

# SO\_GERICHTE VSBES.2015.164 vom 15. Mai 2015

SO Obergericht, 2015-05-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2015.164](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2015.164)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2015.164 du 15 mai 2015

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2015.164 del 15 maggio 2015

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1958 geborene A.\_\_\_\_, [...] (nachfolgend: Beschwerdeführerin), wurde am 14. Oktober 2008 durch die damalige Arbeitgeberin, das Alters- und Pflegeheim [...], bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) wegen der auf einem Unfall basierenden Knieverletzung/Bänder zur Früherfassung angemeldet (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Nach Beizug des ärztlichen Zeugnisses des Hausarztes Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, vom 17. September 2007, des Kündigungsschreibens der Arbeitgeberin vom 14. Oktober 2008 und der Durchführung des Intake-Gesprächs vom 6. November 2008 (IV-Nrn. 4, 5, 8), meldete sich die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf das Unfallereignis vom 11. Juli 2006 (im Zimmer zuhause ausgerutscht) am 6. November 2008 bei der Beschwerdegegnerin zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 10).

1.2 Daraufhin holte die Beschwerdegegnerin den Arbeitgeberfragebogen sowie die Akten des Unfallversicherers der Beschwerdeführerin, der C.\_\_\_\_, ein (IV-Nrn. 12, 22.1 - 22.3) und sprach der Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 26. Januar 2009 die Kosten für ein Belastbarkeitstraining bei der [...], vom 2. Februar bis 30. April 2009 zu (IV-Nr. 26). Mit Abschlussbericht vom 27. Oktober 2009 (IV-Nr. 37) stellte der Eingliederungsfachmann den Antrag auf Abschluss des Falles in der Stellenvermittlung mit Prüfung des Rentenanspruchs. Zurzeit seien weitere Eingliederungsmassnahmen nicht möglich, da medizinische Abklärungen laufen würden. Daher holte die Beschwerdegegnerin die medizinischen Akten sowie die Akten des Unfallversicherers (IV-Nrn. 38, 40.1 - 40.11) ein und liess, gestützt auf die Beurteilung der medizinischen Situation durch Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (nachfolgend: RAD), vom 18. November 2010 (IV-Nr. 43) bei Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, RAD, einen ärztlichen Bericht einholen, der vom 22. November 2010 datiert (IV-Nr. 46). Mit Vorbescheid vom 4. Februar 2011 (IV-Nr. 47) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin daraufhin aufgrund eines errechneten IV-Grades von 12 % die Abweisung ihrer Leistungsbegehren in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen und eine Invalidenrente in Aussicht.

1.3 Zu den dagegen erhobenen Einwänden der Beschwerdeführerin vom 4. bzw. 31. März 2011 (IV-Nrn. 51, 53) liess die Beschwerdegegnerin den RAD-Arzt Dr. med. E.\_\_\_\_ Stellung nehmen. Er empfahl im ärztlichen Bericht vom 28. April 2011 (IV-Nr. 55) das Festhalten am Vorbescheid vom 4. Februar 2011. Am 2. August 2011 erstellte die Abklärungsfachfrau den «Abklärungsbericht Haushalt/Stellungnahme zum Einwand vom 31. März 2011» (IV-Nr. 62), mit dem sie aufgrund eines errechneten IV-Grades von 14 % den Erlass eines neuen Vorbescheids beantragte. Zu den eingereichten medizinischen Akten (IV-Nrn. 65 S. 2 und 66) sowie dem durch den Unfallversicherer veranlassten Gutachten beim F.\_\_\_\_, [...], vom 21. Februar 2012 (IV-Nr. 67), nahmen sowohl Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD,

am 25. März 2013 als auch die Abklärungsfachfrau am 7. Oktober 2013 Stellung (IV-Nrn. 68, 69). Daraufhin stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 28. November 2013 die Abweisung weiterer beruflicher Eingliederungsmassnahmen und ■ aufgrund eines errechneten IV-Grades von 35 % ■ einer Invalidenrente in Aussicht (IV-Nr. 70). Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 7. Januar 2014 Einwände erheben, die sie am 28. Februar 2014 ergänzte (IV-Nrn. 74, 76). Dazu reichte sie den Bericht der G.\_\_\_\_, [...], vom 27. Februar 2014 (IV-Nr. 76 S. 10 ff.) ein. Das daraufhin von Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, mit Stellungnahme vom 25. Juni 2014 empfohlene monodisziplinäre psychiatrische Gutachten (IV-Nr. 79) wurde in der Folge am 23. September 2014 von Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, erstattet (IV-Nr. 86). Dieser kam zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei seit April 2011 um circa 50 % eingeschränkt. Zu diesem Gutachten liess sich die Beschwerdeführerin am 7. Oktober, 25. und 27. November 2014 vernehmen (IV-Nrn. 88, 91, 94). Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, hielt in der Aktennotiz vom 10. Dezember 2014 eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % für angemessen (IV-Nr. 96). Gestützt auf die anschliessende Stellungnahme von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2014 (IV-Nr. 97) und die Aktennotiz von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 7. Mai 2015 (IV-Nr. 102), wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren um Ausrichtung einer Invalidenrente mit Verfügung vom 15. Mai 2015 gestützt auf einen errechneten IV-Grad von 37 % ab (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.).

2. Am 16. Juni 2015 lässt die Beschwerdeführerin dagegen beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 6 ff.):

1. Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2015 sei aufzuheben.

2. Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zu entrichten.

U.K.u.E.F.

3. Mit Eingabe vom 14. Juli 2015 (A.S. 31 ff.) lässt die Beschwerdeführerin das Schreiben ihrer ehemaligen Arbeitgeberin vom 25. Juni 2015 einreichen. Ferner lässt sie ausführen, das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. September 2014 entspreche im Gegensatz zum F.\_\_\_\_-Gutachten den bundesgerichtlichen Anforderungen an die Begutachtung von Gebrechen mit syndromalen Leiden.

4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 24. August 2015 auf Ausführungen und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 35).

5. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 7. September 2015 eine Kostennote ein (A.S. 37 ff.), welche der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. September 2015 zur Kenntnisnahme zustellt (A.S. 40).

6. Mit Verfügung vom 25. Februar 2016 (A.S. 43 ff.) wird den Parteien mitgeteilt, es werde zur Streitfrage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente habe, ein gerichtliches Gutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der bidisziplinären Begutachtung (Psychiatrie und Orthopädie) die K.\_\_\_\_, [...], zu beauftragen. Weiter werden den Parteien die vorgesehenen Gutachterpersonen und der Fragenkatalog zur

Stellungnahme unterbreitet.

6.1 Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 11. März 2016 (A.S. 47) auf eine Äusserung resp. das Einreichen von Zusatzfragen. Die Beschwerdeführerin lässt sich nicht vernehmen.

6.2 Mit Verfügung vom 22. März 2016 (A.S. 48 f.) wird die K.\_\_\_\_, [...], mit der bidisziplinären Begutachtung beauftragt. Als Gutachter werden die Dres. L.\_\_\_\_, Psychiatrie/Federführung, und M.\_\_\_\_, Orthopädie, bestimmt. Weiter wird der Fragenkatalog bestätigt.

6.3 Das bidisziplinäre Gutachten der K.\_\_\_\_ datiert vom 22. Juli 2016 (A.S. 54 ff.). Zu diesem lässt die Beschwerdeführerin am 4. Oktober 2016 (A.S. 126 ff.) eine Stellungnahme einreichen. Eine Kopie davon geht mit Verfügung vom 11. Oktober 2016 (A.S. 135) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. Den Parteien wird zudem eine Kopie der Rechnung der Gutachterstelle zur Kenntnisnahme zugestellt.

7. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 24. Oktober 2016 (A.S. 136 ff.) eine Kostennote ein, die mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht.

8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

II.

1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

2. Aufgrund der vorliegenden Rechtsschriften ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren einzig zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat.

3. In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt ■ hier der 15. Mai 2015 ■ abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs seit der Anmeldung im November 2008 die ab Januar 2008 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar.

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch

zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

## **E. 2**

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin eine ganze Invalidenrente zu entrichten. U.K.u.E.F. 3. Mit Eingabe vom 14. Juli 2015 (A.S. 31 ff.) lässt die Beschwerdeführerin das Schreiben ihrer ehemaligen Arbeitgeberin vom 25. Juni 2015 einreichen. Ferner lässt sie ausführen, das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. September 2014 entspreche im Gegensatz zum F.\_\_\_\_-Gutachten den bundesgerichtlichen Anforderungen an die Begutachtung von Gebrechen mit syndromalen Leiden. 4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 24. August 2015 auf Ausführungen und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 35). 5. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 7. September 2015 eine Kostennote ein (A.S. 37 ff.), welche der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. September 2015 zur Kenntnisnahme zustellt (A.S. 40). 6. Mit Verfügung vom 25. Februar 2016 (A.S. 43 ff.) wird den Parteien mitgeteilt, es werde zur Streitfrage, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente habe, ein gerichtliches Gutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der bidisziplinären Begutachtung (Psychiatrie und Orthopädie) die K.\_\_\_\_, [...], zu beauftragen. Weiter werden den Parteien die vorgesehenen Gutachterpersonen und der Fragenkatalog zur Stellungnahme unterbreitet. 6.1 Die Beschwerdegegnerin verzichtet mit Eingabe vom 11. März 2016 (A.S. 47) auf eine Äusserung resp. das Einreichen von Zusatzfragen. Die Beschwerdeführerin lässt sich nicht vernehmen. 6.2 Mit Verfügung vom 22. März 2016 (A.S. 48 f.) wird die K.\_\_\_\_, [...], mit der bidisziplinären Begutachtung beauftragt. Als Gutachter werden die Dres. L.\_\_\_\_, Psychiatrie/Federführung, und M.\_\_\_\_, Orthopädie, bestimmt. Weiter wird der Fragenkatalog bestätigt. 6.3 Das bidisziplinäre Gutachten der K.\_\_\_\_ datiert vom 22. Juli 2016 (A.S. 54 ff.). Zu diesem lässt die Beschwerdeführerin am 4. Oktober 2016 (A.S. 126 ff.) eine Stellungnahme einreichen. Eine Kopie davon geht mit Verfügung vom 11. Oktober 2016 (A.S. 135) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin. Den Parteien wird zudem eine Kopie der Rechnung der

Gutachterstelle zur Kenntnisnahme zugestellt. 7. Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 24. Oktober 2016 (A.S. 136 ff.) eine Kostennote ein, die mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin geht. 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. Aufgrund der vorliegenden Rechtsschriften ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren einzig zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. 3. In zeitlicher Hinsicht sind – vorbehaltlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen – grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467) und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung eingetretenen Sachverhalt – hier der 15. Mai 2015 – abstellt (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366), sind im vorliegenden Fall für die Prüfung eines allfälligen Rentenanspruchs seit der Anmeldung im November 2008 die ab Januar 2008 geltenden materiell-rechtlichen Bestimmungen anwendbar. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). 3.2 Nach Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

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

4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; Urteil des Bundesgerichts 9C\_888/2011 vom 13. Juni 2012 E. 4.2). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4, 125 V 256 E. 4 S. 261; Urteil des Bundesgerichts 9C\_728/2014 vom 7. April 2015 E. 4).

4.4 Nach der Rechtsprechung weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V

465 E. 4.4 S. 469). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C\_127/2016 vom 9. November 2016 E. 5).

5. Wie bereits unter E. II. 2 hiavor ausgeführt, ist vorliegend streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 15. Mai 2015 (A.S. 1 ff.) das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Invalidenrente zu Recht verneint hat.

