

# SO\_GERICHTE VSBES.2019.7 vom 16. September 2020

SO Obergericht, 2020-09-16, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.7\\_d20200916](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.7_d20200916)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.7 du 16 septembre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.7 del 16 settembre 2020

## Regeste

Invalidenrente

## Erwägungen

### E. 1

Die Rente wird nach Zustellung der Verfügung auf Ende des folgenden Monats aufgehoben.

### E. 1.2

1.2.1 Am 24. August 2012 leitete die Beschwerdegegnerin erneut ein Revisionsverfahren ein (IV-Nr. 38). 1.2.2 Nach verschiedenen Abklärungen stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 3. April 2018 die Aufhebung der Rente in Aussicht (IV-Nr. 147). In ihrem Einwand vom 11. Mai 2018 liess die Beschwerdeführerin u.a. beantragen, die am Vorbescheid beteiligten Sachbearbeiter der Beschwerdegegnerin, Frau B.\_\_\_\_ und Herr lic. iur. C.\_\_\_\_, seien wegen Besorgnis der Befangenheit in den Ausstand zu versetzen (IV-Nr. 151). Die Beschwerdegegnerin trat auf diese Ausstandsbegehren mit den beiden Verfügungen vom 19. resp. 21. Juni 2018 nicht ein (IV-Nr. 159 f.). Die gegen die Verfügung vom 19. Juni 2018, betreffend lic. iur. C.\_\_\_\_, erhobene Beschwerde (IV-Nr. 164 S. 3 ff.) wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (fortan: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 25. Januar 2019 ab (IV-Nr. 179, Verfahren VSBES.2018.192). 1.2.3 Am 21. November 2018 erliess die Beschwerdegegnerin folgende Revisionsverfügung (Aktenseite / A.S. 1 ff.):

### E. 2

Einer Beschwerde gegen diese Verfügung wird die aufschiebende Wirkung entzogen (Art. 66 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung IVG und Art. 97 des Bundesgesetzes über die Alters- und Hinterlassenenversicherung AHVG).

### E. 3

Die beruflichen Massnahmen werden abgeschlossen.

### E. 3.1

3.1.1 Nachdem sich die Beschwerdeführerin am 28. November 2001 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hatte (IV-Nr. 1), holte diese die folgenden Arztberichte ein:

Gestützt darauf ging die Beschwerdegegnerin davon aus, dass die Beschwerdeführerin seit September 2000 zu 100 % arbeitsunfähig sei und nach Ablauf des Wartejahrs ein Invaliditätsgrad von 100 % vorgelegen habe. Dementsprechend erhielt die Beschwerdeführerin ab September 2001 eine ganze Rente zugesprochen (IV-Nr. 16).

3.1.2 Anlässlich des am 31. Juli 2006 eingeleiteten Revisionsverfahrens gab die Beschwerdeführerin am 7. August 2006 an, ihr Gesundheitszustand sei unverändert (IV-Nr. 21). Dr. med. F.\_\_\_\_ bestätigte am 5. März 2007 (IV-Nr. 27), dass sich die schwere psychische Behinderung auf tiefem Niveau stabilisiert habe. Der psychopathologische Zustand sei unverändert, die Beschwerdeführerin stehe am Rande der Erschöpfung und sei ohne Antrieb. Sie sei bei gleicher Diagnose weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig. Jede Leistungsanforderung führe zur psychischen Dekompensation. Angesichts dessen bestätigte die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente (IV-Nr. 29).

3.2 Nachdem die Beschwerdegegnerin am 24. August 2012 erneut ein Revisionsverfahren eingeleitet hatte, gab die Beschwerdeführerin am 26. Oktober 2012 wiederum an, ihr Zustand sei unverändert (IV-Nr. 38). Die Beschwerdegegnerin holte sodann im Wesentlichen die folgenden Arztberichte ein:

3.2.1 Der Hausarzt Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allg. Medizin FMH, stellte in seinem Bericht vom 5. April 2013 (IV-Nr. 43 S. 5 ff.) folgende Diagnosen:

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 13. September 2000 zu 100 % arbeitsunfähig. Sie klagt über chronische Müdigkeit, Antriebslosigkeit sowie andauernde Muskel- und Gelenkschmerzen. Limitierend wirkten sich die Adynamie, Initiativlosigkeit und chronischen somatischen Schmerzbeschwerden aus. Neben den hausärztlichen Gesprächen erfolge eine medikamentöse antirheumatische und antidepressive Therapie. Wegen der chronischen psychischen und physischen Behinderung sowie der seit knapp 20 Jahren andauernden Erkrankung sei eine Erwerbstätigkeit weiterhin nicht möglich, es bestehe eine medizinisch begründete Vollinvalidität. Dies bestätigte Dr. med. G.\_\_\_\_ am 24. November 2014 (IV-Nr. 77 S. 5 ff.).

3.2.2 Beim Revisionsgespräch vom 13. Februar 2014 (IV-Nr. 51) deponierte die Beschwerdeführerin, die letzte Arbeit vor der Berentung, bei der H.\_\_\_\_ AG, habe sie gerne gemacht, aber jetzt gehe es nicht mehr. Dr. med. I.\_\_\_\_ vom Regionalen Ärztlichen Dienst der Invalidenversicherung (fortan: RAD) hielt fest, insgesamt gebe es keinen Hinweis auf eine Depression. Das Gesprächsverhalten der Beschwerdeführerin zeige, dass sich die psychiatrische Problematik deutlich gebessert habe.

3.2.3 Nachdem Dr. med. J.\_\_\_\_, HNO-Facharzt, in seinem Bericht vom 5. Juni 2014 (IV-Nr. 64 S. 6 ff.) eine beidseitige hochgradige kombinierte Schall-Leitungs- und Schall-Empfindungs-Schwerhörigkeit sowie einen beidseitigen Tinnitus, jeweils ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, diagnostiziert hatte, gewährte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin am 11. August 2014 die Pauschale für eine beidseitige Hörgeräteversorgung (IV-Nr. 72).

3.2.4 Dr. med. G.\_\_\_\_ sprach im Bericht vom 22. September 2016 (IV-Nr. 112 S. 16 ff.) neu von einer schizo-affektiven Störung sowie akzentuiert-instabilen Wesenszügen. Die früheren Stimmungsschwankungen hätten sich gebessert, während die Initiative- und Kraftlosigkeit sowie die Erschöpfungs- und Angstzustände persistierten. Die Beschwerdeführerin fühle sich nach wie vor nicht fähig, ihren Beruf auszuüben. Weder die bisherige noch andere Tätigkeiten seien zumutbar. Im Bericht vom 23. September 2016 wiederum (IV-Nr. 112 S. 6 ff.) stellte Dr. med. G.\_\_\_\_ die Diagnose einer

Supraspinatustendinose links (differentialdiagnostisch beginnende Frozen shoulder).

### **E. 3.3**

3.3.1 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 28. März 2014 mit (IV-Nr. 53), sie beabsichtige, bei den Dres. K.\_\_\_\_, Arzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, sowie E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, eine Begutachtung in Auftrag zu geben. Die Beschwerdeführerin erhob dagegen am 12. Mai 2014 Einwände und reichte Zusatzfragen ein (IV-Nr. 62). Die Beschwerdegegnerin hielt daraufhin mit Verfügung vom 20. Januar 2015 (IV-Nr. 78) an der vorgesehenen Begutachtung mit den genannten Experten fest und lehnte die beantragten Zusatzfragen ab. Nachdem die Beschwerdeführerin am 3. Februar 2015 weitere Zusatzfragen beantragt hatte (IV-Nr. 81), teilte die Beschwerdegegnerin am 16. Februar 2015 mit, sie könne diese verspäteten Fragen nicht berücksichtigen (IV-Nr. 82). Die Beschwerdeführerin liess am 20. Februar 2015 gegen das Festhalten an der Begutachtung und die Ablehnung der Zusatzfragen Beschwerde erheben (IV-Nr. 83 S. 3 ff.), welche das Versicherungsgericht mit Urteil vom 25. August 2015 abwies (IV-Nr. 97, Verfahren VSBES.2015.49). Auf die dagegen gerichtete Beschwerde trat das Bundesgericht am 28. Dezember 2015 nicht ein (IV-Nr. 103, Verfahren 9C\_710/2015).

