med. pract. H.\_\_\_\_ seine Einschätzung des Schweregrades der depressiven Episode und die seiner Ansicht nach eingetretene gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar. Das ICD-10 verlange für diese Diagnose: «Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten somatischen Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.» Bei der Beschwerdeführerin lägen folgende der vorgenannten Symptome vor: Gedrückte Stimmung, Verminderung von Antrieb und Aktivität, verminderte Fähigkeit zu Freude, vermindertes Interesse und Konzentration, ausgeprägte Müdigkeit, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt, Schuldgefühle und Gedanken über eigene Wertlosigkeit, Interessenverlust, Libidoverlust. Damit sei es im Vergleich zum Vorgutachten von 2011 zu einer Verschlechterung gekommen. Sodann liege die somatoforme Schmerzstörung weiterhin vor. Da es tatsächliche somatische Schädigungen bei der Explorandin gegeben habe (Knie, Rücken), sei die Diagnose in die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu ändern. Die vorhandenen psychischen Belastungsfaktoren seien nicht schwer ausgeprägt, jedoch mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Hinweise für eine Persönlichkeitsstörung seien nicht zu finden, auch nicht für akzentuierte Persönlichkeitszüge; für letztere sei die Depression im Rahmen der aktuellen Untersuchung zu stark ausgeprägt. Das ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Linden & Baron, 2009) sei im Rahmen dieses Gutachtens wie folgt zu diskutieren: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die

Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Wegefähigkeit nicht. Schliesslich vermag im Lichte der vorgehenden Erwägungen von med. pract. H.\_\_\_\_ auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: In der bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin 40 % arbeitsfähig. Es sei überwiegend wahrscheinlich zu einer Verschlechterung der Diagnosen und des psychischen Befindens in den letzten fünf Jahren gekommen. In einer körperlich weniger belastenden Tätigkeit als der angestammten sei eine Arbeitsfähigkeit von 50 % medizinisch theoretisch umsetzbar. Aus praktisch-klinischer Erfahrung heraus werde die Explorandin jedoch nach so langer Arbeitsabstinenz kaum in der Lage sein, die vorgenannten Prozente auf Antrieb umzusetzen, es sei hier von einer nicht diagnostisch klassifizierbaren Dekonditionierung auszugehen. Die aktuellen Angaben würden ab diesem Gutachten gelten, denn es könne nicht seriös festgestellt werden, wann es zu den Verschlechterungen in den letzten fünf Jahren gekommen sei.

7.2.2 Gemäss BGE 143 V 418 (vgl. auch BGE 143 V 409) sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. H.\_\_\_\_ setzt also voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 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)

7.2.2.1 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416) einzugehen. Diesbezüglich ist dem Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ zu entnehmen, die bisherige Therapie sei seines Erachtens grundsätzlich angemessen. Soweit erkennbar, sei die Kooperation bei den verordneten Behandlungen teils gut, teils aber auch entwickelbar. Gemäss psychiatrischer Abklärung bestünden weitere Therapieoptionen, mit denen eine relevante Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Es sei eine