6. Zur Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

6.1 Dr. med. N.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH, spez. Rheumaerkrankungen, [...], hielt im Bericht vom 14. Juni 1999 (IV-Nr. 38 S. 41 f.) folgende Diagnosen fest:

1. Verdacht auf Osteochondritis des Rippenknorpels Rippe II und III links

2. Thorakospondylogenes Syndrom bei Skoliosierung und Hyperkyphosierung der BWS

Bei den von der Beschwerdeführerin geklagten thorakalen Schmerzen ventral sowie im dorsalen Bereich handle es sich am ehesten um zwei verschiedene Phänomene, die allerdings möglicherweise eine gemeinsame Ursache haben könnten. Zum einen bestehe eine deutliche Druckempfindlichkeit des Rippenknorpelübergangs der zweiten und dritten Rippe links, ähnlich wie bei einem Tietze-Syndrom, allerdings fehle eine Schwellung. Auf dieser Höhe bestehe im thorakalen Bereich dorsal kein Korrelat, hingegen habe Dr. med. N.\_\_\_\_ distaler in der BWS, auf Höhe von BWK 9/10, eine Druckdolenz und einen Schiebeschmerz gefunden. Auffallend sei auch die ausgesprochene Fehlhaltung der Wirbelsäule bei einer linkskonvexen Skoliosierung infolge Beckenschiefstands wegen Beinlängendifferenz und eine Hyperkyphosierung der BWS. Diese Fehlhaltung und die dadurch verursachten muskulären Dysbalancen im Schultergürtel- und Thorakalbereich könnten durchaus für die im vorderen Rippenbereich lokalisierten Beschwerden verantwortlich sein. Eigentliche Rippenblockierungen habe sie nicht feststellen können. Sie habe der Beschwerdeführerin als erste Massnahme empfohlen, im linken Schuh zum probatorischen Beinlängenausgleich eine Talonnette zu tragen. Zudem werde in der Physiotherapie Wert auf eine haltungskorrigierende, rückenkräftigende Gymnastik gelegt und die Schmerzlokalisierung im Bereich der zweiten und dritten Rippe mit Ultraschall angegangen. Dadurch erhoffe sie sich das Erreichen einer Besserung und Stabilisierung.

6.2 Das am 26. Juli 2006 durchgeführte «MRI Knie links» (IV-Nr. 38 S. 40), beurteilte Dr. med. O.\_\_\_\_, Medizinisch-Radiologisches Institut, [...], wie folgt: Die Untersuchung bestätige den klinischen Verdacht auf eine, im Wesentlichen vollständige, proximalseitige Ruptur des vorderen Kreuzbandes. Ferner bestehe eine vertikal verlaufende meniscale Rissbildung im Bereich des medialen Hinterhorns, mit grosser Wahrscheinlichkeit zusätzlich lokal auch horizontal verlaufende Rissbildung. Mehrfokales posttraumatisches Knochenmarködem (Bone bruise) als charakteristisches Sekundärphänomen bei vorderer

Kreuzbandruptur. Aussenmeniskus nur leicht mukoid degeneriert ohne signifikante Rissbildung, ansonsten im Wesentlichen altersentsprechender Knieinnenbefund.

6.3 Dr. med. P.\_\_\_\_, Oberärztin in Vertretung, und Dr. med. Q.\_\_\_\_, CA, Chirurgische Klinik, [...], stellten im Bericht vom 17. August 2006 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 38 S. 38 f.):

-Mediale Meniskusläsion links

-Ruptur des vorderen Kreuzbandes

Der Beschwerdeführerin sei die arthroskopische Teilmeniskektomie medialseits empfohlen worden. Sie wünsche dies zum aktuellen Zeitpunkt explizit nicht. Somit empfehle sich ein Fortsetzen der intensiven Physiotherapie. Die Unterarm-Gehstöcke sollten weggelassen werden. Zur Stabilisierung des Kniegelenkes sei eine Verordnung für eine Softec-Genuschiene mitgegeben worden. Die nächste klinische Nachkontrolle in der Trauma-Sprechstunde finde in drei Wochen statt. Dann erfolge gegebenenfalls gemäss Angaben der Beschwerdeführerin eine Arthroskopie. Für eine Kreuzbandplastik qualifiziere sie sich zum aktuellen Zeitpunkt nicht.

6.4 Im Operationsbericht des [...] vom 5. September 2006 (IV-Nr. 22.3 S. 24 f.) wurden die Diagnosen «Meniskusläsion Hinterhorn links, vordere Kreuzbandläsion» festgehalten. Es sei eine arthroskopische Teilmeniskektomie medial links durchgeführt worden. Am 8. Juli 2006 habe ein Distorsionstrauma stattgefunden. Es habe sich in der Folge keine Besserung der Symptomatik im Bereich des medialen Kompartiments ergeben.

6.5 Dr. med. R.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Chirurgische Klinik, [...], stellte im Bericht vom 17. November 2006 folgende Diagnosen (IV-Nr. 38 S. 36 f.):

Unklare Schmerzsymptomatik des linken Kniegelenks

-Bei Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie vom 5. September 2006 sowie bekannter vorderer Kreuzbandläsion

Trotz neunmaliger Physiotherapie habe die Beschwerdeführerin weiterhin Beschwerden im medialen, ventralen Kniegelenksabschnitt sowie ein Instabilitätsgefühl (wahrscheinlich im Rahmen eines Giving way). Die Arbeitsfähigkeit habe wieder auf 50 % herabgesetzt werden müssen, dies als Angestellte in einem Alters- und Pflegeheim. Befund: Normale Kniegelenksachsen. Ein Pivot-shift könne nicht ausgelöst werden, die Schubladenphänomene seien klinisch nicht ausgeprägt, keine seitliche Instabilität. Auffällig sei die Druckdolenz im Bereiche des medialen, ventralen Arthroskopie-Port und im vorderen Gelenksabschnitt. Am 16. November 2006 sei als erste Massnahme dieser Arthroskopie-Port lokal mit Bupivacain/Kenacort infiltriert worden. Danach sei die Beschwerdeführerin deutlich beschwerdeärmer gewesen. Zusätzlich sei die muskuläre Rehabilitation noch völlig ungenügend und es sei nochmals eine Serie von Physiotherapiesitzungen veranlasst worden.

6.6 Das am 27. März 2007 durchgeführte «MR Knie links» (IV-Nr. 38 S. 34) beurteilte Dr. med. S.\_\_\_\_, Medizinisch-Radiologisches Institut, [...] wie folgt: Zustand nach TME (Teilmeniskektomie). Kein sicherer weiterer Meniskusschaden. Erhaltenes VKB (vorderes Kreuzband) nach VKB-Zerrung. Kein Gelenkerguss oder sichtbare artikulare Reizzeichen.

6.7 Im Bericht vom 30. August 2007 stellten Prof. Dr. med. T.\_\_\_\_, Chefarzt, und Dr. med. U.\_\_\_\_, Oberarzt, Orthopädische Klinik, [...], die folgende Diagnosen (IV-Nr. 38 S. 32 f.):

Unklarer Knieschmerz links nach Teilmeniskektomie bei Meniskushinterhornläsion medial sowie Zerrung des VKB im September 2006

Die Befunde seien: Reizloses, ergussfreies Knie. Flexion/Extension 130-0-0 °, endgradig leicht schmerzhaft. Druckdolenz im anteromedialen und anterolateralen Gelenkspalt. Puncto maximum eher medial. Keine Patellaverschiebe- oder Andruckschmerzen. Zohlenzeichen negativ. Meniskuszeichen für medialen Meniskus fraglich positiv. Bei insgesamt sehr schmerzempfindlicher Beschwerdeführerin sei die Untersuchung nicht konklusiv beurteilbar. Kapsuligamentär zeige sich das Knie stabil. Bei unklarer Schmerzsituation im linken Knie werde von einer erneuten magnet-resonanztomographischen Untersuchung wegen fehlendem Trauma seit März 2007 abgesehen. Die Beschwerdeführerin werde zu einer diagnostisch/therapeutischen Infiltration des linken Kniegelenkes intraartikulär mit Bupivacain/Kenacord erneut aufgeboden.

6.8 Nach der am 3. September 2007 (IV-Nr. 38 S. 31) durchgeführten Infiltration (intraartikuläre Infiltration Knie links und Infiltration des Arthroskopieportals medial Knie links mit Kenacort und Bupivacain) führten Dr. med. V.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. U.\_\_\_\_, Oberarzt, Orthopädische Klinik, [...], im Bericht vom 1. Oktober 2007 (IV-Nr. 38 S. 29 f.) die Diagnose «unklarer Beinschmerz links sowie Metatarsalgie beidseits» auf. Nach erfolgloser Infiltration und im Vorfeld blandem MRI-Befund bestehe die Möglichkeit einer lumbogenen Ursache des Schmerzes. Die heute durchgeführte Röntgenaufnahme der LWS in zwei Ebenen zeige altersentsprechend degenerative Veränderungen mit leichter Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes L4/L5. In der klinischen Untersuchung zeige sich kein klarer Hinweis auf eine Nervenwurzelkompression. Es würden eine Serie Physiotherapie mit Rückenschule/Aufbautraining sowie analgetische Massnahmen für das Knie rezeptiert. Des Weiteren werde bei bestehender Metatarsalgie beidseits eine orthopädische Einlagenversorgung mit retrokapitaler Abstützung verordnet. Sollte sich die Symptomatik im Laufe der nächsten sechs Wochen nicht ändern, werde sich die Beschwerdeführerin erneut melden. Dann werde gegebenenfalls eine Magnetresonanztomographie der LWS zum Ausschluss einer Nervenwurzelkompression durchgeführt.

6.9 Dr. med. W.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. X.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Radiologie, [...], führten am 14. November 2007 eine «MRT Kniegelenk nativ links» durch (IV-Nr. 40.5 S. 18). Im Vergleich zur auswärtigen Voruntersuchung (vom 27. März 2007; vgl. E. II. 6.6 hiervor) ergäben sich folgende Aspekte: 1. Konstante Apexverkürzung bei Status nach Teilmeniskektomie im Bereich des Innenmeniskus links. Kein Nachweis einer erneuten Ruptur. 2. Vollständige Regredienz des Gelenkergusses links, kein Nachweis einer Bakerzyste. 3. Im Übrigen unauffällige Darstellung des linken Kniegelenkes und keine neuen Aspekte gegenüber der Voruntersuchung.

6.10 Aufgrund der Orthopädischen Sprechstunde vom 22. November 2007 (IV-Nr. 38 S. 26 f.) stellten Dr. med. Y.\_\_\_\_, Leitender Arzt, und Dr. med. U.\_\_\_\_, Orthopädische Klinik, [...], folgende Diagnose:

## Unklare Knieschmerzen links nach arthroskopischer Teilmeniskektomie im September 2006

Nach Ausschluss von Knorpelschäden sowie Band- oder Meniskusschäden durch zweifache Magnetresonanztomographie sowie einer diagnostischen Infiltration mit Bupivacain am 3. September 2007 (vgl. E. II. 6.8 hiervor), welche keine Besserung gebracht habe, könnten der Beschwerdeführerin keine weiteren therapeutischen Massnahmen geboten werden. Es werde empfohlen, nun die weiteren Abklärungen durch einen Rheumatologen (z.B. Dr. med. Z.\_\_\_\_, [...]) vorzunehmen.

6.11 Dr. med. Z.\_\_\_\_, Facharzt Rheumatologie FMH, [...], hielt im Bericht vom 14. Februar 2008 die folgenden Diagnosen fest (IV-Nr. 38 S. 23 f.):

1. Posttraumatische chronische Knieschmerzen links antero-medial mit/bei

-Status nach Sturz am 8. Juli 2006

-Status nach arthroskopischer Teilmeniskektomie medial links 5. September 2006

-Aktuell klinisch Verdacht auf VKB-Insuffizienz

2. Alopecia unklarer Ätiologie

3. Menopause mit Wallungen-Episoden

Dr. med. Z.\_\_\_\_ habe keine sichere Erklärung für die geschilderten Beschwerden. Obwohl die MR-Bilder vom linken Knie vom 23. März 2007 (recte: 27. März 2007; vgl. E. II. 6.6 hiervor) effektiv keine sicheren Hinweise einer VKB-Ruptur zeigten, sei das linke Knie klinisch instabil nach anterior. Inwieweit diese Instabilität für diese Schmerzen verantwortlich sei, könne nicht sicher beurteilt werden. Er habe der Beschwerdeführerin vorgeschlagen, bei Dr. med. AA.\_\_\_\_, Spezialist für Orthopädische Chirurgie und Sportmedizin, eine Zweitmeinung einzuholen.