3.3.2 Dr. med. K.\_\_\_\_ stellte in seinem rheumatologischen Gutachten vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 114.1) folgende Diagnosen (S. 7 f.):

Mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Ohne langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Zusammengefasst gab Dr. med. K.\_\_\_\_ an, die Beschwerden imponierten bezüglich Umfang und Intensität als nicht somatisch abstützbar, denn somatische Beschwerden würden mit eindeutig schmerzverstärkenden resp. -lindernden Mechanismen einhergehen. Es bestünden Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Aus rheumatologischer Sicht habe für die früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten in keinem Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig belastenden Arbeitsprofil gebe es ebenfalls keine Einschränkung. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die in der Schweiz früher ausgeübten Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht abgestellt und spätestens seit dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestätigt werden.

3.3.3 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 113.1) lässt sich folgende Diagnose entnehmen (S. 18):

Die Beschwerdeführerin berichte, dass ihre Mutter, die Schwester und ein Bruder an «Depressionen» litten. In der Blutsverwandtschaft seien vermehrt «Nervenprobleme» vorhanden. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach fünf Jahren Schule in der Heimat habe sie eine Anlehre zur Schneiderin ohne Berufsabschluss erhalten und ab dem 13. Altersjahr in Fabriken gearbeitet. 1981 sei sie zu ihrem Ehemann in die Schweiz gezogen und als Betriebsmitarbeiterin sowie Familienfrau mit vier Kindern tätig gewesen. Die beiden jüngeren Kinder lebten noch zuhause. Die Beschwerdeführerin gebe weiter an, sie habe migräneartige Kopfschmerzen

und Gelenkschmerzen (S. 6 + 7). 2000 sei sie krank geworden. Sie habe unter Schlafstörungen gelitten und vermehrt an Tod und Sterben gedacht. Ihre Stimmung sei niedergeschlagen gewesen. Das älteste Kind leide seit 1995 an der Zuckerkrankheit, was sie schon immer sehr belastet habe. Mit Dr. med. F. \_\_\_ fänden wöchentliche bis zweimonatliche Gespräche statt (S. 10). Sie nehme folgende Medikamente: Cipralex (20 mg/d), Mirtazapin (30 mg), Trimipramin (25 mg), Nozinan (25 - 50 mg), Inderal (80 mg) und Lodine (1200 mg). Der Nutzen der Antidepressiva sei unklar, die Beschwerdeführerin könne damit jedenfalls besser schlafen (S. 10 f.). Im Vordergrund der gegenwärtigen Beschwerden stünden Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Lärmempfindlichkeit. Es gehe der Beschwerdeführerin «ganz allgemein nicht gut in letzter Zeit sogar schlechter». Sie leide unter einem unspezifischen Gefühl der Beklemmung und spüre überall unspezifische körperliche Schmerzen. Seit einem Infekt 2016 habe sie insbesondere in der linken Schulter und im linken Arm Schmerzen. Sie höre links ein wechselnd ausgeprägtes, aber dauerhaft vorhandenes Pfeifgeräusch, das sie ab und zu aus dem Nachtschlaf wecke und «die Nerven kaputt» mache. Seit Ausbleiben der Monatsblutungen leide sie unter rezidivierendem Fieber, Krämpfen in beiden Beinen und allgemeinem Unwohlsein. Eine hormonelle Substitution sei ohne Erfolg geblieben. Weitere Angaben würden auch auf mehrfache Nachfrage nicht formuliert. Den Tag verbringe die Beschwerdeführerin unregelmässig. Sie schlafe manchmal schlecht und stehe deshalb meist erst gegen 11:30 Uhr auf. Oft erwache sie in der Nacht einmal und nehme dann nochmals Nozinan. Nach dem Aufstehen trinke sie Kaffee und besorge ihre persönliche Hygiene. Sie erledige je nach ihrem Befinden Aufgaben im Haushalt und werde dabei von einer Tochter unterstützt. Sie sehe fern und koche das Mittagessen. Ihre Kinder und Enkel kämen zu ihr. Sie telefoniere mit ihren Geschwistern und manchmal trinke sie Kaffee mit einigen Nachbarn. Mit ihrem Ehemann gehe sie spazieren sowie ab und zu in ein Restaurant oder Café. Gegen 22:30 Uhr gehe sie zu Bett. Im Mai 2016 habe sie mit ihrem Mann eine zehntägige Flugreise in die Türkei unternommen. Zuletzt habe sie im August 2016 zwei Wochen mit ihm und zwei Kindern in der Türkei verbracht und ihre Herkunftsfamilie getroffen. Zum Verlauf ihrer Beschwerden seit 2000 stelle die Beschwerdeführerin fest, dass sie gelernt habe, damit weiterzuleben. Die vom Psychiater verordneten Medikamente seien dabei hilfreich. Aber die Beschwerden seien weiterhin vorhanden und würden nie mehr vergehen (S. 11). Innerhalb von 15 Jahren sei es zu keiner Veränderung gekommen, es gehe ihr weder besser noch schlechter. Die Ursache ihrer Krankheit seien die vielen schweren Belastungen im Leben (z.B. Zuckerkrankheit der einen Tochter und langjährige Schichtarbeit). Die Konflikte mit dem Ehemann (der einen Herzinfarkt erlitten habe) hätten sich gebessert, er sei ruhiger geworden. Vor sechs Jahren habe er einen Herzinfarkt erlitten. Berufliche Pläne habe sie keine, nachdem sie weiterhin krank und vollständig arbeitsunfähig sei (S. 12).

Gemäss der Checkliste SCL-90-R stehe im Vordergrund der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung eine stark ausgeprägte übergenaue (zwanghafte) Grundhaltung mit einer ziemlich bis stark ausgeprägten niedergeschlagenen (depressiven) Verstimmung bei körperlichen (somatisierten) Missempfindungen (S. 12 f.). Im BDI erreiche die Beschwerdeführerin 26 von 51 Punkten, was einer mittelgradig bis schwer ausgeprägten Depression entspreche. Der SOMS-7T-Test lasse teilweise ein somatoformes Syndrom erkennen. Die Beschwerdeführerin erreiche hier 55 von 192 Punkten (S. 13 f.).