Optimierung der Psychotherapie und Psychopharmakotherapie vorzunehmen. So habe die Explorandin viele Dinge, die in einer Therapie besprochen worden seien und sich entwickeln sollten, nicht nennen können. Hier sei eine Intensivierung notwendig, allenfalls müsste geklärt werden, ob der Intellekt bei ausbleibendem Erfolg für eine Therapie wirklich genügend sei. Der aktuelle Schweregrad spreche für die Weiterführung einer Psychotherapie. Da es über die letzten Jahre zu einer Verschlechterung trotz Behandlung gekommen sei, erscheine eine Intensivierung der Medikation ebenfalls notwendig. Die vom Gutachter angesprochene gute Kooperation der Beschwerdeführerin zeigt sich zudem auch im Umstand, dass der anlässlich der Begutachtung gemessene Blutspiegel von Paroxetin im Normbereich lag. Weiter ist beim Indikator Behandlungserfolg und -resistenz (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.2 S. 299 f.) aber zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin trotz seit längerem attestierter teilweiser Arbeitsfähigkeit keinerlei Arbeitsversuche ausweisen kann; es fehlt folglich jeglicher Versuch der Selbsteingliederung. Damit kann nicht von einer Eingliederungsresistenz gesprochen werden, auch wenn zurzeit aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung der Beschwerdeführerin eine Eingliederung wenig aussichtsreich erscheint. Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Die somatischen Beeinträchtigungen schränken die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit gemäss der Beurteilung von Dr. med. M. \_\_\_ nicht weiter ein, wobei diesbezüglich immerhin die zusätzlichen – nicht unerheblichen – Einschränkungen des Zumutbarkeitsprofils zu berücksichtigen sind. Im Gutachten wurden darüber hinaus keine ressourcenhemmenden Wirkungen der somatischen Diagnosen erwähnt. Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) führte med. pract. H. \_\_\_ aus, die Fähigkeit der Beschwerdeführerin zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei leicht beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien mittel beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserberuflichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Explorandin verfüge aus psychiatrischer Sicht über nur eingeschränkte Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren. Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist nur begrenzte Ressourcen aus. So lebt die Beschwerdeführerin allein in einer 2 1/2-Zimmer-Wohnung. Ein Haustier habe sie nie gehabt und die Pflanzen, welche sie früher hie und da gepflegt habe, seien alle zugrunde gegangen, sie habe kein Geschick für solche. Punkto Beziehungsnetz gab sie an, dass ihre nächste Vertrauensperson ihr 54-jähriger Bruder sei, welcher mit seiner Familie in [...] lebe, auch mit ihrer Schwägerin habe sie ein schönes Verhältnis, jedoch habe sie aus irgendwelchen Gründen mit ihrer 59-jährigen Schwester seit vielen Jahren keine Beziehung mehr, diese lebe mit ihrer Familie als

Hausfrau in [...]. Sonst habe sie lediglich noch eine engere Beziehung mit einer Freundin, mit welcher sie früher eine Zeit lang zusammengearbeitet habe und welche sich inzwischen in einem Altersheim befinde, sonst sei sie allein und einsam. Sie sei in keinem Verein und mache bei keiner Interessengruppe mit. Mit der orthodoxen Glaubensgemeinschaft habe sie schon längst keinen Kontakt mehr (vgl. IV-Nr. 172.1, S. 16 f.). Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) führte med. pract. H.\_\_\_\_ aus, im Psychostatus wirke die Explorandin mehrheitlich differenziert in ihren Angaben, sie seien grösstenteils auch nachvollzieh- und /oder belegbar. Einzig bei der Konzentration und der Merkfähigkeit zeigten sich zum sonstigen klinischen Eindruck nicht passende Auffälligkeiten. Diese könnten einerseits im Sinne einer Aggravation zu sehen sein, aber auch im Sinne einer bewusstseinsferneren Pseudodemenz, die häufig bei Depression zu beobachten sei. Eine Differenzierung sei im Rahmen dieses Gutachtens nur insofern möglich, als eben sonst die Angaben der Explorandin differenziert wirken würden, sie habe bei der psychiatrischen Exploration nicht geklagt und gejammert. Allerdings sei eine klare Verdeutlichungstendenz bei der somatischen Untersuchung aufgefallen. Es sei nicht auszuschliessen, dass die Explorandin mehr oder weniger bewusstseinsnah und -fern (dies könne im Rahmen dieses Gutachtens nicht seriös differenziert werden) ihre somatischen Beschwerden überzeichne. Auch im psychiatrischen Gutachten wirkten diese stärker dargestellt, als es durch den Gesamteindruck bestätigt werden könne. Zusammenfassend hielt med. pract. H.\_\_\_\_ dennoch fest, seine Abklärungen hätten ergeben, dass sich die beklagten Leiden konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen auswirkten. Aus gutachterlicher Sicht sei er vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen überzeugt.