6.12 Im Bericht vom 19. März 2008 (IV-Nr. 38 S. 20 f.) stellte Dr. med. AA.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin SGSM, [...], aufgrund der gleichentags erfolgten Untersuchung folgende Diagnosen:

Vordere Kreuzbandinsuffizienz links

-Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie September 2006

-Beginnende Varusgonarthrose

Beim Röntgen des linken Knies ap stehend und seitlich vom 19. März 2008 sei eine leichte Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes, etwas vermehrte subcondrale Sklerosierung und ein positives Rauber-Zeichen festgestellt worden. Die MRI-Untersuchung vom Frühjahr 2007 habe retrospektiv ganz eindeutig auch eine Pathologie im vorderen Kreuzband mit deutlicher Strukturalteration im proximalen Anteil, d.h. auch nicht korrekter Inzercion, gezeigt. Dr. med. AA.\_\_\_\_ könne sich der Beurteilung von Dr. med. Z.\_\_\_\_ nur anschliessen, dass hier eine vordere Insuffizienz bestehe. Inwieweit die Beschwerden davon abhängig damit begründet seien, oder ob die beginnende Arthrose, gegebenenfalls Restmeniscus, die Schmerzen verursachten, sei schwierig einzustufen. Dr. med. AA.\_\_\_\_ habe mit der Beschwerdeführerin und der begleitenden Tochter die Situation heute eingehend besprochen: Seiner Meinung nach sei der Jahrgang hier sicher keine

Kontraindikation für eine kniestabilisierende Operation, eine aber bereits doch vorhandene Arthrose könnte eine Kontraindikation sein. Da die Beschwerdeführerin schon etwa 50 Sitzungen Physiotherapie gehabt habe, sei nicht damit zu rechnen, dass man das Knie aktiv noch stabiler bringe, so dass ernsthaft über die operative Stabilisation nachgedacht werden müsse. Er habe nun den Vorschlag gemacht, noch einmal eine Kniearthroskopie durchzuführen. Einerseits zum Aufräumen im Knie, andererseits zu einer klaren Bestandesaufnahme. Wenn danach keine Veränderung der Situation bestehe und die degenerativen Schäden im medialen Kompartiment noch nicht allzu gross seien, würde man eine Kreuzbandersatzplastik planen.

6.13 Im Austrittsbericht vom 24. April 2008 (IV-Nr. 38 S. 13 f.) der Chirurgischen Klinik, [...], wurden betreffend die Hospitalisation vom 23. bis 24. April 2008 folgende Diagnosen gestellt:

-Abszess Oberschenkel links

-Verdacht auf Ruptur vorderes Kreuzband, DD Meniskusläsion Knie links bei

-Status nach medialer Teilmeniskektomie Knie links September 2006

Am 23. April 2008 sei eine Abszessexzision erfolgt (vgl. IV-Nr. 38 S. 19). Beim Eintritt der Beschwerdeführerin zur Kniearthroskopie auf die Orthopädie sei der Befund eines Abszesses am medialen Oberschenkel links festgestellt worden. Es sei auf eine Arthroskopie verzichtet und stattdessen eine Abszessexzision durchgeführt worden. Nach komplikationslosem peri- und postoperativem Verlauf habe die Beschwerdeführerin bereits am Folgetag mit reizlosen Wundverhältnissen nach Hause entlassen werden können. Es sei ein täglicher Verbandswechsel vorzunehmen. Die Wundkontrolle erfolge in drei bis vier Tagen. Eine Arbeitsunfähigkeit sei vom 24. April bis 4. Mai 2008 attestiert worden.

6.14 Im Austrittsbericht vom 6. Mai 2008 (IV-Nr. 38 S. 12) stellten Dr. med. AA.\_\_\_\_, Belegarzt, und Dr. med. AB.\_\_\_\_, Assistenzarzt, Orthopädische Klinik, [...], aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 22. bis 23. April 2008 folgende Diagnosen:

-Verdacht auf Ruptur vorderes Kreuzband, DD Meniskusläsion Knie links

-Status nach medialer Teilmeniskektomie Knie links September 2006

-Abszedierende Entzündung Oberschenkel-Innenseite dorsal links

Nach dem obengenannten Eingriff am Knie sei die Beschwerdeführerin offenbar nie beschwerdefrei gewesen. Es bestünden Schmerzen anteromedial, belastungsabhängig sowie eine subjektive Instabilität und gelegentliche Schwellungen. Die Befunde seien: hinkfreier Gang, Geradachse, kein Erguss, keine Instabilität lateral, deutliche sagittale Instabilität, Lachman-Test ++. Bei abszedierender Läsion am linken Oberschenkel sei nach einer Beurteilung durch die Kollegen der Chirurgie die Übernahme zur weiteren Therapie erfolgt.

6.15 Dr. med. AA.\_\_\_\_ hielt im «Operationsbericht Orthopädie» vom 22. August 2008 (IV-Nr. 38 S. 11) die Diagnose «mediale Restmeniskusläsion, beginnende Varusgonarthrose bei vorderer Kreuzbandinsuffizienz links» fest. Es sei am 20. August 2008 eine Kniearthroskopie links durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin habe im September 2006 eine arthroskopische mediale Teilmeniskektomie gehabt. Danach sei sie beschwerdefrei gewesen. Nun hätten anteromediale Knieschmerzen begonnen und offenbar auch ein Unsicherheitsgefühl. Klinisch zeige sie eine eindeutige vordere Instabilität, radiologisch einen etwas verschmälerten medialen Gelenkspalt. Ab dem Operationstag

könne eine Remobilisierung mit Vollbelastung erfolgen. Die Nahtentfernung erfolge nach zehn Tagen beim Hausarzt, die Spätkontrolle beim Operateur nach vier Wochen. Falls keine weitere Benachrichtigung erfolge, gelte der Operationsbericht als Austrittsbericht.

6.16 Dr. med. AA. \_\_\_ führte im Bericht vom 17. September 2008 (IV-Nr. 38 S. 9 f.) folgende Diagnosen auf:

Status vier Wochen nach arthroskopischer Restmeniscusresektion bei beginnender Varusarthrose, vorderer Kreuzbandinsuffizienz und Restlappen medialer Meniscus nach arthroskopischer Entfernung 2006

Die Beschwerdeführerin habe noch Restbeschwerden. Die Physiotherapie habe ihr dabei offenbar nach der Operation nicht geholfen. Sie beschreibe Schwellungen nach Belastung und Schmerzen hauptsächlich anteromedial. Dort sei aktuell das Arthroskopieportal massiv druckschmerzhaft. Das anterolaterale sei auch etwas empfindlich. Man finde aber keine klassischen Meniscuszeichen mehr und anlässlich der heutigen Kontrolle nur einen diskreten Resterguss. Eine bekannte sagittale Instabilität liege vor. Er habe der Beschwerdeführerin heute das Arthroskopieportal und den umgebenden Hoffafettkörper mit Kenacort infiltriert in der Hoffnung, damit diese Reizung und vielleicht auch die Hauptschmerzursache wegzubringen. Daneben Beginn mit chondroprotektiver Medikation, die als Langzeitbehandlung weitergeführt werden sollte. Ein Problem sei bei ihr sicherlich die vordere Kreuzbandinsuffizienz, da sich diese doch beim Treppensteigen bemerkbar machen könnte. Die Beschwerdeführerin sei aber in seinen Augen für eine operative Behandlung des Kreuzbandes sicherlich nicht geeignet. Daher müssten sämtliche konservativen Therapiemassnahmen ausgeschöpft werden. Gegebenenfalls könne der Hausarzt auch noch einen Versuch mit einer Kniestütze machen, die man ihr verordnen könnte, wenn sich die Situation jetzt nicht bessere.

6.17 Dr. med. AA. \_\_\_ stellte im Bericht vom 5. Mai 2009 (IV-Nr. 38 S. 7 f.) die folgenden Diagnosen:

-Mediale Meniscusläsion rechts

-Bekannte belastungsabhängige Kniegelenksbeschwerden links bei vorderer Kreuzbandinsuffizienz, beginnender Varusgonarthrose und zweimaliger arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie

Vom linken Knie her sei die Beschwerdeführerin nie beschwerdefrei geworden. In letzter Zeit sei sie vermehrt gestört durch das rechte Knie mit kurzzeitigen Blockierungen und exquisiten medialen belastungsabhängigen Schmerzen. Klinisch zeige sie hier fragliche mediale Meniscuszeichen bei aktuell ergussfreiem Knie und unauffälliger Kapselbandstabilität sowie Beweglichkeit. Aufgrund der am 27. April 2009 durchgeführten Röntgenaufnahmen des rechten Knies ap stehend und seitlich sei eine diskret vermehrte subchondrale Sklerosierung medial festgestellt worden. Sonst keine ossäre oder artikuläre Auffälligkeit. Das MRI vom 28. April 2009 zeige eine undislozierte Läsion des medialen Meniscus im Hinterhornbereich, es seien keine wesentlichen Veränderungen im Bereiche des Knorpels nachweisbar. Dr. med. AA. \_\_\_ habe der Beschwerdeführerin dargelegt, dass sie hier eine Läsion des Meniscus habe. Dieses Mal glücklicherweise ohne Begleitverletzungen. Im Moment möchte sie eher zuwarten und keine operative Behandlung durchführen lassen. Er nehme an, dies habe etwas mit ihrer Stelle zu tun. Sie seien aber nicht weiter darauf eingegangen. Dies sei sicherlich verantwortbar. Er habe ihr

empfohlen, auf jeden Fall die chondroprotektive Medikation als Langzeitbehandlung weiterzuführen und zwar nicht nur mit Condrosulf, sondern gleichzeitig auch mit einem Aminoglykosid, da sich gezeigt habe, dass die Kombination der beiden Knorpelsubstanzen eine bessere Wirkung zeige als nur die Monotherapie. Sie seien so verblieben, dass sich die Beschwerdeführerin jederzeit melden könne, wenn die Beschwerden sie dermassen beeinträchtigen würden, dass der Leidensdruck die anderen Überlegungen überwiege und sie dann auch rechts eine Kniearthroskopie durchführen möchte.

6.18 In der von der AC.\_\_\_\_, [...], im Auftrag des Unfallversicherers am 30. März 2010 erstellten «medizinischen Beurteilung» (IV-Nr. 40.3) wurden folgende Hauptdiagnosen gestellt:

Chronische Gonalgie links mit mässiger Instabilität

-Status nach arthroskopischer Teilmenisektomie medial links am 5. September 2006 bei vorbestehender Kreuzbandläsion

-Status nach intraartikulärer Infiltration am linken Knie mit Kenacort und Bupivacain am 3. September 2007

-Status nach Kniearthroskopie links mit Teilresektion des medialen Meniskus am 20. August 2008 mit Diagnose eines rupturierten vorderen Kreuzbandes

-Status nach Distorsion des linken Knies am 8. Juli 2006

Als Nebendiagnose wurde eine «vorbestehende vordere Kreuzbandruptur links (Krankheitswert)» ausgewiesen. Die Belastbarkeit des linken Knies sei leicht eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin gebe noch immer Schmerzen am linken Knie an, vor allem beim Gehen, auf der Schmerzskala VAS (Visuelle Analog-Skala) gebe sie den Schmerz in einer Intensität von 6 - 7 an. Sie habe Schmerzen beim Gehen und Treppensteigen, nehme immer noch Schmerzmittel und Dafalgan und mache keine Physiotherapie. Zurzeit arbeite sie nach ihrer Entlassung als Näherin und Raumpflegerin nicht. Objektiv feststellbar sei eine chronische Gonalgie auf der Basis einer leichten Varusgonarthrose und der Basis einer mässigen Instabilität nach vorderer Kreuzbandruptur links und Status nach zweimaliger Teilmenisektomie medial links. Es bestünden keine Schonungszeichen. Die Beugefähigkeit sei eingeschränkt. Die Beugung rechts bis 100 °, verglichen mit 150 °. Die Beschwerdeführerin brauche wahrscheinlich auch in Zukunft gelegentlich Schmerzmittel für das linke Knie. Mit diesem Knie wäre die Beschwerdeführerin heute sowohl als Näherin als auch als Raumpflegerin nach wie vor 100 % arbeitsfähig.