Was den Psychostatus angehe, so komme es während der gesamten Untersuchung weder subjektiv noch objektiv zu Verständigungsschwierigkeiten. Allgemeinzustand und Antrieb seien gut. Die Beschwerdeführerin bewege sich unauffällig. Mimik und Gestik zeigten sich stets lebendig und flexibel. Hinweise auf quälende, dauerhafte körperliche Schmerzen und / oder schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Bewegung seien nicht objektivierbar. Im Bewusstsein sei die Beschwerdeführerin wach und zu allen Qualitäten orientiert. In der Interaktion zeige sie sich sozial angepasst, im Gesprächsverhalten freundlich und kooperativ. Die Beschwerdeführerin berichte aktiv, spontan, sehr flüssig sowie gut differenziert und strukturiert. Dabei spreche sie unauffällig. Das formale Denken präsentiere sich logisch und kohärent. Es bestünden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen. Die Intelligenz sei unauffällig. Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien im Gegensatz zur subjektiven Einschätzung sehr gut. Daten würden ungenau genannt, darüber hinaus sei das Gedächtnis intakt. Hinweise auf Wahrnehmungs- und / oder Ich- Störungen fänden sich nicht. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin klagsam und ernst, dabei gut moduliert. Ab und zu lächle und lache sie situativ angemessen (S. 14). Anlässlich der Untersuchung fänden sich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl von Betäubung, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und / oder übermäßige Schreckhaftigkeit. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Die Beschwerdeführerin sei von Suizidalität distanziert (S. 14 f.). Die komplexen Ich-Funktionen seien so ausgebildet, dass aus psychiatrischer Sicht eine angemessene Fähigkeit zur Willensanstrengung und zur Bewältigung allfälliger Defizite anzunehmen sei. Es ergäben sich keine Hinweise auf mittelschwere oder gar schwere dauerhafte pathologische Persönlichkeitsstrukturen. Die Beschwerdeführerin sei trotz einer leicht eingeschränkten Frustrationstoleranz zur Selbstkritik in der Lage. Affektsteuerung und Impulskontrolle seien nicht (mehr) gestört. Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung zeigten sich maximal leicht beeinträchtigt. Realitätsprüfung und Urteilsbildung sowie Intentionalität und Antrieb seien nicht eingeschränkt (S. 15 f.). Auf der MADRS-Skala erreiche die Beschwerdeführerin einen Summenwert von acht Punkten, so dass ein depressives Syndrom nicht objektiviert werden könne (S. 16 f.). Aus der untersuchten Blutprobe ergebe sich, dass die Werte für Mirtazapin und Trimipramin deutlich unterhalb des jeweiligen Referenzbereichs lägen, was auf eine niedrige Dosierung und / oder unregelmässige Einnahme der Medikamente hindeute. Der Wert für Levomepromazin wiederum liege unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze, was gegen eine Einnahme spreche (S. 17 f., s.a. S. 10 f.).

Bei der Neurasthenie würden sich zwei Hauptformen weitgehend überschneiden. Bei der einen Form sei das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit bei geistiger Anstrengung, häufig mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben, beschrieben u.a. als Konzentrationsschwäche. Bei der anderen Form liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären oder anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Typen finde sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie z.B. Schwindelgefühlen und Spannungskopfschmerzen. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit und unterschiedliche, leichtere Grade von Depression und Angst seien üblich. Der Schlaf sei häufig in der anfänglichen und mittleren Phase gestört, es könne aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen (S.

21). Die Beschwerdeführerin erfülle diese diagnostischen Kriterien auf Grund der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit April 2013. Die geschilderten Beschwerden umfassten dabei beide der genannten Hauptformen. Die Symptome (einschliesslich der niedergeschlagenen Verstimmung bei körperlichen Missempfindungen und der Adynamie / Initiativlosigkeit) seien durch diese Diagnose ausreichend erklärbar. Weitere Störungen liessen sich gegenwärtig nicht begründen. Die Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10 (F32 / F33) seien nicht erfüllt. Sie könnten auf Grund der Akten auch für die Zeit ab 2000 bzw. 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (S. 22). Die Beschwerdeführerin nenne zwar in der Vergangenheit und aktuell manche der einschlägigen Symptome. Keines davon bestehe aber objektiv in ausreichender Schwere bzw. Länge, um eine zumindest leichtgradige depressive Episode diagnostizieren zu können. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass bzw. habe ihn nicht erreicht. Es fehlten bereits die Eingangskriterien einer dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Eine relevante (und auch noch eigenständige) depressive Episode bestehe somit nicht und habe auch nicht bestanden (S. 23). Um ein sog. somatisches Syndrom zu einer depressiven Episode im Sinne der ICD-10 zu diagnostizieren, müssten möglichst alle oder zumindest viele und / oder einzelne aussergewöhnlich schwere Symptome vorliegen (wie z.B. Interessen- oder Freudverlust, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetit- und Gewichtsverlust, Verlust der Libido), was hier nicht zu erkennen sei (S. 23 f.). Eine somatoforme Störung lasse sich ebenfalls nicht begründen. Das gemeinsame Charakteristikum sei die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Wenn somatische Störungen vorhanden seien, erklärten sie nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung der Betroffenen. Diese Eingangsdefinition der Kategorie F45 werde hier nicht erfüllt. Das Schmerzsyndrom stehe weder subjektiv noch objektiv im Zentrum der Beschwerden. Eine hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen fehle vollständig (S. 24).

Die mit der Neurasthenie verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien gar nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zur Zeit vor der Gesundheitsschädigung) sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) vollständig durch die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar und möglich (S. 27). Neben der Neurasthenie bestehe keine psychisch ausgewiesene erhebliche Komorbidität. In den Akten werde insbesondere keine Störung der Persönlichkeit hinreichend beschrieben und / oder fachlich erörtert, die über akzentuierte Persönlichkeitszüge hinausginge. In der Interaktion sei die Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Untersuchung zwar übergenuan, was aber keine Persönlichkeitsstörung resp. -änderung begründe. Aus psychiatrischer Sicht seien auch keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite auf Grund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten, z.B. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte (S. 28). Die nicht krankheitsbedingten (sozialen) Faktoren (z.B. Alter, Herkunft, einfache Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, Abstinenz vom Arbeitsmarkt, mangelhafte Deutschkenntnisse, Krankheiten der Kinder und des Ehemannes, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Sorgen

und Schulden) seien weder positiv noch negativ in die versicherungspsychiatrische Beurteilung eingeflossen. Diese Gesichtspunkte beeinträchtigten die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich. Sie behinderten (als nicht krankheitsbedingte Aspekte) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite und erklärten die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit (S. 29). Der soziale Kontext sei geordnet. Die Beschwerdeführerin pflege regelmässig soziale Kontakte zu ihren Kindern und Enkeln, zur Herkunftsfamilie und zur Nachbarschaft. Sie selbst nenne soziale Ressourcen wie Unterstützung durch das vorhandene soziale Netzwerk, gut angepasste soziale Kompetenzen, differenzierte Freizeitaktivitäten und Reisen, und beschreibe die Fähigkeit, ihre innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden (S. 30 f.). Die dokumentierten Behandlungsmassnahmen seien als minimal einzustufen (geringe Frequenz der Therapie, Sitzungen nicht in der Muttersprache, kein Wechsel des therapeutischen Settings und der Methode, keine teil- oder vollstationäre Behandlung, keine ausgebaute Psychopharmakotherapie). Auch eine Neurasthenie stelle eine Indikation für eine regelmässige fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Eingliederungsmassnahmen seien nicht dokumentiert, aber aus psychiatrischer Sicht zumutbar (S. 31 f.). Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor (S. 33). Was die Konsistenz angehe, so seien die Beschwerdeangaben in der Untersuchung vage, oberflächlich, pauschal und allgemein. Es komme zu Widersprüchen (S. 32).

Eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (d.h. von 20 % oder mehr) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu begründen. Dies gelte für jede Art von ausserhäuslicher Tätigkeit und auch für Arbeiten im Haushalt. Von dieser Einschätzung könne sicher ab der aktuellen Untersuchung vom 30. November 2016 ausgegangen werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gelte sie seit April 2013. Die Beurteilungen von Dezember 2000 bis März 2007 durch Dr. med. F. \_\_\_ seien zur Kenntnis zu nehmen. Im Vergleich dazu habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert (S. 34 f.).

3.3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_ hält in ihrer Stellungnahme vom 10. März 2017 (IV-Nr. 120 S. 2 f.) fest, gemäss Gutachten vom 19. Dezember 2016 sei ab diesem Datum von einer Remission der depressiven Störung auszugehen.