7.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundegerichtlichen zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der nach neuer Rechtsprechung zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind bei der Beschwerdeführerin im persönlichen und sozialen Bereich nur begrenzt Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Zudem hat med. pract. H.\_\_\_\_ bei seiner Beurteilung auch berücksichtigt, dass eine klare Verdeutlichungstendenz bei der somatischen Untersuchung aufgefallen und es nicht auszuschliessen sei, dass die Explorandin mehr oder weniger bewusstseinsnah und -fern ihre somatischen Beschwerden überzeichne. Dagegen erachtete er ihr Verhalten anlässlich der psychiatrischen Begutachtung aber als weitgehend konsistent authentisch und kam im Resultat nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode im Grenzbereich zu einer schweren Episode bestehe. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu.

7.3 Sodann vermag auch die unter Einschluss der internistischen Fachrichtung vorgenommene Gesamtbeurteilung im D.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen, wonach der Beschwerdeführerin keine Tätigkeiten in nacken- und rückenbelastenden Arbeitspositionen (über Kopf- respektive Arbeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf oder solche in sitzenden oder stehenden Zwangshaltungen respektive auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten sowie in feucht-kalten Witterungsverhältnissen) zumutbar seien. Dagegen sei ihr eine angepasste Tätigkeit im Rahmen von 50 % zumutbar (vgl. E. II. 6.2.5 hiervor). Damit ist eine revisionsrelevante gesundheitliche

Verschlechterung erstellt. 7.4 Schliesslich vermögen auch die gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen sowie die teilweise entgegenstehenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der D.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. Dass im psychiatrischen Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_, wie von der Beschwerdeführerin gerügt und von Dr. med. F.\_\_\_\_ vorgebracht, die Depressivität nicht genug gewichtet worden sei, erscheint nicht nachvollziehbar, nachdem er eine mittelgradige depressive Episode und eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht attestiert hat. Den Berichten von Dr. med. F.\_\_\_\_ ist diesbezüglich denn auch nichts Weiterführendes zu entnehmen. Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, eine Aggravation liege gerade nicht vor. Diesbezüglich wurde im Gutachten eine sehr differenzierte Auseinandersetzung mit einer möglichen Aggravation der Beschwerdeführerin vorgenommen und eine solche im Resultat verneint. Dies steht denn auch im Einklang mit dem neuropsychologischen Gutachten von Dr. phil. E.\_\_\_\_, wonach nicht beurteilt werden könne, ob der reduzierte Effort auf eine (nicht bewusste) Verdeutlichungstendenz im Zusammenhang mit einer Krankheitsfehlverarbeitung zurückzuführen sei, oder ob er Ausdruck einer bewusstseinsnahen Aggravation sei. Die Resultate in den Performanzvalidierungsverfahren lägen nicht unterhalb des Zufallsbereichs, weshalb nicht von einer bewussten Falschbeantwortung bzw. einer Aggravation gesprochen werden könne (vgl. E. II. 6.2.7 hiervor). Damit ergeben sich aus dem neuropsychologischen Gutachten ebenfalls keine ausreichenden Gründe, um vom psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ abzuweichen. Zudem hat auch der rheumatologische Gutachter bei seiner Begutachtung nachvollziehbar die Diskrepanz zwischen den subjektiv geklagten und objektivierbaren Beschwerden aufgezeigt und dies dementsprechend bei seiner Einschätzung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt. Insofern die Beschwerdeführerin weiter rügt, die Wechselwirkung der verschiedenen Beschwerden sei nicht berücksichtigt worden, ist vorweg anzumerken, dass bei der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliegt. Dementsprechend ist von einer geringen Wechselwirkung zwischen somatischen und psychiatrischen Diagnosen auszugehen. Die Schlussfolgerungen basieren auf einer Konsensbesprechung. Sodann wird von der Beschwerdegegnerin vorgebracht, med. pract. H.\_\_\_\_ habe sich in seiner Begutachtung vor allem auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abgestützt. Zudem habe er einerseits das Vorgutachten des B.\_\_\_\_ kritisiert, aber gleichwohl mit Hinweis auf dieses eine Verschlechterung seit der letzten Begutachtung begründet. Dies überzeuge nicht. Dem ist entgegenzuhalten, dass med. pract. H.\_\_\_\_ die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin in seinem Gutachten sehr wohl objektiv würdigt und auch mit entsprechenden Testverfahren validiert. Dass med. pract. H.\_\_\_\_ die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin quasi ungefiltert übernommen habe, kann somit nicht gesagt werden. Des Weiteren ist der Beschwerdegegnerin zwar insofern Recht zu geben, dass sich med. pract. H.\_\_\_\_ ausführlich mit dem psychiatrischen Teil des B.\_\_\_\_-Gutachtens vom 12. September 2011 auseinandersetzt und dieses auch kritisiert (vgl. IV-Nr. 172.4, 10 f.). Wenn er das psychiatrische Vorgutachten teilweise als nicht nachvollziehbar bezeichnet, ändert dies aber nichts daran, dass er gestützt darauf einen Vergleich vorzunehmen hat. So ist die damalige Rentenverfügung rechtskräftig und damit grundsätzlich auch der Sachverhalt, auf welchen sie sich abgestützt hat. Der damalige Sachverhalt ist demnach bei der Prüfung einer revisionsrelevanten Veränderung grundsätzlich nicht auf seine Beweiswertigkeit zu prüfen. Indem nun med. pract. H.\_\_\_\_ seine erhobenen Befunde mit den Befunden aus dem psychiatrischen Teilgutachten des B.\_\_\_\_ vergleicht, so ist er hierbei korrekt vorgegangen. Die von ihm geltend gemachte