6.19 Im Arztbericht für Erwachsene vom 10. April 2010 (IV-Nr. 38 S. 1 ff.) führte der die Beschwerdeführerin seit September 2003 behandelnde Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, [...], folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

-Belastungsabhängige Kniegelenksbeschwerden links bei vorderer Kreuzbandinsuffizienz, Varusgonarthrose und Status nach zweimaliger KAS [Knie-Arthroskopie] und mediale Teilmenisektomie sowie diverse Kniegelenksinfiltrationen

-Belastungsabhängige Kniegelenksbeschwerden rechts bei medialer Meniskusläsion rechts

-Thorakospondylogenes Syndrom bei Skoliose und Hyperkyphosierung der BWS

Seit dem Unfall vom 8. Juli 2006 hätten unterschiedliche Arbeitsunfähigkeiten von 0 bis 100 % betragen, zwischenzeitlich 50 %. Seit der Operation vom 20. August 2008 bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Für stehende Arbeiten oder andere kniegelenksbelastende Tätigkeiten bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand sei stationär bis sich verschlechternd, passend zur Progredienz der Gonarthrose links. Für die rechte Seite könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es sei eine KAS rechts empfohlen worden, die Beschwerdeführerin wolle bei gemachten Erfahrungen betreffend das linke Knie das rechte vorerst nicht operieren lassen. Bezüglich das linke Knie sei gemäss dem Orthopäden aktuell keine gute Therapiemöglichkeit vorhanden (gegebenenfalls Teilprothese oder Totalprothese?). Die Beschwerdeführerin benötige für Reinigungsarbeiten zu Hause Hilfe. Die Frage nach ergänzenden medizinischen Abklärungen könne aus hausärztlicher Sicht nicht abschliessend beantwortet werden. Die Beschwerdeführerin sei im [...] sowie bei freischaffenden Spezialisten in Behandlung. Eine gute und valide Therapie-Empfehlung sei nach breiter und wiederholter Beurteilung des Kniegelenkes nicht abgegeben worden (S. 5). Nach längerer Ruhepause bestünden beim Anlaufen Schmerzen sowie nach kniebelastenden Aktivitäten. Es seien folgende Befunde erhoben worden: diskreter Reizerguss, Schmerzen in der Endphase der Flexion/Extension bei freier Flexion/Extension, Druckdolenz vor allem medialeits der Kniegelenke, diskretes Schonhinken und Rotationsschmerz beidseits (S. 6). Unter dem Titel «Therapeutische Massnahmen/Prognosen» führte Dr. med. B.\_\_\_\_ auf: «Instruktion für muskelaufbauende Massnahmen, Schmerzmittel nach Bedarf. Operation rechts, falls Patientin es sich anders überlegt. Die Prognose links bei fortschreitender Gonarthrose sei schlecht.».

6.20 Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, Vertrauensarzt SGV, Psychosomatische Medizin APPM, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. November 2010 (IV-Nr. 43) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest:

- Gonarthrose links bei vorderer Kreuzbandinsuffizienz
- Status nach medialer Menishektomie rechts
- Thorakospondylogenes Syndrom

Im Arztbericht von Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 10. April 2010 (vgl. E. II. 6.19 hiervor) werde seit der Knieoperation vom 20. August 2008 (Kniearthroskopie links) eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für stehende und andere kniegelenksbelastende Arbeiten attestiert; zu Verweistätigkeiten werde nicht Stellung genommen. Dem IV-Bericht würden orthopädische und rheumatologische Berichte aus der Zeit vom 14. Juni 1999 bis 5. Mai 2009 beigelegt, die sich nicht zum aktuellen Gesundheitszustand und zur Frage der definitiven Arbeitsfähigkeit äusserten. Die Einschätzung des Hausarztes sei unvollständig und nicht durch aktuelle spezialärztliche Berichte belegt. Ein Gutachten der AC.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 (vgl. E. II. 6.18 hiervor) vertrete die Meinung, die Beschwerdeführerin wäre in der bisherigen Tätigkeit als Näherin und Raumpflegerin 100 % arbeitsfähig. Die beiden vorliegenden Beurteilungen widersprächen sich diametral; eine orthopädische Beurteilung am RAD sei unumgänglich. Sowohl die Frage betreffend die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in den angestammten Tätigkeiten als Raumpflegerin und Näherin als auch in einer Verweistätigkeit könnten nicht definitiv beantwortet werden. Es werde eine orthopädische Beurteilung am RAD empfohlen.

6.21 Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, RAD, hielt im «ärztlichen Bericht» vom 22. November 2010 (IV-Nr. 46) fest, es könne nicht auf das Gutachten der AC.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 abgestellt werden. Dieses sei unvollständig, es sei nicht berücksichtigt worden, dass auch im rechten Knie eine mediale Meniscusläsion bestehe, dies gemäss Arztbericht von Dr. med. AA.\_\_\_\_ an den Hausarzt Dr. med. B.\_\_\_\_ vom 5. Mai 2009 (vgl. E. II. 6.17 hiervor). Die Läsion sei im MRI vom 28. April 2009 verifiziert worden, ein wesentlicher Knorpelschaden habe ausgeschlossen werden können. Ebenfalls nicht erwähnt werde die Abszessinzigion am linken Oberschenkel vom 23. April 2008. Anlässlich der körperlichen Untersuchung am 3. November 2009 sei das rechte Knie frei beweglich, der Lachman-Test sei + bis ++ positiv (links ++ bis +++), keine Dokumentation ob rechts/links die Meniscuszeichen untersucht worden seien (S. 1).

Bei der Beschwerdeführerin bestehe objektiv eine beginnende Varusgonarthrose links bei Status nach zweimaliger Teilmeniskektomie medial 2006 und 2008. Seit Mai 2009 nachgewiesene Meniskusläsion medial rechts. Entsprechend sei ein bleibender Gesundheitsschaden ausgewiesen. Prognostisch müsse mit einer Verschlechterung gerechnet werden. Klinisch ergebe sich ein Verdacht auf eine femoro-patelläre Hyperpressions-Symptomatik, die sich aber nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, könnte sie doch durch medizinische Massnahmen (Dehnungsprogramm zuhanden des M. quadrizeps) behandelt werden. Aufgrund der beidseitigen Kniegelenksproblematik bestünden Einschränkungen in der Arbeitsfähigkeit. Wie vom Hausarzt attestiert, könnten der Beschwerdeführerin rein stehende und das Knie belastende Tätigkeiten nicht mehr zugemutet werden. Entsprechend sei die bisherige Tätigkeit als «Raumpflegerin» nur noch bedingt resp. mit Einschränkungen zumutbar. Die bisherige Tätigkeit als «Näherin» resp. Schneiderin könne in einem ganzen Pensum ohne Leistungsminderung zugemutet werden. Eine Verweistätigkeit, vorwiegend im Sitzen mit der Möglichkeit zu gelegentlichem Positionswechsel und/oder kurzen Gehstrecken auf ebener Unterlage, ohne Treppengehen, ohne Arbeiten in der Hocke oder kniend, könne der Beschwerdeführerin in einem vollen Pensum à 8,4 Stunden und ohne Leistungsminderung zugemutet werden (S. 4). Therapeutisch könnte eine Optimierung der Schmerzmedikation erfolgen (NSAR statt Dafalgan); links ein Dehnungsprogramm zuhanden des M. quadrizeps unter physiotherapeutischer Anleitung. Linkes Knie: nochmaliges arthroskopisches Gelenksdébridement mit gegebenenfalls Microfracturing und/oder valgusierender Tibiakopfoosteotomie oder Einsetzen einer unikondylären Knieprothese resp. Knie-Totalprothese. Rechtes Knie: Kniearthroskopie und Teilmeniskektomie medial.

Die gezeigte Leistung in einer sitzenden Tätigkeit anlässlich der Integrationsmassnahme in der [...] lasse sich medizinisch nicht begründen. Die gezeigten Einschränkungen liessen sich aus orthopädischer Sicht nicht nachvollziehen oder mit den bekannten Befunden begründen. Es seien folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gegeben (S. 5):

- Beginnende Varusgonarthrose links bei/mit
- Status nach Teilmeniskektomie medial 2006/2008
- CM Grad I bis II mediales Tibiaplateau (gemäss KAS-Bericht 20. August 2008)
- Verdacht auf femoro-patelläre Hyperpressions-Symptomatik
- Degenerative mediale Meniskusläsion rechts

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

-Adipositas (157 cm, 65 kg; BMI 26.4)

-Intermittierendes thorako-spondylogenes Syndrom bei Skoliose und Hyperkyphose thorakal

Die verminderte Belastbarkeit der Knie beidseits sei eine funktionelle Einschränkung. Betreffend die Ressourcen sei nichts bekannt.

6.22 Im «ärztlichen Bericht» vom 5. Mai 2011 (IV-Nr. 55) nahm Dr. med. E.\_\_\_\_, RAD, zur Einwandbegründung der Beschwerdeführerin vom 31. März 2011 Stellung. Er führte zusammenfassend aus, aus dem Einwand ergäben sich keine relevanten, neuen medizinischen Aspekte, so dass kein Anlass resultiere, auf den Vorbescheid zurückzukommen. Bei einem gut dokumentierten medizinischen Sachverhalt seien auch weitere Abklärungen nicht angezeigt. Es werde auch noch einmal darauf hingewiesen, dass sich die beklagten Beschwerden durch medizinische Massnahmen behandeln liessen:

-Bezüglich der allgemeinen Schmerzproblematik erfolge aktuell nur eine Schmerzmedikation «bei Bedarf» mit einem nicht sehr potenten Analgetikum (Dafalgan = Paracetamolpräparat), das ausserdem nicht geeignet sei, die entzündliche Komponente bei arthrotischen Veränderungen zu behandeln. Es könne der Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet werden, dass eine adäquate antalgische Behandlung etabliert werde.

-Bezüglich des rechten Knies sei eine mediale Meniskusläsion dokumentiert, die Beschwerdeführerin habe sich bis anhin geweigert, die Läsion adäquat behandeln zu lassen; durch eine arthroskopische Teilmenisektomie könnte das Problem definitiv und minimal invasiv behandelt werden. Dieser Eingriff sei Routine und könne der Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet werden.

-Bezüglich des linken Knies sei eine beginnende mediale Gonarthrose dokumentiert; durch ein arthroskopisches Gelenksdébridement gegebenenfalls mit Shaving der Knorpelläsion respektive einem lokalen «Micro-Fracturing» könne das Problem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit behandelt werden. Bei einer grösseren Knorpelläsion könne durch eine valgisierende Tibiakopf-Osteotomie respektive eine mediale Gelenksteilprothese das Problem mit überwiegender Wahrscheinlichkeit behandelt werden. Sämtliche Eingriffe seien in der Schweiz Routine und könnten der Beschwerdeführerin im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet werden.

In Bezug auf das Zumutbarkeitsprofil verwies Dr. med. E.\_\_\_\_ auf seinen Bericht vom 22. November 2010 (vgl. E. II. 6.21 hiervor). Es könne am Vorbescheid vom 4. Februar 2011 festgehalten werden. Gegebenenfalls sei die Beschwerdeführerin aufzufordern, sich im Rahmen der Schadenminderungspflicht adäquat behandeln zu lassen.