3.4 Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 23. Mai 2017 im Auftrag der Beschwerdeführerin ein Privatgutachten (IV-Nr. 125). Dieses enthält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20):

Double Depression:

Dr. med. D. \_\_\_ übte in verschiedenen Punkten Kritik am Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ und erklärte, die Arbeitsfähigkeit belaufe sich sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit auf maximal 60 % (S. 30).

3.5 Die Beschwerdeführerin trat am 16. Oktober 2017 bei der Eingliederungsstätte L. \_\_\_ ein Belastbarkeitstraining an (IV-Nr. 132). Da sie nach unentschuldigtem Absenzen trotz Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 135) nur Arztezeugnisse ohne Begründung eingereicht hatte (IV-Nrn. 136 und 139 ff.), wurde die Zielvereinbarung mit der Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2018 rückwirkend per 12. Dezember 2017 aufgehoben (IV-Nr. 142). Im Abschlussbericht vom 19. Dezember 2017 (IV-Nr. 143) hielt

die Eingliederungsstätte fest, die Beschwerdeführerin habe an insgesamt sechs Tagen jeweils knapp eine Stunde gearbeitet, bevor sie wegen Kopfschmerzen und körperlicher Schwäche abgebrochen habe. Auf Grund der kurzen Beobachtungszeit könne nicht beurteilt werden, welche Arbeiten in der Montage möglich seien. Eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht realistisch.

### **E. 3.6**

3.6.1 Was den massgeblichen Vergleichszeitpunkt für die Rentenrevision angeht, so ist der Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung der Beurteilung anlässlich der Rentenzusprache am 5. Juni 2003 gegenüberzustellen. Die Rentenbestätigung vom 30. April 2007 taugt mangels umfassender Abklärungen nicht als Vergleichszeitpunkt. Die Beschwerdegegnerin holte damals nur einen Verlaufsbericht des behandelnden Psychiaters ein und beschränkte sich auf die Feststellung, es sei keine rentenwirksame Änderung eingetreten (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C\_815/2011 vom 7. Februar 2012 E. 3.3.1).

3.6.2 In somatischer Hinsicht stellte die Beschwerdegegnerin zu Recht auf das Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ ab, welches die Anforderungen der Rechtsprechung erfüllt (s. dazu E. II. 2.5 hiervor): Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, der als Rheumatologe qualifiziert war, die geltend gemachten Beschwerden am Bewegungsapparat aus somatischer Perspektive zu beurteilen. Dr. med. K.\_\_\_\_ hat die Beschwerdeführerin gründlich untersucht (IV-Nr. 114.1 S. 4 f.), ihre subjektiven Angaben festgehalten (S. 3) sowie sich ausführlich mit den Vorakten und der Anamnese befasst (S. 3 f. / 6 f. / 13 f.). Die gutachterliche Schlussfolgerung, die Arbeitsfähigkeit sei nicht eingeschränkt, ist angesichts der Befundlage überzeugend: Wenn sich Beschwerden nicht auf objektivierbare organische Schäden zurückführen lassen, wie Dr. med. K.\_\_\_\_ eingehend darlegt, darf eine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit füglich verneint werden (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C\_990/2012 vom 10. Juni 2013 E. 5.1 und 9C\_514/2015 vom 14. Januar 2016 E. 4). Die Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_, welche den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit abweichend beurteilen (s. E. II. 3.2.1 + 3.2.4 hiervor), führen zu keinem anderen Ergebnis: Vorab ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass Hausärzte in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (s. dazu E. II. 2.5 hiervor). Weiter ist festzuhalten, dass die Berichte von Dr. med. G.\_\_\_\_ recht knapp ausgefallen sind, weshalb sie nicht das gleiche Gewicht wie das ausführliche Gutachten von Dr. med. K.\_\_\_\_ beanspruchen können. Im Übrigen handelt es sich bei Dr. med. G.\_\_\_\_ um einen Allgemeinpraktiker und nicht um einen Facharzt für Leiden des Bewegungsapparates, was die Bedeutung seiner Aussagen weiter relativiert.

#### **E. 3.6.3.1**

In psychiatrischer Hinsicht sah die Beschwerdegegnerin das Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ als beweismässig an. Dies verdient Zustimmung, soweit es um die Beurteilung des Gesundheitszustands und der Arbeitsfähigkeit geht. Das Gutachten entspricht insoweit den Anforderungen der Praxis: Es stammt von einem unabhängigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Dieser hat sich mit den Vorakten auseinandergesetzt (IV-Nr. 113.1 S. 4 f. / 8 - 10 / 19 - 21), eine Anamnese aufgenommen (S. 6 f.), die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten (S. 10 - 12) und diese gründlich untersucht (S. 12 - 18). Die Schlussfolgerungen des Gutachtens sind anhand der erhobenen Befunde nachvollziehbar begründet. Dr. med. E.\_\_\_\_ hat namentlich alle für psychische Leiden massgeblichen Indikatoren behandelt (s. dazu BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V

409 E. 4.5.2 S. 416 f. i.V.m. BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297), als er die Arbeitsfähigkeit beurteilte (IV-Nr. 113.1 S. 24 ff.). Die Vorgaben der Rechtsprechung wurden somit eingehalten. Die Einschätzung im Gutachten, dass der psychische Gesundheitszustand eine berufliche Tätigkeit von mehr als 80 % erlaubt, ist überzeugend.

Was die abweichenden Berichte der behandelnden Ärzte angeht, so ist zu beachten, dass sich der Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-) Arztes sowie der Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten voneinander unterscheiden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_353/2015 vom 24. November 2015 E. 4.1). In diesem Zusammenhang gilt es auch die Erfahrungstatsache zu beachten, dass behandelnde Ärzte im Zweifelsfall mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (s. E. II. 2.5 hiervor). Zudem kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet dem begutachtenden Psychiater praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern der Experte *lege artis* vorgegangen ist. Von einer psychiatrischen Administrativ- oder Gerichtsexpertise ist deshalb nur dann abzuweichen, wenn die behandelnden Ärzte objektiv feststellbare ■ also nicht rein der subjektiven Interpretation entspringende ■ Gesichtspunkte vorbringen, die geeignet sind, zu einer abweichenden Beurteilung zu führen (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_260/2017 vom 24. November 2017 E. 5.2.2 und 9C\_190/2016 vom 20. Juni 2016 E. 4). Dies ist hier nicht der Fall: Die Berichte des Hausarztes Dr. med. G.\_\_\_\_ (s. E. II. 3.2.1 + 3.2.4 hiervor) sind recht kurz ausgefallen. Sie befassen sich nicht derart umfassend mit dem Sachverhalt, wie es der Experte Dr. med. E.\_\_\_\_ getan hat. Zudem ist festzuhalten, dass Dr. med. G.\_\_\_\_ als Allgemeinpraktiker nicht über die Fachkenntnisse verfügt, um psychische Leiden angemessen zu beurteilen. Seine Feststellungen sind daher nicht geeignet, Zweifel am Gutachten zu erwecken. Vom behandelnden Psychiater Dr. med. F.\_\_\_\_ wiederum finden sich für den Revisionszeitpunkt nur Zeugnisse in den Akten, welche zwar eine Arbeitsunfähigkeit bescheinigen, aber sonst keine weiteren Angaben (zu Diagnose, Psychostatus etc.) enthalten (s. E. II. 3.5 hiervor). Daraus kann die Beschwerdeführerin ebenfalls nichts zu ihren Gunsten ableiten.