Verschlechterung wurde zudem schlüssig begründet. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass die Anforderungen an den Nachweis einer Veränderung gerade bei psychiatrischen Beurteilungen nicht überspannt werden dürfen. Diese können nicht immer lückenlos mit Tatsachenschilderungen unterlegt werden (Urteil des Bundesgerichts 8C\_395/2018 vom 3. September 2018 E. 6.4.3). Die RAD-Ärztin, Dr. med. L.\_\_\_\_, sprach dem Gutachten von med. pract. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 14. März 2017 denn auch nicht den Beweiswert ab. So führte sie aus: Im psychiatrischen Teilgutachten setze sich med. pract. H.\_\_\_\_ kritisch und ausführlich mit den psychiatrischen Akten auseinander und beklage generell die mangende Gründlichkeit und Differenziertheit der Voruntersucher. Nach einer sehr ausführlichen Anamneseerhebung stütze sich der Gutachter im Rahmen der Befunderhebung vor allem auf die subjektiven Angaben der Versicherten ab. Damit sagt Dr. med. L.\_\_\_\_ entgegen dem Vorbringen der Beschwerdegegnerin auch nicht aus, dass med. pract. H.\_\_\_\_ lediglich eine unterschiedliche Beurteilung des gleichen Sachverhalts vornehme. Insofern kann auf die vorgehenden Erwägungen verwiesen werden. Somit ist die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung zu Unrecht davon ausgegangen, eine revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erstellt. Vielmehr hätte sie gestützt auf die Beurteilung aus dem Gutachten der D.\_\_\_\_ davon ausgehen müssen, dass bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit nur noch eine 50%ige Arbeitsfähigkeit und damit ein Revisionsgrund vorliegt. 8. Somit ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen, nachdem die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf einen solchen verzichtet hat. Eine Rückweisung der Sache zur Vornahme des Einkommensvergleichs, wie dies von der Beschwerdeführerin verlangt wird, ist dagegen nicht angebracht. Zum einen wurden die Berechnungsgrundlagen für das Invaliden- und Valideneinkommen bereits im Vorbescheid vom 10. November 2015 aufgeführt und sind der Beschwerdeführerin damit bekannt. Zum anderen hat sie sich auch in ihrer Beschwerde zu einem allfällig vorzunehmenden Einkommensvergleich geäussert.