6.23 In dem auf den vorliegenden Akten basierenden «Abklärungsbericht Haushalt/Stellungnahme zum Einwand vom 31. März 2011» (IV-Nr. 62) vom 2. August 2011 hielt die Abklärungsfachfrau fest, die Beschwerdeführerin würde heute ohne Behinderung eine Erwerbstätigkeit ausüben. Nach der Einreise des Ehemannes in die Schweiz im September 1987 sei sie im August 1992 von Ex-Jugoslawien in die Schweiz gekommen. Sie habe als Angestellte seit 2001 zu 80 % in einem Alters- und Pflegeheim gearbeitet und im Nebenjob als Näherin zu knapp 20 %. Ohne gesundheitliche Einschränkungen hätte sie mit allergrösster Wahrscheinlichkeit weiterhin 100 % gearbeitet. Der letzte effektive Arbeitstag sei der 18. August 2008 gewesen, nach dem Unfall im Juni

2006. Die Beschwerdeführerin habe insgesamt 96.6 % gearbeitet, nehme man die Tätigkeit als Näherin hinzu zum Job, den sie im Alters- und Pflegeheim zu 80 % ausgeübt habe. Es ergebe sich ein IV-Grad von gerundet 14 %. Die Einschränkungen im Haushalt seien nicht relevant, da von einem 100 %-Arbeitspensum ausgegangen werde. Zu den Einwänden betreffend die medizinische Situation habe der RAD mit Stellungnahme vom 5. Mai 2011 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) klar ausgesagt, dass eine angepasste Tätigkeit im ganztägigen Pensum ohne Leistungsverminderung zugemutet werden könne. Aus diesem Grund werde beim Invalideneinkommen auf einen Tabellenlohn abgestellt. Es sei ein neuer Vorbescheid zu erlassen. Das Gesuch um eine IV-Rente sei abzulehnen, da der IV-Grad 14 % betrage und damit die 40 % Grenze nicht erreiche.

6.24 Im ärztlichen Zeugnis vom 20. März 2012 (IV-Nr. 65 S. 2) bestätigten die Ärzte des G.\_\_\_\_, [...], dass sich die Beschwerdeführerin seit 11. April 2011 in fachärztlicher Behandlung befinde. Es fänden eine supportive Einzelpsychotherapie in der Muttersprache sowie eine Behandlung mit Psychopharmaka statt. Flankierend seien zudem eine verhaltenstherapeutisch orientierte delegierte Psychotherapie etabliert worden. Aus rein psychiatrischer Sicht sei sie mindestens zu 50 % arbeitsunfähig.

6.25 Dr. med. AD.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. AE.\_\_\_\_, Assistenzärztin Psychiatrie, G.\_\_\_\_, [...], stellten im Arztbericht vom 5. Dezember 2012 (IV-Nr. 66) die folgende Diagnose:

Mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.11), bestehend zumindest seit Behandlungsaufnahme

Der Gesundheitszustand der sich seit 14. April 2011 (recte: 11. April 2011) bis auf weiteres in der Behandlung im G.\_\_\_\_ befindlichen Beschwerdeführerin sei stationär. Die Beschwerdeführerin sei wach, zugewandt, bewusstseinsklar und allseits orientiert. Das Kurzzeitgedächtnis und die Konzentrationsfähigkeit erwiesen sich als vermindert, das formale Denken zeige sich um die gesundheitliche aktuelle wie auch künftige Lage grübelnd, auf diese Thematik eingengt, ansonsten kohärent. Gegenwärtig bestünden keine Befürchtungen oder Zwänge, Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Der Affekt zeige sich leicht abgeflacht, die Stimmung depressiv, hoffnungslos. Des Weiteren bestünden Affektinkontinenz, Freud- und Interesselosigkeit, Gereiztheit, Insuffizienzgefühle, sowie innere Unruhe. Der Antrieb sei vermindert. Auf somatischer Ebene bestünden Ein- und Durchschlafstörungen, Kopf- und Rückenschmerzen sowie Knieschmerzen, Müdigkeit und erhöhte Erschöpfbarkeit, Libidoverlust. Lebensüberdrussgefühle würden geäußert, wobei sie sich gegenwärtig von suizidalen Absichten distanzieren könne. Es bestehe keine Fremdgefährdung. Es seien umfangreiche spezialärztliche Untersuchungen seitens des langjährigen Hausarztes veranlasst worden.

6.26 In dem durch den Unfallversicherer beim F.\_\_\_\_ in Auftrag gegebenen Gutachten vom 21. Februar 2012 wurden folgende Diagnosen ausgewiesen (IV-Nr. 67 S. 2 ff.):

-Chronisches Schmerzsyndrom linkes Knie

-Status nach Distorsion linkes Knie (8. Juli 2006)

-Status nach medialer Meniskusläsion und vorderer Kreuzbandläsion (Unfalltag 8. Juli 2006)

-Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie (5. September 2006)

- Status nach erneuter Arthroskopie linkes Knie mit medialer Teilmeniskektomie (20. August 2008)
- persistierende mässige anteromediale Instabilität
- initiale varusbetonte Gonarthrose und Patellachondromalazie
- Chronisches Schmerzsyndrom rechtes Knie
- Status nach arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie (30. September 2010)
- Verdacht auf residuellen medialen Meniskusschaden mit intermittierenden Kniegelenksblockierungen
- Patellachondropathie oder gar Chondromalazie
- Thorakolumbales Schmerzsyndrom
- Beidseitige Metatarsalgien bei Spreizfuss
- Beginnender Hallux rigidus links
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41
- Probleme in der Beziehung zum Ehepartner ICD-10 Z63.0

Zusammenfassend lasse sich rein unfallbedingt die Bandinstabilität am linken Knie sowie die beginnende varusbetonte Gonarthrose festhalten. Das Ausmass und die Instabilität der beklagten Beschwerden liessen sich aber mit diesen Befunden alleine nicht erklären, eine psychogene Überlagerung im Sinne einer Schmerzfehlerverarbeitung sei zusätzlich anzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Bei der vor dem Unfall psychisch unauffälligen Beschwerdeführerin seien nach dem Unfall keine Symptome aufgetreten, die einer Anpassungsstörung entsprächen. Mit Verzug, das heisse nach 2008, habe sich ein chronischer Ehekonflikt entwickelt, nachdem die Beschwerdeführerin ihre Stelle verloren habe, als Folge der Beschwerden, der Insomnie und der Arbeitslosigkeit. Die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gründe darauf, dass im Vordergrund des klinischen Bildes seit mindestens sechs Monaten Schmerzen bestünden, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung hätten. Psychischen Faktoren müsse eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen werden, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Es habe sich ein Teufelskreis etabliert von Schmerzen, Insomnie und chronischem Ehekonflikt, wobei die Beschwerdeführerin in der Untersuchung innerlich erstarrt wirke, was einer Abwehrhaltung gegen eine Depression entspreche (S. 40).

Am 15. September 2003 habe die Beschwerdeführerin beim Hausarzt über linksseitige medial betonte Kniegelenkschmerzen ohne Trauma geklagt. Unter konservativer Therapie sei sie rasch beschwerdefrei geworden. Anlässlich der Kontrolle vom 24. November 2003 sei die Behandlung bei unauffälligem Lokalbefund abgeschlossen worden. Von November 2003 bis Juli 2006 sei sie bezüglich des linken Knies beschwerdefrei gewesen (S. 41). Aufgrund der Angaben des Hausarztes lasse sich keine Diagnose ableiten, ebenso kein relevanter Vorzustand. Wegen der Instabilität des Kniegelenkes aufgrund der Bandinsuffizienz seien nicht sämtliche kniebelastende Tätigkeiten möglich, besonders das Besteigen von Leitern, Gerüsten und das repetitive Besteigen von Treppen seien mit Schmerzen verbunden. Solche Tätigkeiten seien aber in einer Reinigungstätigkeit oft

notwendig, so dass zusammenfassend für die Tätigkeit als Reinigungsangestellte von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Die Beschwerdeführerin sollte immer mit einer Orthese arbeiten, circa 5,5 Stunden pro Tag. Als Näherin und auch in anderen, angepassten Tätigkeiten sei sie vollschichtig arbeitsfähig (S. 42). Es sei nicht mit einer Anpassung, eher mit einer Zunahme der Gonarthrose zu rechnen. Es sei nicht davon auszugehen, dass sich mit einer Wiederaufnahme der physiotherapeutischen Behandlung, welche die Beschwerdeführerin bis anhin mit zahlreichen Sitzungen absolviert habe, die Situation namhaft verbessern würde. Als zweckmässigste Massnahme sei das Tragen einer Schiene, bzw. Bandage am Kniegelenk zur Stabilisierung zu empfehlen. Die Arbeitsfähigkeit sei für adaptierte Tätigkeiten ohnehin vollschichtig erhalten. Eine dauernde ärztliche Behandlung und Pflege sei nicht notwendig, gelegentliche physiotherapeutische Massnahmen zur Stärkung des Bandapparates könnten empfohlen werden, sowie das Tragen einer stabilisierenden Orthese (S. 43).

Der Psychiater Dr. med. AF. \_\_\_ hielt fest, die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Bei der vor dem Unfall psychisch unauffälligen Beschwerdeführerin seien nach dem Unfall Schmerzen und mit Verzug 2008 ein Ehekonflikt als Folge der Beschwerden, der Insomnie und der Arbeitslosigkeit aufgetreten (S. 44). Die Diagnose gründe darauf, dass im Vordergrund des klinischen Bildes seit mindestens sechs Monaten Schmerzen bestünden, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung hätten, wobei psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen würden, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Es habe sich ein Teufelskreis etabliert von Schmerzen, Insomnie und chronischem Ehekonflikt und einer latenten Depression. Den Unfall selber habe die Beschwerdeführerin mit Schmerzen erlebt; sie habe nicht mehr auf den Beinen stehen können. Besondere psychische Probleme, welche man als Anpassungsstörung einstufen könnte, beschreibe sie nicht. Es sei zu einer Schmerzexazerbation, einer Insomnie und zu Libidoverlust gekommen. Seit circa 2008 bestünden ■ als Folge der Beschwerden, der Insomnie und der Arbeitslosigkeit ■ ein chronischer Ehekonflikt und eine latente Depression, die sich als innere Erstarrung der Beschwerdeführerin manifestiere. Die Gedächtnisstörung dürfte psychogener Art sein. Es handle sich am ehesten um eine psychogene Störung. Dies entspreche auch der Einschätzung der behandelnden Psychiaterin Dr. med. AE. \_\_\_. Es sei in der Untersuchung jedoch nicht mit Sicherheit klar geworden, ob die Störung der mnestischen Funktion allenfalls doch hirnergisch bedingt sei (S. 45), so dass eine solche Störung mittels neuropsychologischer Untersuchung differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden müsste. Im Falle von Organizität könne aber eine unfallbedingte Genese nicht postuliert werden, da es beim Unfall zu keinem Schädel-Hirn-Trauma gekommen sei. Die Beschwerdeführerin habe den Unfall vorwiegend als einen solchen mit somatischen Folgen erlebt. Es bestehe die Möglichkeit, dass die einfache Beschwerdeführerin mit wenig Introspektionsfähigkeit die Unfallfolgen psychisch nicht integrieren können. Auch aus diesem Grund sei eine latente («larvierte») Depression erwogen worden. Für eine Anpassungsstörung liege das Unfallereignis über die in ICD-10 geforderte zeitliche Limitierung von zwei Jahren zurück. Die Beschwerdeführerin schildere sich selber vor dem Unfall als psychisch gesund, fröhlich, kontaktfreudig und sozial integriert. Auch ihre Ehe schildere sie als bis dahin konfliktfrei. Es könne weder eine Aussage über unbewältigte Konflikte noch über in der Persönlichkeit der Beschwerdeführerin begründete strukturelle Defizite gemacht werden (S. 46). Der Ehekonflikt sei ein unfallfremder Faktor, der für das