Aus dem abgebrochenen Belastbarkeitstraining kann nicht auf eine medizinisch-theoretische Arbeitsunfähigkeit geschlossen werden (Urteil des Bundesgerichts 9C\_609/2018 vom 6. März 2019 E. 3.5.2). Die Beendigung der Massnahme beruhte darauf, dass sich die Beschwerdeführerin den Anforderungen nicht gewachsen fühlte und deshalb nicht mehr zum Training erschien. Dies beruhte allein auf ihrer subjektiven Einschätzung der eigenen Leistungsfähigkeit, unterliess sie es doch trotz Aufforderung der Beschwerdegegnerin, ihre Absenzen mit begründeten Arztzeugnissen zu belegen (s. E. II. 3.5 hiervor). Andererseits waren am Abschlussbericht der Eingliederungsstätte keine Ärzte beteiligt, welche qualifiziert gewesen wären, den Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit aus medizinischer Sicht zu beurteilen.

### **E. 3.6.3.2**

Da es im vorliegenden Fall um eine Rentenaufhebung geht, muss nachgewiesen sein, dass sich der Gesundheitszustand und damit die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin seit 2003 verbessert hat (s. E. II. 2.5 hiervor). Dr. med. E.\_\_\_\_ erklärte dazu in seinem Gutachten abschliessend, der Gesundheitszustand habe sich im Vergleich zu den Beurteilungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. M.\_\_\_\_ zwischen Dezember 2000 und März 2007 wesentlich verbessert (IV-Nr. 113.1 S. 34 Ziff. 8.2.1). Diese Aussage ist zwar für sich allein

genommen klar und unmissverständlich. Dennoch kann nicht darauf abgestellt werden:

Wenn Dr. med. E.\_\_\_\_ von einer gesundheitlichen Verbesserung spricht, so steht dies einerseits im Widerspruch zu den sonstigen Ausführungen im Gutachten. Dr. med. E.\_\_\_\_ äusserte sich nämlich mehrmals dahingehend, dass die frühere Beurteilung von Dr. med. F.\_\_\_\_ unzutreffend gewesen sei (Hervorhebungen nicht im Original):

Diese Feststellungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ lassen sich nur so verstehen, dass seiner Auffassung nach gar nie Befunde vorlagen, auf welche die von Dr. med. F.\_\_\_\_ gestellten rentenbegründenden Diagnosen abgestützt werden könnten. Dies bedeutet aber, dass es schon im Zeitpunkt der Rentenzusprache im Jahr 2003 an einer Arbeitsunfähigkeit fehlte, welche eine leistungsrelevante Invalidität zu begründen vermochte. Demzufolge ist in der Zwischenzeit gar keine Veränderung eingetreten, welche eine Revision gestatten würde. Dr. med. E.\_\_\_\_ hat vielmehr den gleichen Sachverhalt, wie er bereits 2003 vorlag, einfach anders beurteilt als der behandelnde Psychiater, was nicht ausreicht (s. E. II. 2.5 hiervoor).

Andererseits gibt Dr. med. E.\_\_\_\_ für seine Aussage, der Gesundheitszustand habe sich seit der Rentenzusprache verbessert, keinerlei Begründung ab, d.h. er legt nirgends dar, inwieweit zwischen den 2003 erhobenen und den aktuellen Befunden ein wesentlicher Unterschied besteht. Es lässt sich auch nicht sagen, nach der Aktenlage sei eine Veränderung derart evident, dass auf eine gutachterliche Stellungnahme zu diesem Punkt verzichtet werden könne. Dr. med. F.\_\_\_\_ machte seinerzeit nur sehr knappe Angaben zu den objektiven psychopathologischen Befunden, indem er festhielt, die Beschwerdeführerin zeige sich stereotyp klagsam, dysphorisch, reizbar und impulsiv (IV-Nr. 13 S. 2). Dr. med. E.\_\_\_\_ erhob demgegenüber im späteren Gutachten einen ungleich ausführlicheren Psychostatus (IV-Nr. 114.1 S. 14 ff.). Dieser präsentiert sich zwar in weiten Teilen recht unauffällig. Da aber Dr. med. F.\_\_\_\_ zu vielen Punkten gar keine Feststellungen getroffen hatte, indem z.B. Angaben zur Merkfähigkeit oder zu einer Teilnahmslosigkeit ebenso fehlen wie standardisierte Testresultate, ist es insoweit schlichtweg nicht möglich, einen Vergleich zwischen der damaligen und der aktuellen Befundlage vorzunehmen und daraus eine Verbesserung abzuleiten. Auch das Privatgutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ hilft hier nicht weiter. Es ist vielmehr darauf hinzuweisen, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin als nach wie vor klagsam beschreibt, wie es bereits Dr. med. F.\_\_\_\_ getan hatte, was für einen unveränderten Zustand spricht. Eine Veränderung der Befundlage ist einzig darin erkennbar, dass Dr. med. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin als nicht länger impulsiv bezeichnet. Dies allein genügt aber nicht, um von einer offensichtlichen wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands zu sprechen. Im Übrigen stellt sich auch die subjektive Beschwerdeschilderung anlässlich der Begutachtung durch Dr. med. E.\_\_\_\_ nicht grundlegend anders dar als im Zeitpunkt der Rentenzusprache, so dass sich hier ebenfalls nichts für eine Revision ergibt.

### **E. 3.6.3.3**

Vor diesem Hintergrund ist die Schlussfolgerung von Dr. med. E.\_\_\_\_, es habe eine wesentliche gesundheitliche Verbesserung stattgefunden, nicht nachvollziehbar, weshalb sein Gutachten nicht dazu taugt, eine revisionsrechtlich relevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin zu beweisen. Von weiteren Abklärungen, wie Ergänzungsfragen an Dr. med. E.\_\_\_\_ oder einem gerichtlichen Obergutachten, sind keine neuen Erkenntnisse über eine gesundheitliche Veränderung zu erwarten, denn es würde sich auch hier das Problem stellen, dass bei der Rentenzusprache im Jahr 2003 nur

ein sehr knapper Psychostatus dokumentiert worden war (s. E. II. 3.6.3.2 hiervor). Laut Dr. med. K.\_\_\_\_ wiederum ist der somatische Gesundheitszustand die ganze Zeit unverändert geblieben, indem nie eine Arbeitsunfähigkeit vorlag. Folglich besteht auch in dieser Hinsicht kein Ansatzpunkt für eine Überprüfung der ganzen Rente. Die Beschwerdegegnerin bringt schliesslich nicht vor, es seien andere Veränderungen nicht gesundheitlicher Natur eingetreten, z.B. im Erwerbsstatus, welche eine Revision erlauben würden. Ist aber ein Revisionsgrund nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen, so bleibt es dabei, dass die Beschwerdeführerin weiterhin Anspruch auf ihre bisherige ganze Rente hat (s. E. II. 2.5 in fine hiervor).

Die Beschwerdegegnerin macht im Übrigen zu Recht nicht geltend, es seien substitutionsweise die Voraussetzungen einer Wiedererwägung erfüllt. Eine solche würde voraussetzen, dass die Rentenzusprache im Jahr 2003 nach der damaligen Sach- und Rechtslage zweifellos unrichtig war (Art. 53 Abs. 2 ATSG). Dies ist hier nicht der Fall, da sich die Beschwerdegegnerin auf die fachärztliche Stellungnahme von Dr. med. F.\_\_\_\_ stützen konnte, der eine psychiatrische Diagnose gestellt und gestützt darauf eine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte.

3.7 Der Sozialversicherungsträger trägt die Kosten der Sachverhaltsabklärung, soweit er die entsprechenden Massnahmen angeordnet hat. Die Kosten der nicht von ihm angeordneten Abklärungsmassnahmen übernimmt er dennoch, wenn diese für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden (Art. 45 Abs. 1 ATSG). Eine Abklärung ist unerlässlich, wenn der Versicherungsträger diese im Rahmen der Untersuchungspflicht nach Art. 43 Abs. 1 ATSG ebenfalls hätte anordnen müssen (Kieser, a.a.O., Art. 45 N 30).