8.1 Bezüglich des Invaliden- und Valideneinkommens kann im Wesentlichen auf die im Vorbescheid vom 10. November 2015 verwendeten Berechnungsgrundlagen verwiesen werden. Das Valideneinkommen betrug gemäss dem rechtskräftigen Urteil des Versicherungsgerichts vom 29. Juli 2003 im Jahr 2001 CHF 45'370.00 inkl. 13. Monatslohn (VSBES.2002.611 E. II. 8. c). Gemäss dem Gutachten der D.\_\_\_\_ ist eine revisionsrelevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes spätestens ab dem 2. Februar 2016 (Datum der gutachterlichen Schlussbesprechung) erstellt. Somit ist das vorgenannte Einkommen auf die Teuerung im Jahr 2016 aufzurechnen ( $:110.9 \times 133.9$ ; vgl. Nominallohnindex, Bundesamt für Statistik, T1.93, Frauen Total), woraus sich ein Valideneinkommen von CHF 54'779.45 ergibt. Das Invalideneinkommen errechnet sich gestützt auf LSE 2014 TA1\_tirage\_skill\_level Total Niveau 1 Frauen: CHF 4'300.00 x 12 + Aufrechnung Wochenstunden ( $:40 \times 41.7$ ) + Aufrechnung Teuerung 2016 ( $:132.1 \times 133.9$ ) = CHF 54'526.00; davon 50 % zumutbar = CHF 27'263.00.

8.2 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, es sei beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 25 % vorzunehmen. Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene

Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009, E. 2.1.1 mit Hinweisen). So verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 75 - 89 % im hier massgebenden Anforderungsniveau 4 rund 6 % weniger als bei einem Beschäftigungsgrad von mehr als 90 % (vgl. z.B. Tabelle T2\* der LSE 2006 S. 16). Weiter ist nach der Rechtsprechung insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung, wie erwähnt, keinen Einkommensvergleich und damit auch keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Wie in Ziffer II. 7.3 vorgehend festgehalten, ist die Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten der D. \_\_\_ wie folgt eingeschränkt: Zumutbar seien der Beschwerdeführerin Tätigkeiten ohne nacken- und rückenbelastende Arbeitspositionen (über Kopf- respektive Arbeiten mit häufig vorgeneigtem oder abgedrehtem Rumpf oder solche in sitzenden oder stehenden Zwangshaltungen respektive auf vibrierenden Maschinen, auf Dächern oder auf Gerüsten sowie in feucht-kalten Witterungsverhältnissen). Eine solche angepasste Tätigkeit sei ihr im Rahmen von 50 % zumutbar. Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Anforderungsniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Da bei der Beschwerdeführerin gemäss vorgehendem Zumutbarkeitsprofil die genannten zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, ist ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug von 5 % gerechtfertigt. Dagegen ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstnachteil für Frauen ohne Kaderfunktion im Jahr 2016 statistisch nicht ausgewiesen (LSE 2016, T 18), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Zudem verfügt die Beschwerdeführerin über das Schweizer Bürgerrecht, womit diesbezüglich kein Abzugsgrund vorliegt. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9, S. 65). 8.3 Somit errechnet sich der Invaliditätsgrad wie folgt: Das Valideneinkommen beträgt wie vorgehend ausgeführt CHF 54'779.45. Vom Invalideneinkommen von CHF 27'263.00 ist der leidensbedingte Abzug von 5 % vorzunehmen, was ein Invalideneinkommen von CHF 25'899.85 ergibt. Daraus ergibt sich ein Invaliditätsgrad von gerundet 53 % womit die Beschwerdeführerin ab dem 1. Mai 2016 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine

halbe Rente hat. 9. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 30. Januar 2018 aufzuheben. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 3'297.50 festzusetzen (13.2 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt). Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert daraus, dass die Position «Administratives» als Kanzleiaufwand gilt, welcher bereits im Stundenansatz der Rechtsvertreterin enthalten ist und demnach nicht gesondert vergütet wird. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

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