Fortbestehen der psychischen Beschwerden eine Rolle spielen. Der Unfall und seine Folgen (Schmerzen, Arbeitsverlust, Insomnie) könnten für die Entstehung des Ehekonfliktes und für deren Folgen (larvierte Depression) vermutlich nicht weggedacht werden (S. 47). Ein Status quo ante liege nicht vor. Ob ein Status quo sine vorliege, könne nicht mit genügender Sicherheit beantwortet werden. Es sei denkbar, dass der Ehekonflikt auch unter anderen Bedingungen manifest geworden wäre. Die Prognose sei ungewiss, weil die einfache Beschwerdeführerin über wenig Introspektionsfähigkeit verfüge und weil sie die Unfallfolgen vorwiegend als somatisch bedingt verstehe. Sollte der Ehekonflikt bestehen bleiben, dürfte die Schmerzfehlerverarbeitung ebenfalls chronifizieren. Aktuell bemühe sich eine Psychologin darum, der Beschwerdeführerin bessere Copingstrategien zu vermitteln. Die Therapie dauere noch zu wenig lange, als dass Aussagen über die Aussicht einer Besserung des psychischen Zustandes (und in welchem Zeitraum dies geschehen könnte) gemacht werden könnten (S. 48). Bezüglich der Zumutbarkeit im Rahmen der Arbeitsfähigkeit würden die schmerzbedingten Schlafstörungen (die auch zur Symptomatologie einer larvierten Depression gehörten) die Leistungsfähigkeit bei morgendlichen Leistungsanforderungen beeinträchtigen. Auch aus psychiatrischer Sicht werde von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit als Reinigungsangestellte ausgegangen (5,5 Stunden). Die Beurteilung der AC.\_\_\_\_ vom 30. März 2010 (vgl. E. II. 6.18 hiervor), wonach eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit als Raumpflegerin vorhanden sei, lasse sich aufgrund der unfallbedingten Knieproblematik nicht nachvollziehen. Es sei auch nicht klar, warum der Chirurg die Bandinstabilität als vorbestehend beurteilt habe (S. 50).

6.27 Dr. med. D.\_\_\_\_, RAD, führte in seiner Stellungnahme vom 25. März 2013 aus (IV-Nr. 68), im Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) werde neben dem Knieleiden eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren festgehalten, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit auch in Verweistätigkeiten habe. Diese Störung sei seit spätestens dem Datum des Gutachtens nachgewiesen. Damit liege eine neue Diagnose vor, eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren». Eine umfassende medizinische Begutachtung habe bereits stattgefunden und liege der Beschwerdegegnerin heute vor (Gutachten F.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2012). Eine erneute Begutachtung sei nicht nötig, da keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dieser Beurteilung geltend gemacht werde. Am ablehnenden Entscheid der Beschwerdegegnerin könne nicht festgehalten werden, da seit dem Datum der Begutachtung im F.\_\_\_\_ eine neue psychiatrische Diagnosenachgewiesen sei, welche berücksichtigt werden müsse.

6.28 Dr. med. AD.\_\_\_\_ und Dr. med. AE.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, [...], stellten in ihrem Bericht vom 27. Februar 2014 (IV-Nr. 76 S. 10 ff.) folgende Diagnosen:

- Nichtorganische Insomnie in Verbindung mit einer anhaltenden depressiven Störung
- Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F51.0, F32.8, F45.41)

Die Beschwerdeführerin sei aus psychiatrischer Sicht in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt und vermindert belastbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 %. In einer ideal leidensadaptierten Tätigkeit würden die Arbeitsfähigkeit und die Arbeitsunfähigkeit je 50 % betragen. Gemäss psychiatrischem Gutachter des F.\_\_\_\_ habe zum Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung ein Hinweis auf eine «latente Depression» bestanden. Die bisherigen Erfahrungen mit der

Beschwerdeführerin, Explorationen sowie testpsychologische Untersuchungen zeigten, dass bei ihr komorbid zur chronischen Schmerzstörung eine nicht organische Insomnie in Verbindung mit einer anhaltenden depressiven Störung bestehe. Dies zeige sich durch eine zunehmende Chronifizierung der depressiven Symptomatik (S. 11). Seit der Erstellung des F.\_\_\_\_ Gutachtens vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) habe sich der Gesundheitszustand dahingehend verschlechtert, dass eine zunehmende Chronifizierung der depressiven Symptomatik bestehe, welche sich durch einen abgeflachten Affekt, Freud- und Interessenlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Antriebsmangel, Konzentrationsstörungen, Lebensüberdruß, Schlafstörungen, Schuld- und Insuffizienzgefühle, erhöhte Erschöpfbarkeit sowie zunehmenden sozialen Rückzug auszeichne (S. 12).

6.29 In der Stellungnahme vom 25. Juni 2014 (IV-Nr. 79) zu den medizinischen Einwänden vom 3. März 2014 hielt Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Allgemeine Medizin, RAD, fest, laut der Röntgenaufnahme des linken Kniegelenkes in zwei Ebenen vom 21. Dezember 2011 zeige sich eine diskrete Verschmälerung des medialen Gelenkspaltes mit diskret osteophytären Ausziehungen. Der Untersuchungsbefund des linken Kniegelenkes durch den orthopädischen Gutachter des F.\_\_\_\_ habe bis auf eine vermehrte Druckdolenz am medialen Gelenkspalt und der patellaren Gelenkfazette sowie einer mässigen anteromedialen Instabilität keine Auffälligkeiten gezeigt. Es handle sich somit um eine beginnende Gonarthrose mit mässiger anteromedialer Instabilität. Die genannten Veränderungen hätten im Rahmen einer angepassten, überwiegend sitzenden Tätigkeit keinerlei Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Vermehrte Schmerzen im Rahmen der Verweistätigkeit seien medizinisch nicht nachvollziehbar. Im psychiatrischen Gutachten des F.\_\_\_\_ (Dr. med. AF.\_\_\_\_) würden keine ausreichenden Hinweise für eine «anhaltende verselbständigte Depression mindestens mittelgradiger Ausprägung» geschildert, wie dies der Vertreter der Beschwerdeführerin behauptete. Beim fehlenden Augenkontakt der Beschwerdeführerin könne es sich um Schüchternheit gehandelt haben, oder die Beschwerdeführerin habe ein kulturell bedingtes Verhalten gezeigt: Im Kosovo überwiege die Glaubensrichtung des Islam. Für eine Muslima zieme es sich absolut nicht, einem fremden Mann in die Augen zu schauen. Auch die mangelnde Zugänglichkeit könne mit diesen kulturellen Normen zusammenhängen. Dr. med. AF.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin als konzentriert beschrieben. Sie wirke zwar erschöpft, jedoch nicht niedergestimmt. Im Arztbericht der Psychiaterin Dr. med. AE.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.28 hiervor) würden Symptome einer mittelgradigen Depression geschildert, die auf eine Befundverschlechterung hinweisen könnten. Zur Abklärung der aktuellen psychiatrischen Situation der Beschwerdeführerin empfehle Dr. med. H.\_\_\_\_ die Durchführung eines monodisziplinären psychiatrischen Gutachtens. Danach sollten die Fragen, ob und seit wann eine ausgewiesene medizinische Verschlechterung bestehe, ob am Vorbescheid vom 28. November 2013 aus medizinischer Sicht festgehalten werden könne und, ob weitere medizinische Abklärungen notwendig seien, erneut gestellt werden.

6.30 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, [...], hielt in seinem Gutachten vom 23. September 2014 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 86):

-Chronisches Schmerzsyndrom bei Status nach Knieverletzung 2006. Von somatischer Seite habe die Schmerzsymptomatik nicht oder nicht vollständig erklärt werden können. Aus psychiatrischer Sicht lasse sich eine anhaltende, somatoforme Schmerzstörung mit somatischem Kern und psychischen Komponenten beschreiben (ICD-10 F45.41).

-Depressive Entwicklung mit Aufnahme einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung im April 2011, gegenwärtig leichtes bis knapp mittelgradiges depressives Syndrom mit Morgentief (ICD-10 F32.11). DD atypische Depression (ICD-10 F32.8).

Anlässlich der aktuellen gutachterlichen Untersuchung weise die Beschwerdeführerin noch ein (teilweise atypisch und larviert anmutendes) leichtes bis knapp mittelgradiges depressives Syndrom auf. Die Grundstimmung sei niedergeschlagen, die affektive Modulation eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin beschreibe ein Morgentief. Wie bereits anlässlich der Begutachtung im F.\_\_\_\_ von Dr. med. AF.\_\_\_\_ beschrieben (vgl. E. II. 6.26 hiervor), sei beim chronischen Schmerzsyndrom eine zusätzliche psychosomatische Komponente zu beschreiben. Die Beschwerdeführerin bemühe sich, soweit es ihr möglich sei, die Hausarbeiten zu verrichten und eine Tagesstruktur aufrechtzuerhalten. Aufgrund der eingeschränkten Ressourcen sei von einer Somatisierungstendenz auch bzgl. der psychischen Symptomatik auszugehen. Bereits Dr. med. AF.\_\_\_\_ habe eine mögliche larvierte Depressionskomponente beschrieben. Die Beschwerdeführerin habe während Jahren übermässig gearbeitet (Betreuung der Familie/Hausarbeit/phasenweise 120 % Arbeitspensum). Auch aktuell sei noch eine deutliche Leistungsbereitschaft trotz der depressiven Symptomatik feststellbar. Hinweise auf aggravatorisches Verhalten fänden sich nicht. Insgesamt bestehe eine krankheitsbedingte verminderte Belastbarkeit mit zumindest teilweiser Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht. Der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. AF.\_\_\_\_ sei anlässlich der Begutachtung im Dezember 2011 im F.\_\_\_\_ von einer circa 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ausgegangen. Dabei sei die depressive Komponente zu wenig mitberücksichtigt worden. Die seit Frühjahr 2011 behandelnden Kolleginnen und Kollegen im G.\_\_\_\_ schätzten die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf 50 % ein. Gemäss Dr. med. I.\_\_\_\_ sei aufgrund der depressiven Symptomatik und der eingeschränkten Adaptationsfähigkeit der Beschwerdeführerin die psychiatrische Komponente der Schmerzsymptomatik von ihr nur teilweise überwindbar. Gleichzeitig bestehe eine Komorbidität mit aktuell leichtem bis knapp mittelgradigem depressivem Syndrom mit somatischen Symptomen und zum Teil atypischen Elementen (phasenweise «belle indifférence»). Insgesamt gehe Dr. med. I.\_\_\_\_ aus psychiatrischer Sicht von einer schätzungsweise 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bezogen auf eine den körperlichen Beschwerden adaptierte Tätigkeit aus. Dies ab circa April 2011 (S. 12). Wahrscheinlich habe es bereits eine teilweise Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % im Jahre 2009 gegeben. Eine wesentliche Änderung sei zwischenzeitlich nicht eingetreten.