Nachdem das psychiatrische Administrativgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vorlag, holte die Beschwerdeführerin bei Dr. med. D.\_\_\_\_ ein Privatgutachten ein. Dieses war für die Sachverhaltsabklärung indes nicht erforderlich, da sich bereits aus dem Administrativgutachten ergab, dass eine gesundheitliche Verbesserung und damit ein Revisionsgrund nicht zu belegen war. Die Beschwerdegegnerin hat es deshalb im Ergebnis zu Recht abgelehnt, die Kosten dieses Privatgutachtens zu übernehmen.

3.8 Zusammenfassend hat die Beschwerdegegnerin die laufende ganze Rente der Beschwerdeführerin zu Unrecht aufgehoben. Die angefochtene Verfügung wird daher in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet, der Beschwerdeführerin ab 1. Januar 2019 weiterhin eine ganze Rente auszurichten. Hingegen wird die Beschwerde abgewiesen, soweit die Rückweisung zur erneuten Durchführung des Vorbescheidverfahrens (E. II. 1.2 hiervor) und die Übernahme der Kosten des Privatgutachtens (E. II. 3.7 hiervor) beantragt werden.

#### **E. 4**

4.1 Bei diesem Verfahrensausgang hat die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Parteientschädigung. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin nur teilweise obsiegt hat, führt nicht zu einer Kürzung der Entschädigung, da die beiden erfolglosen Rechtsbegehren (s. E. II. 3.8 hiervor) dem Vertreter keinen grösseren Mehraufwand verursacht haben.

Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11).

4.2 Die vom Vertreter eingereichten Kostennoten vom 24. September 2019 und 10. September 2020 (A.S. 75 ff.) weisen einen Zeitaufwand von insgesamt 18,24 Stunden aus, der wie folgt zu kürzen ist:

Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 11,58 Stunden. Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 2'895.00.

Was die Auslagen über insgesamt CHF 205.10 betrifft, so sind die 84 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. Weiter ist die Anreise zur Verhandlung vom 10. September 2020 sowie die Rückfahrt über insgesamt 45,4 km analog zur Regelung für Staatsangestellte (s. § 160 Abs. 5 i.V.m. § 157 Abs. 3 GT und § 161 lit. a Gesamtarbeitsvertrag / GAV, BGS 126.3) mit CHF 0.70 pro Kilometer und nicht mit CHF 1.00 zu entschädigen. Die Auslagen reduzieren sich so auf CHF 149.50.

Einschliesslich CHF 234.45 Mehrwertsteuer (7,7 % seit 1. Januar 2018) beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 3'278.95.

5. Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1bis IVG).

Im vorliegenden Fall hat die grossmehrheitlich unterlegene Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von CHF 1'000.00 wird dementsprechend der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.

4. Der geleistete Kostenvorschuss in Höhe von CHF 1'000.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

5. Je eine Kopie des Protokolls der Hauptverhandlung vom 10. September 2020 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

6. Das Doppel der Kostennote des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 10. September 2020 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                                Haldemann

#### **E. 5**

Der Antrag auf Sistierung des Vorbescheidverfahrens bis zum Abschluss des pendenten Schlichtungsverfahrens [...] vor der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons Solothurn wird abgelehnt.

#### **E. 6**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

#### **E. 7**

Anamnestisch Reizmagen-Syndrom. Zusammengefasst gab Dr. med. K.\_\_\_\_ an, die Beschwerden imponierten bezüglich Umfang und Intensität als nicht somatisch abstützbar, denn somatische Beschwerden würden mit eindeutig schmerzverstärkenden resp. -lindernden Mechanismen einhergehen. Es bestünden Diskrepanzen zwischen den geschilderten Beschwerden und den objektivierbaren Befunden. Aus rheumatologischer Sicht habe für die früher in der Schweiz ausgeübten beruflichen Tätigkeiten in keinem Zeitraum eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Für Haushaltsarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig belastenden Arbeitsprofil gebe es ebenfalls keine Einschränkung. In der interdisziplinären Einschätzung der Arbeitsfähigkeit, die sowohl die somatisch-rheumatologische als auch die psychosomatisch-psychiatrische Komponente mitberücksichtige, könne für die in der Schweiz früher ausgeübten Tätigkeiten vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrischer Sicht abgestellt und spätestens seit dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung keine Arbeitsunfähigkeit mehr bestätigt werden. 3.3.3 Dem psychiatrischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 113.1) lässt sich folgende Diagnose entnehmen (S. 18): · Neurasthenie (F48.0) bei depressiver Störung (gegenwärtig remittiert) Die Beschwerdeführerin berichte, dass ihre Mutter, die Schwester und ein Bruder an «Depressionen» litten. In der Blutsverwandtschaft seien vermehrt «Nervenprobleme» vorhanden. Schwangerschaft, Geburt und frühkindliche Entwicklung seien unauffällig gewesen. Nach fünf Jahren Schule in der Heimat habe sie eine Anlehre zur Schneiderin ohne Berufsabschluss erhalten und ab dem 13. Altersjahr in Fabriken gearbeitet. 1981 sei sie zu ihrem Ehemann in die Schweiz gezogen und als Betriebsmitarbeiterin sowie Familienfrau mit vier Kindern tätig gewesen. Die beiden jüngeren Kinder lebten noch zuhause. Die Beschwerdeführerin gebe weiter an, sie habe migräneartige Kopfschmerzen und Gelenkschmerzen (S. 6 + 7). 2000 sei sie krank geworden. Sie habe unter Schlafstörungen gelitten und vermehrt an Tod und Sterben gedacht. Ihre Stimmung sei niedergeschlagen gewesen. Das älteste Kind leide seit 1995 an der Zuckerkrankheit, was sie schon immer sehr belastet habe. Mit Dr. med. F.\_\_\_\_ fänden wöchentliche bis zweimonatliche Gespräche statt (S. 10). Sie nehme folgende Medikamente: Cipralex (20 mg/d), Mirtazapin (30 mg), Trimipramin (25 mg), Nozinan (25 - 50 mg), Inderal (80 mg) und Lodine (1200 mg). Der Nutzen der Antidepressiva sei unklar, die Beschwerdeführerin könne damit jedenfalls besser schlafen (S. 10 f.). Im Vordergrund der gegenwärtigen Beschwerden stünden Müdigkeit, Konzentrationsstörungen und Lärmempfindlichkeit. Es gehe der Beschwerdeführerin «ganz allgemein nicht gut ... in

letzter Zeit sogar schlechter». Sie leide unter einem unspezifischen Gefühl der Beklemmung und spüre überall unspezifische körperliche Schmerzen. Seit einem Infekt 2016 habe sie insbesondere in der linken Schulter und im linken Arm Schmerzen. Sie höre links ein wechselnd ausgeprägtes, aber dauerhaft vorhandenes Pfeifgeräusch, das sie ab und zu aus dem Nachtschlaf wecke und «die Nerven kaputt» mache. Seit Ausbleiben der Monatsblutungen leide sie unter rezidivierendem Fieber, Krämpfen in beiden Beinen und allgemeinem Unwohlsein. Eine hormonelle Substitution sei ohne Erfolg geblieben. Weitere Angaben würden auch auf mehrfache Nachfrage nicht formuliert. Den Tag verbringe die Beschwerdeführerin unregelmässig. Sie schlafe manchmal schlecht und stehe deshalb meist erst gegen 11:30 Uhr auf. Oft erwache sie in der Nacht einmal und nehme dann nochmals Nozinan. Nach dem Aufstehen trinke sie Kaffee und besorge ihre persönliche Hygiene. Sie erledige je nach ihrem Befinden Aufgaben im Haushalt und werde dabei von einer Tochter unterstützt. Sie sehe fern und koche das Mittagessen. Ihre Kinder und Enkel kämen zu ihr. Sie telefoniere mit ihren Geschwistern und manchmal trinke sie Kaffee mit einigen Nachbarn. Mit ihrem Ehemann gehe sie spazieren sowie ab und zu in ein Restaurant oder Café. Gegen 22:30 Uhr gehe sie zu Bett. Im Mai 2016 habe sie mit ihrem Mann eine zehntägige Flugreise in die Türkei unternommen. Zuletzt habe sie im August 2016 zwei Wochen mit ihm und zwei Kindern in der Türkei verbracht und ihre Herkunftsfamilie getroffen. Zum Verlauf ihrer Beschwerden seit 2000 stelle die Beschwerdeführerin fest, dass sie gelernt habe, damit weiterzuleben. Die vom Psychiater verordneten Medikamente seien dabei hilfreich. Aber die Beschwerden seien weiterhin vorhanden und würden nie mehr vergehen (S. 11). Innerhalb von 15 Jahren sei es zu keiner Veränderung gekommen, es gehe ihr weder besser noch schlechter. Die Ursache ihrer Krankheit seien die vielen schweren Belastungen im Leben (z.B. Zuckerkrankheit der einen Tochter und langjährige Schichtarbeit). Die Konflikte mit dem Ehemann (der einen Herzinfarkt erlitten habe) hätten sich gebessert, er sei ruhiger geworden. Vor sechs Jahren habe er einen Herzinfarkt erlitten. Berufliche Pläne habe sie keine, nachdem sie weiterhin krank und vollständig arbeitsunfähig sei (S. 12). Gemäss der Checkliste SCL-90-R stehe im Vordergrund der subjektiv empfundenen Beeinträchtigung eine stark ausgeprägte übergenaue (zwanghafte) Grundhaltung mit einer ziemlich bis stark ausgeprägten niedergeschlagenen (depressiven) Verstimmung bei körperlichen (somatisierten) Missempfindungen (S.

## **E. 12**

f.). Im BDI erreiche die Beschwerdeführerin 26 von 51 Punkten, was einer mittelgradig bis schwer ausgeprägten Depression entspreche. Der SOMS-7T-Test lasse teilweise ein somatoformes Syndrom erkennen. Die Beschwerdeführerin erreiche hier 55 von 192 Punkten (S. 13 f.). Was den Psychostatus angehe, so komme es während der gesamten Untersuchung weder subjektiv noch objektiv zu Verständigungsschwierigkeiten. Allgemeinzustand und Antrieb seien gut. Die Beschwerdeführerin bewege sich unauffällig. Mimik und Gestik zeigten sich stets lebendig und flexibel. Hinweise auf quälende, dauerhafte körperliche Schmerzen und / oder schmerzbedingte Beeinträchtigungen der Bewegung seien nicht objektivierbar. Im Bewusstsein sei die Beschwerdeführerin wach und zu allen Qualitäten orientiert. In der Interaktion zeige sie sich sozial angepasst, im Gesprächsverhalten freundlich und kooperativ. Die Beschwerdeführerin berichte aktiv, spontan, sehr flüssig sowie gut differenziert und strukturiert. Dabei spreche sie unauffällig. Das formale Denken präsentiere sich logisch und kohärent. Es bestünden keine Hinweise auf inhaltliche Denkstörungen. Die Intelligenz sei unauffällig. Auffassung, Merkfähigkeit und Konzentration seien im Gegensatz zur subjektiven Einschätzung sehr gut. Daten

würden ungenau genannt, darüber hinaus sei das Gedächtnis intakt. Hinweise auf Wahrnehmungs- und / oder Ich- Störungen fänden sich nicht. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin klagsam und ernst, dabei gut moduliert. Ab und zu lächle und lache sie situativ angemessen (S. 14). Anlässlich der Untersuchung fänden sich keine objektiven Hinweise auf ein andauerndes Gefühl von Betäubung, emotionale Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber, vegetative Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und / oder übermässige Schreckhaftigkeit. Ein affektiver Rapport komme gut zustande. Die Beschwerdeführerin sei von Suizidalität distanziert (S. 14 f.). Die komplexen Ich-Funktionen seien so ausgebildet, dass aus psychiatrischer Sicht eine angemessene Fähigkeit zur Willensanstrengung und zur Bewältigung allfälliger Defizite anzunehmen sei. Es ergäben sich keine Hinweise auf mittelschwere oder gar schwere dauerhafte pathologische Persönlichkeitsstrukturen. Die Beschwerdeführerin sei trotz einer leicht eingeschränkten Frustrationstoleranz zur Selbstkritik in der Lage. Affektsteuerung und Impulskontrolle seien nicht (mehr) gestört. Beziehungsfähigkeit und Kontaktgestaltung zeigten sich maximal leicht beeinträchtigt. Realitätsprüfung und Urteilsbildung sowie Intentionalität und Antrieb seien nicht eingeschränkt (S. 15 f.). Auf der MADRS-Skala erreiche die Beschwerdeführerin einen Summenwert von acht Punkten, so dass ein depressives Syndrom nicht objektiviert werden könne (S. 16 f.). Aus der untersuchten Blutprobe ergebe sich, dass die Werte für Mirtazapin und Trimipramin deutlich unterhalb des jeweiligen Referenzbereichs lägen, was auf eine niedrige Dosierung und / oder unregelmässige Einnahme der Medikamente hindeute. Der Wert für Levomepromazin wiederum liege unterhalb der Nachweisbarkeitsgrenze, was gegen eine Einnahme spreche (S. 17 f., s.a. S. 10 f.). Bei der Neurasthenie würden sich zwei Hauptformen weitgehend überschneiden. Bei der einen Form sei das Hauptcharakteristikum die Klage über vermehrte Müdigkeit bei geistiger Anstrengung, häufig mit einer abnehmenden Arbeitsleistung oder Effektivität bei der Bewältigung täglicher Aufgaben, beschrieben u.a. als Konzentrationsschwäche. Bei der anderen Form liege das Schwergewicht auf Gefühlen körperlicher Schwäche und Erschöpfung nach nur geringer Anstrengung, begleitet von muskulären oder anderen Schmerzen und der Unfähigkeit, sich zu entspannen. Bei beiden Typen finde sich eine ganze Reihe von anderen unangenehmen körperlichen Empfindungen wie z.B. Schwindelgefühlen und Spannungskopfschmerzen. Sorge über abnehmendes geistiges und körperliches Wohlbefinden, Reizbarkeit, Freudlosigkeit und unterschiedliche, leichtere Grade von Depression und Angst seien üblich. Der Schlaf sei häufig in der anfänglichen und mittleren Phase gestört, es könne aber auch Hypersomnie im Vordergrund stehen (S. 21). Die Beschwerdeführerin erfülle diese diagnostischen Kriterien auf Grund der Akten mit überwiegender Wahrscheinlichkeit seit April 2013. Die geschilderten Beschwerden umfassten dabei beide der genannten Hauptformen. Die Symptome (einschliesslich der niedergeschlagenen Verstimmung bei körperlichen Missempfindungen und der Adynamie / Initiativlosigkeit) seien durch diese Diagnose ausreichend erklärbar. Weitere Störungen liessen sich gegenwärtig nicht begründen. Die Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10 (F32 / F33) seien nicht erfüllt. Sie könnten auf Grund der Akten auch für die Zeit ab 2000 bzw. 2013 nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit angenommen werden (S. 22). Die Beschwerdeführerin nenne zwar in der Vergangenheit und aktuell manche der einschlägigen Symptome. Keines davon bestehe aber objektiv in ausreichender Schwere bzw. Länge, um eine zumindest leichtgradige depressive Episode diagnostizieren zu können. Der Schweregrad erreiche nicht das notwendige Ausmass bzw. habe ihn nicht erreicht. Es fehlten bereits die

Eingangskriterien einer dauerhaften Hemmung der Psychomotorik und wesentlichen Verminderung der affektiven Schwingungsfähigkeit. Eine relevante (und auch noch eigenständige) depressive Episode bestehe somit nicht und habe auch nicht bestanden (S. 23). Um ein sog. somatisches Syndrom zu einer depressiven Episode im Sinne der ICD-10 zu diagnostizieren, müssten möglichst alle oder zumindest viele und / oder einzelne aussergewöhnlich schwere Symptome vorliegen (wie z.B. Interessen- oder Freudverlust, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetit- und Gewichtsverlust, Verlust der Libido), was hier nicht zu erkennen sei (S. 23 f.). Eine somatoforme Störung lasse sich ebenfalls nicht begründen. Das gemeinsame Charakteristikum sei die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar seien. Wenn somatische Störungen vorhanden seien, erklärten sie nicht die Art und das Ausmass der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung der Betroffenen. Diese Eingangsdefinition der Kategorie F45 werde hier nicht erfüllt. Das Schmerzsyndrom stehe weder subjektiv noch objektiv im Zentrum der Beschwerden. Eine hartnäckige Forderung nach medizinischen Untersuchungen fehle vollständig (S. 24). Die mit der Neurasthenie verbundenen objektiven psychopathologischen Befunde seien gar nicht ausgeprägt. Die Limitierung des Aktivitätenniveaus (im Vergleich zur Zeit vor der Gesundheitsschädigung) sei in allen vergleichbaren Lebensbereichen (Beruf / Erwerb, Haushalt, Freizeit, soziale Aktivitäten) vollständig durch die Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin zu begründen. Eine Willensanstrengung zur Bewältigung dieser rein subjektiven Defizite sei aus psychiatrischer Sicht zumutbar und möglich (S. 27). Neben der Neurasthenie bestehe keine psychisch ausgewiesene erhebliche Komorbidität. In den Akten werde insbesondere keine Störung der Persönlichkeit hinreichend beschrieben und / oder fachlich erörtert, die über akzentuierte Persönlichkeitszüge hinausginge. In der Interaktion sei die Beschwerdeführerin anlässlich der aktuellen Untersuchung zwar übergenau, was aber keine Persönlichkeitsstörung resp. -änderung begründe. Aus psychiatrischer Sicht seien auch keine weiteren Hinweise vorhanden, die schwere Defizite auf Grund eines Gesundheitsschadens und / oder eine Unzumutbarkeit zu deren Überwindung begründen könnten, z.B. durch krankheitsbedingt fehlende Ressourcen und / oder eine fehlende Kapazität zur Verarbeitung innerpsychischer Konflikte (S. 28). Die nicht krankheitsbedingten (sozialen) Faktoren (z.B. Alter, Herkunft, einfache Schulbildung, fehlender Berufsabschluss, Abstinenz vom Arbeitsmarkt, mangelhafte Deutschkenntnisse, Krankheiten der Kinder und des Ehemannes, langjähriger Rentenbezug, finanzielle Sorgen und Schulden) seien weder positiv noch negativ in die versicherungspsychiatrische Beurteilung eingeflossen. Diese Gesichtspunkte beeinträchtigten die Motivation zur Leistungssteigerung deutlich. Sie behinderten (als nicht krankheitsbedingte Aspekte) die medizinisch zumutbare Willensanstrengung zur Bewältigung der Defizite und erklärten die anlässlich der aktuellen Untersuchung erkennbare aussergewöhnliche Diskrepanz zwischen der subjektiv wahrgenommenen und der objektivierbaren Arbeitsunfähigkeit (S. 29). Der soziale Kontext sei geordnet. Die Beschwerdeführerin pflege regelmässig soziale Kontakte zu ihren Kindern und Enkeln, zur Herkunftsfamilie und zur Nachbarschaft. Sie selbst nenne soziale Ressourcen wie Unterstützung durch das vorhandene soziale Netzwerk, gut angepasste soziale Kompetenzen, differenzierte Freizeitaktivitäten und Reisen, und beschreibe die Fähigkeit, ihre innerseelischen Defizite mit entsprechender Anstrengung zu überwinden (S. 30 f.). Die dokumentierten Behandlungsmassnahmen seien als minimal

einzustufen (geringe Frequenz der Therapie, Sitzungen nicht in der Muttersprache, kein Wechsel des therapeutischen Settings und der Methode, keine teil- oder vollstationäre Behandlung, keine ausgebaute Psychopharmakotherapie). Auch eine Neurasthenie stelle eine Indikation für eine regelmässige fachärztliche psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung dar. Eingliederungsmassnahmen seien nicht dokumentiert, aber aus psychiatrischer Sicht zumutbar (S. 31 f.). Eine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz liege nicht vor (S. 33). Was die Konsistenz angehe, so seien die Beschwerdeangaben in der Untersuchung vage, oberflächlich, pauschal und allgemein. Es komme zu Widersprüchen (S. 32). Eine relevante längerfristige Arbeitsunfähigkeit (d.h. von 20 % oder mehr) sei aus versicherungspsychiatrischer Sicht nicht zu begründen. Dies gelte für jede Art von ausserhäuslicher Tätigkeit und auch für Arbeiten im Haushalt. Von dieser Einschätzung könne sicher ab der aktuellen Untersuchung vom 30. November 2016 ausgegangen werden. Mit überwiegender Wahrscheinlichkeit gelte sie seit April 2013. Die Beurteilungen von Dezember 2000 bis März 2007 durch Dr. med. F. \_\_\_ seien zur Kenntnis zu nehmen. Im Vergleich dazu habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verbessert (S. 34 f.). 3.3.4 Die RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_ hält in ihrer Stellungnahme vom 10. März 2017 (IV-Nr. 120 S. 2 f.) fest, gemäss Gutachten vom 19. Dezember 2016 sei ab diesem Datum von einer Remission der depressiven Störung auszugehen. 3.4 Dr. med. D. \_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstattete am 23. Mai 2017 im Auftrag der Beschwerdeführerin ein Privatgutachten (IV-Nr. 125). Dieses enthält folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (S. 20): Double Depression: · Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.11) und depressive Persönlichkeitsstörung im Sinne einer Dysthymia (F34.1) · anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F 45.4) mit Somatisierungstendenzen Dr. med. D. \_\_\_ übte in verschiedenen Punkten Kritik am Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ und erklärte, die Arbeitsfähigkeit belaufe sich sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit auf maximal 60 % (S. 30). 3.5 Die Beschwerdeführerin trat am

## **E. 16**

Oktober 2017 bei der Eingliederungsstätte L. \_\_\_ ein Belastbarkeitstraining an (IV-Nr. 132). Da sie nach unentschuldigtem Absenzen trotz Aufforderung durch die Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 135) nur Arztzeugnisse ohne Begründung eingereicht hatte (IV-Nrn. 136 und 139 ff.), wurde die Zielvereinbarung mit der Beschwerdeführerin am 18. Dezember 2018 rückwirkend per 12. Dezember 2017 aufgehoben (IV-Nr. 142). Im Abschlussbericht vom 19. Dezember 2017 (IV-Nr. 143) hielt die Eingliederungsstätte fest, die Beschwerdeführerin habe an insgesamt sechs Tagen jeweils knapp eine Stunde gearbeitet, bevor sie wegen Kopfschmerzen und körperlicher Schwäche abgebrochen habe. Auf Grund der kurzen Beobachtungszeit könne nicht beurteilt werden, welche Arbeiten in der Montage möglich seien. Eine Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt sei nicht realistisch.

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