Bei der Diskrepanz zwischen Dr. med. I.\_\_\_\_ und dem Kollegen des F.\_\_\_\_ handle es sich im Prinzip um eine unterschiedliche Beurteilung des ähnlichen Sachverhalts. Diese Angaben bezögen sich auf die bisherige Tätigkeit als Schneiderin mit nicht übermässiger Belastung des Kniegelenkes bzw. auf andere dem somatischen Leiden angepasste Tätigkeiten. Auch für optimal angepasste Tätigkeiten gehe Dr. med. I.\_\_\_\_ von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht seit April 2011 aus. Zuvor sei die Beschwerdeführerin durch die körperlichen Beschwerden/somatische Krankenschreibung beeinträchtigt gewesen. Sie könne aus psychiatrischer Sicht sämtliche, ihrem Ausbildungsstand und den körperlichen Leiden angepasste Tätigkeiten mit einem Pensum von 50 %, idealerweise nachmittags (aufgrund des Morgentiefs) medizinisch-theoretisch ausüben. Medizinische Massnahmen wie eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sowie eine psychopharmakologische Therapie mit Trittico würden bereits

durchgeführt. Die depressive Symptomatik (zumindest das Morgentief) könne wahrscheinlich mit einer Intensivierung der Medikation (evtl. zusätzliche Gabe eines SSRI Antidepressivums am Morgen) günstig beeinflusst werden (S. 13 f.). Ziel sei die Umsetzung der bereits aktuell bestehenden 50%igen medizinisch-theoretischen Restarbeitsfähigkeit. Mittel- bis langfristig sei evtl. eine weitere Steigerung auf 60 bis 70 % erreichbar. Eine sichere Prognose lasse sich jedoch nicht stellen. Aus medizinischer Sicht wären berufliche Massnahmen zumutbar. Ein 50%iges Arbeitspensum, idealerweise nachmittags, sei bereits aktuell zumutbar. Sinnvoll wäre bspw. eine Tätigkeit im bisherigen Arbeitsbereich als Schneiderin, der der Beschwerdeführerin auch zusage. Aus medizinischer Sicht sei im Verlauf nur eine minimale Verschlechterung zu beschreiben. Gegenüber der Untersuchung im F.\_\_\_\_ sei allenfalls eine verstärkte Resignation/Apathie feststellbar. Im Prinzip sei der Befund aber weitgehend identisch mit dem von Dr. med. AF.\_\_\_\_ beschriebenen. Trotz psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung und psychopharmakologischer antidepressiver Therapie mit Trittico sei es nicht zu einer wesentlichen Verbesserung gekommen. Bei der unterschiedlichen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit handle es sich aber wie oben beschrieben im Wesentlichen um eine im Prinzip andere Beurteilung/Interpretation eines im Prinzip ähnlichen Befundes (S. 14).

6.31 Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, führte in seiner Aktennotiz vom 10. Dezember 2014 (IV-Nr. 96) aus, im Vergleich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin im F.\_\_\_\_-Gutachten vom Dezember 2011 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) und in der aktuellen psychiatrischen Begutachtung durch Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.30 hiervor), gehe er mit letzterem einig, dass sich die Diskrepanz (30 % versus 50 %) aus einer unterschiedlichen Beurteilung des gleichen (respektive «ähnlichen», wie Dr. med. I.\_\_\_\_ schreibe) Sachverhalts ergebe. Dr. med. I.\_\_\_\_ auf Seite 12 seines Gutachtens geäusserte Kritik, wonach Dr. med. AF.\_\_\_\_ als psychiatrischer Facharzt des F.\_\_\_\_ die depressive Komponente zu wenig berücksichtigt habe, wenn er von einer 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgehe, vermöge nicht zu überzeugen, da in der Regel bei einer leichten depressiven Episode in der Versicherungspsychiatrie je nach Art der Tätigkeit von einer Einschränkung zwischen 0 % und 20 % ausgegangen werde, bei einer mittelgradigen von 30 % - 50 % (in speziellen Fällen allenfalls höher). In Anbetracht der geringen objektivierbaren depressiven Symptomatik sei die attestierte Arbeitsunfähigkeit somit sogar eher hoch gelegen. Auch aktuell gehe Dr. med. I.\_\_\_\_ von einem leichten bis maximal mittelgradigen depressiven Syndrom aus. Angesichts der kognitiv wenig anforderungsreichen früheren Arbeitstätigkeit seien gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_ 30 % Arbeitsunfähigkeit angemessen.

6.32 Mit Stellungnahme vom 11. Dezember 2014 (IV-Nr. 97) führte Dr. med. H.\_\_\_\_, RAD, aus, das psychiatrische Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 23. September 2014 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) könne als relativ nachvollziehbar und schlüssig in Bezug auf die Befunderhebung und Diagnosestellung angesehen werden, beides entspreche in etwa ja auch den Befunden und der Beurteilung des Psychiaters Dr. med. AF.\_\_\_\_ im Gutachten des F.\_\_\_\_ von 2011 (vgl. E. II. 6.26 hiervor). Für Dr. med. H.\_\_\_\_ sei die Diagnostizierung einer leichten bis mittelgradigen Depression bei der Beschwerdeführerin durch Dr. med. I.\_\_\_\_, vor allem aufgrund eines (von der Beschwerdeführerin beschriebenen) Morgentiefs, strittig, da morgendliche Müdigkeit als eine der Hauptnebenwirkungen des Medikaments Trittico beschrieben werde, das die Beschwerdeführerin gegen Schlafstörungen einnehme. Als nicht nachvollziehbar müsse die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin

durch Dr. med. I.\_\_\_\_ (50%ige Arbeitsunfähigkeit) erachtet werden (s. Aktennotiz des Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2014; vgl. E. II. 6.31 hiervor). Sowohl in den angestammten Tätigkeiten als Raumpflegerin und Näherin als auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine 70%ige Arbeitsfähigkeit. Eine medizinische Verschlechterung sei nicht ausgewiesen, wie auch Dr. med. I.\_\_\_\_ festgestellt habe, sei sein Befund weitgehend identisch mit dem von Dr. med. AF.\_\_\_\_ beschriebenen. Es könne daher aus medizinischer Sicht am Vorbescheid vom 28. November 2013 festgehalten werden.

6.33 In der Aktennotiz vom 7. Mai 2015 (Beschwerdebeilage Nr. 2, IV-Nr. 102) führte Dr. med. J.\_\_\_\_, RAD, aus, im Dossier gebe es keinerlei Hinweise auf erlittene Kopfverletzungen, neurologische Symptome oder vaskuläre Erkrankungen. Somit sei mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit für die isolierte Störung der mnestischen Funktion keine hirnorganische Genese verantwortlich, zumal andere Gegebenheiten von der Beschwerdeführerin durchaus nach der Untersuchung noch memoriert worden seien. Die Erinnerungslücken könnten sehr gut mit einer verringerten Aufmerksamkeit zum gegebenen Zeitpunkt erklärt werden. Konzentrationsprobleme seien zudem typisch für eine depressive Entwicklung, wie sie bekanntlich auch bei der Beschwerdeführerin diagnostiziert worden sei. Die Anmerkung des begutachtenden Psychiaters (Dr. med. AF.\_\_\_\_), dass eine neuropsychologische Untersuchung zum Ausschluss einer hirnorganischen Genese noch angezeigt sei, erscheine hier als übervorsichtig. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe keine diesbezügliche Notwendigkeit.

6.34 Im bidisziplinären orthopädisch-psychiatrischen Gerichtsgutachten der K.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2016 (A.S. 54 ff.) wurden folgende Diagnosen ausgewiesen:

Initial leichte Arthrose linkes Knie medial nach:

- Verletzung des vorderen Kreuzbandes und des medialen Meniscus
- Zweimaliger Arthroskopie und medialer Teilmeniscectomie

Leichte altersentsprechende Degeneration LWS

Leichte depressive Episode (F32.0 nach ICD-10)

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41 nach ICD-10)

Nebendiagnosen seien:

Asymptomatischer leichter Spreizfuss beidseits mit:

- Hallux valgus beidseits
- Metatarsus varus I beidseits

Initiale, asymptomatische Heberdeen- und Bouchard-Arthrosen der Finger II und III rechts und II bis IV links

Die aktuellen Befunde, die bei der körperlichen Untersuchung und den Röntgenuntersuchungen am 22. Juni 2016 festgestellt worden seien, vermöchten keine wesentlichen Einschränkungen der somatischen Fähigkeiten zu begründen. Der grösste Teil der beklagten Schmerzen lasse sich aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollziehen. Insbesondere korrelierten die beklagten Schmerzen nicht mit den objektivierbaren Befunden am linken Knie (A.S. 95). Von psychiatrischer Seite her sei

insgesamt der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin resigniert und eine passiv-regressive Haltung eingenommen habe, in der sie die Erwartungen nach Aussen richte und nicht sehe, welche Gestaltungsmöglichkeiten sie selbst auch in ihrer jetzigen Lebenssituation noch habe. Dies möge partiell in den Kontext der depressiven Störung gehören, partiell gehe die Haltung aber darüber hinaus und scheine durch die für die Beschwerdeführerin unbefriedigende familiäre Situation eher verstärkt zu werden (A.S. 90). Der zur Beurteilung der Leistungsfähigkeit von psychiatrischer Seite herangezogene Mini-ICF-APP von Linden Baron und Muschalla (2009) bedeute gesamthaft, dass die Beschwerdeführerin in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit mittelschwer, in der Durchhaltefähigkeit leicht bis mittelschwer und in weiteren für die berufliche Tätigkeit relevanten Fähigkeiten leicht eingeschränkt sei (A.S. 93). Aus orthopädisch-traumatologischer Sicht sei aufgrund der weitgehend fehlenden Defizite die Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst im Alters- und Pflegeheim zu 90 % und als Näherin in vollem Umfang zuzumuten. Von psychiatrischer Seite bestehe aufgrund der eingeschränkten Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit aufgrund der Schmerzen eine zusätzliche Einschränkung. Soweit beurteilbar, benötige die Beschwerdeführerin deshalb vermehrt Pausen und die Möglichkeit, sich bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zwischenzeitlich kurz bewegen zu können. Die tägliche Arbeitszeit würde dadurch zusätzlich um insgesamt circa eine Stunde reduziert. Innerhalb der verbleibenden Arbeitszeit sei nicht mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung zu rechnen. Eine vorwiegend sitzende Tätigkeit, aber auch jede Tätigkeit mit Wechselpositionen «stehend-sitzend-gehend» sei zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkt möglich. Eine vorwiegend stehende Tätigkeit auf ebenem Gelände sei ebenfalls zeitlich und leistungsmässig zumutbar. Vereinzelt Arbeiten in kniender und kauender Stellung sei möglich. Das Tragen von alltäglichen Lasten, wie sie im Haushalt und im Hausdienst üblicherweise zu tragen seien (z.B. Einkaufstaschen, 6-Pack Getränke, Wäschekorb, Putzkessel, Staubsauger), respektive beidhändiges Heben und Tragen von 15 kg sei uneingeschränkt möglich. Eine häufige oder dauernde Tätigkeit auf Gerüsten, Leitern, in unebenem Gelände und in langdauernder, extremer Kälte, sei nicht zumutbar. Von psychiatrischer Seite sollte die Tätigkeit der Beschwerdeführerin in ihren Grundzügen vertraut, klar strukturiert, sein. Zudem sollte sie von vorgesetzter Seite freundliche, aufmunternde Unterstützung erhalten. Im Weiteren gelte prinzipiell dasselbe wie für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit. In Bezug auf die Verrichtung der Haushaltstätigkeiten gelte aus orthopädisch-traumatologischer Sicht die gleiche Einschätzung wie oben dargelegt. Aus psychiatrischer Sicht könne die Beschwerdeführerin im Haushalt ihre Zeit selbst einteilen und Pausen machen. Über die rein körperlichen Einschränkungen hinaus sei sie von psychiatrischer Seite nicht zusätzlich reduziert. Von orthopädischer Seite könne der Gesundheitszustand derzeit nicht mit Therapiemassnahmen verbessert werden. Von psychiatrischer Seite her werde auf die Stellungnahme zu den Indikatoren verwiesen (A.S. 96).

7. Aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten kann festgehalten werden, dass bei der Beschwerdeführerin sowohl somatische als auch psychiatrische Diagnosen gestellt worden sind. In Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin erhellt ferner, dass sie sich seit 11. April 2011 in fachärztlicher psychiatrischer Behandlung beim G. \_\_\_ befindet (vgl. E. II. 6.24 f.). Die Beschwerdegegnerin stütze sich in der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2015 im Wesentlichen sowohl auf die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H. \_\_\_ vom 25. Juni 2014 (vgl. E. II. 6.29 hiervor)

als auch auf die Aktennotizen des RAD-Psychiaters Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2014 und vom 7. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.31 und 6.33 hiervor) und erklärte diese zu Bestandteilen ihres Entscheides (A.S. 3). Da es sich hierbei um Beurteilungen von versicherungsinternen Ärzten handelt, genügen nach der Rechtsprechung bereits relativ geringe Zweifel, um ergänzende Abklärungen als notwendig erscheinen zu lassen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470; Urteil des Bundesgerichts 9C\_159/2016 vom 2. November 2016 E. 2.3 mit Hinweisen). Das Bundesgericht hat in jüngeren Urteilen derartige Zweifel schon dann bejaht, wenn Widersprüche zwischen vorhandenen Stellungnahmen nicht vollständig aufgelöst werden konnten (vgl. namentlich das Urteil des Bundesgerichts 8C\_647/2015 vom 26. November 2015).

7.1 Gestützt auf die sich vorliegend präsentierenden medizinischen Akten bis zur Verfügung vom 15. Mai 2015 liegen in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin unterschiedliche Einschätzungen vor: So führte Dr. med. I.\_\_\_\_ anlässlich seines am 23. September 2014 erstellten psychiatrischen Gutachtens (vgl. E. II. 6.30 hiervor) aus, die im F.\_\_\_\_-Gutachten vom Dezember 2011 durch Dr. med. AF.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsunfähigkeit von 30 % (vgl. E. II. 6.26 hiervor) berücksichtige die depressive Komponente zu wenig. Insgesamt sei aus psychiatrischer Sicht von einer schätzungsweise 50%igen Arbeitsfähigkeit ab circa April 2011 in einer den körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit, vorzugsweise am Nachmittag, auszugehen. Mittel- bis langfristig könne evtl. eine weitere Steigerung auf 60 - 70 % erreicht werden. Damit entspricht die Einschätzung von Dr. med. I.\_\_\_\_ im Wesentlichen derjenigen des G.\_\_\_\_, in welchem sich die Beschwerdeführerin seit dem Frühjahr 2011 in Behandlung befindet (vgl. E. II. 6.28 hiervor). Der RAD-Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt in seiner Aktennotiz vom 10. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.31 hiervor) zum einen in allgemein-abstrakter Weise fest, die Diskrepanz zwischen der 30 und 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus einer unterschiedlichen Beurteilung des gleichen resp. ähnlichen Sachverhalts. Zum anderen legte er dar, in der Regel sei in der Versicherungspsychiatrie bei einer «leichten depressiven Episode» je nach Tätigkeit von einer Einschränkung von 0 - 20 % und bei einer «mittelgradigen depressiven Episode» von einer 30 - 50%igen Einschränkung auszugehen. Da Dr. med. I.\_\_\_\_ anlässlich seines Gutachtens von einem «gegenwärtig leichten bis knapp mittelgradigen» depressiven Syndrom mit Morgentief ausging und die Arbeitsfähigkeit sodann auf 50 % schätzte, erscheinen die Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ zwar auf den ersten Blick nachvollziehbar und die von Dr. med. I.\_\_\_\_ geschätzte prozentuale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit als zu hoch. Dennoch bezog sich Dr. med. I.\_\_\_\_ bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht einzig auf die depressive Episode, sondern schloss auch das zusätzlich ausgewiesene chronische Schmerzsyndrom mit ein. Die durch ihn attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit richtet sich demnach auf den gesamten psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin. Daher vermögen die Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ nur bedingt zu überzeugen. Denn er beschränkte sich in seiner Aktennotiz vom 10. Dezember 2014 einzig auf die bei der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen vorliegende depressive Symptomatik, welcher er eine 30%ige Arbeitsunfähigkeit beimass. Von einer gesamthaften Einschätzung der psychischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin kann indes bei ihm nicht ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang erscheint auch der Einfluss des Medikaments Trittico unklar zu sein: So führte Dr. med. H.\_\_\_\_ in ihrer RAD-Stellungnahme vom 11. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.32 hiervor) aus, die durch Dr. med. I.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer leichten bis mittelgradigen Depression, vor allem

aufgrund eines von der Beschwerdeführerin beschriebenen Morgentiefs, sei streitig. Denn eine morgendliche Müdigkeit sei eine der Hauptwirkungen des Medikamentes Trittico, welches die Beschwerdeführerin gegen die Schlafstörungen einnehme. Diesbezüglich hielt Dr. med. I. \_\_\_ anlässlich seines Gutachtens vom 24. September 2014 fest (vgl. E. II. 6.30 hiervor), die depressive Symptomatik (zumindest das Morgentief) könne wahrscheinlich mit einer Intensivierung der Medikation (evtl. zusätzliche Gabe eines SSRI Antidepressivums am Morgen) günstig beeinflusst werden. Aus diesen Ausführungen kann geschlossen werden, dass er in Bezug auf das Morgentief nicht von einem relevanten Zusammenhang mit dem Medikament Trittico ausging. Somit erhellt aus den vorliegenden Akten nicht, worauf das beschriebene Morgentief der Beschwerdeführerin gründet. Zudem lässt sich ein diesbezüglicher Zusammenhang zum Medikament Trittico nicht ohne weiteres herleiten. Es kommt hinzu, dass sich auch die behandelnden Psychiater des G. \_\_\_, im Sinne der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit von Dr. med. I. \_\_\_ von 50 % äusserten: So hielten die Dres. AD. \_\_\_ und AE. \_\_\_, im Bericht vom 27. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.28 hiervor) fest, es bestehe aufgrund der nichtorganischen Insomnie in Verbindung mit einer anhaltenden depressiven Störung und einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Dem dieser Einschätzung entgegenstehenden Gutachten des F. \_\_\_ vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervor), in welchem von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen wird, kann nicht ohne weiteres gefolgt werden. So ist diesem nicht zu entnehmen, ob die Gutachter dabei sowohl die Einschränkungen der somatischen als auch der psychischen Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin berücksichtigt haben. Denn Dr. med. AF. \_\_\_ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest, es sei aus psychiatrischer Sicht von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit als Reinigungsangestellte auszugehen (5,5 Stunden). Dieselbe prozentuale Angabe wurde indes auch unter dem Titel «Fragen an den medizinischen Experten» gemacht, wo festgehalten wurde, dass wegen der Instabilität des Kniegelenkes aufgrund der Bandinsuffizienz nicht sämtliche kniebelastende Tätigkeiten möglich seien, besonders das Besteigen von Leitern, Gerüsten und das repetitive Besteigen von Treppen sei mit Schmerzen verbunden. Da solche Arbeiten in einer Reinigungstätigkeit aber oft notwendig seien, könne zusammenfassend für die Tätigkeit als Reinigungsangestellte von einer 70%igen Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Gestützt auf diese Ausführungen kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die im F. \_\_\_-Gutachten geschätzte 70%ige Arbeitsfähigkeit auf den gesamten gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin bezieht.

Ferner kommt hinzu, dass Dr. med. AF. \_\_\_ im Rahmen des F. \_\_\_-Gutachtens die Frage aufgeworfen hat, ob die Störung der mnestischen Funktion allenfalls hirnorganisch bedingt sein könne (vgl. E. II. 6.26 hiervor) und eine solche Störung mittels neuropsychologischer Untersuchung differenzialdiagnostisch ausgeschlossen werden müsste. So sei in der klinischen Prüfung der mnestischen Funktionen aufgefallen, dass die Beschwerdeführerin drei in der Untersuchung genannte Begriffe nach zehn Minuten nicht nur nicht wiederholen, sondern sich nicht habe erinnern können, dass der Untersucher ihr die Aufgabe gestellt habe (vgl. IV-Nr. 67 S. 34 f.). Eine entsprechende Untersuchung bzw. Abklärung ist indes in den vorliegenden medizinischen Akten nicht dokumentiert. Gemäss Aktennotiz von Dr. med. J. \_\_\_ vom 7. Mai 2015 (vgl. E. II. 6.33 hiervor) bestünden im Dossier weder Hinweise auf erlittene Kopfverletzungen noch auf neurologische Symptome oder vaskuläre Erkrankungen. Er wertete die Anmerkung des begutachtenden Psychiaters daher als «überevorsichtig» und führte aus, aus versicherungspsychiatrischer Sicht bestehe in Bezug

auf eine neuropsychologische Untersuchung keine Notwendigkeit. Da die Beschwerdeführerin jedoch bereits gegenüber den Ärzten des G.\_\_\_\_ Ende 2012 angab, sehr vergesslich zu sein und sich nicht richtig konzentrieren zu können (vgl. IV-Nr. 66 S. 3), vermögen diese allgemein gehaltenen Ausführungen von Dr. med. J.\_\_\_\_ jedoch nicht ohne weiteres zu überzeugen. Somit scheint der Sachverhalt auch in dieser Hinsicht nicht abschliessend abgeklärt worden zu sein.

7.2 Es kann zusammenfassend festgehalten werden, dass an den versicherungsinternen Beurteilungen des RAD zumindest relativ geringe Zweifel bestehen und daher nicht ■ wie dies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 15. Mai 2015 gemacht hat (vgl. E. II.

## **E. 7**

hiervor) ■ auf diese abgestellt werden kann.

7.3 Es kommt hinzu, dass das Bundesgericht seine Praxis in Bezug auf somatoforme Schmerzstörungen und zu den weiteren sog. pathogenetisch-ätiologisch unklaren syndromalen Beschwerdebildern ohne nachweisbare organische Grundlage (PÄUSBONOG) mit Urteil 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 (BGE 141 V 281) geändert hat. Es spricht neu von anhaltender somatoformer Schmerzstörung und vergleichbaren psychosomatischen Leiden (Fibromyalgie, Schleudertrauma, chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, etc.). Da bei der Beschwerdeführerin aufgrund der vorliegenden Akten unter anderem auch die Diagnosen einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» bzw. eines «chronischen Schmerzsyndroms» im Raum stehen und diese neue Rechtsprechung auch auf alle hängigen Fälle anwendbar ist, ist sie folglich auch im vorliegenden Fall zu berücksichtigen. Gemäss BGE 141 V 281 soll der Gutachter einerseits stärker darauf achten, die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung etc. so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Andererseits besteht keine Vermutung mehr, dass eine somatoforme Schmerzstörung mit einer Willensanstrengung überwunden werden kann, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Katalogs 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).

7.3.1 Will man aus beweisrechtlicher Sicht auf die vorliegenden RAD-Berichte abstellen, müssten diese im Lichte der vorgehenden Ausführungen folglich auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung standhalten oder sich zumindest punktuell ergänzen lassen, damit sie den Vorgaben der neuen Schmerzrechtsprechung genügen würden. Wie hierzu Thomas Gächter und Michael Meier in ihrem Artikel «Schmerzrechtsprechung 2.0» (in: Jusletter vom 29. Juni 2015) aber zu Recht festhalten, wird es vielen Administrativgutachten an der nun gebotenen Betrachtungsweise und der Berücksichtigung aller relevanten Umstände fehlen. Der Fokus sei, wie das Bundesgericht deutlich mache, häufig stark auf die medizinische Komponente und die Zumutbarkeits- bzw. Förster-Kriterien gelegt worden. Positive Ressourcen in der Persönlichkeit und im sozialen Umfeld seien bisher nicht im nun geforderten Ausmass Gegenstand der Abklärungen

gewesen (Rz. 96). Vorliegend fehlt es an der entsprechenden Betrachtungsweise, welche die neue Rechtsprechung zur Beurteilung der oben genannten Indikatoren voraussetzt. Eine punktuelle Ergänzung wäre in diesem Zusammenhang nicht zielführend gewesen.

7.3.2 Die Frage, ob die «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» bzw. das «chronische Schmerzsyndrom» im vorliegenden Fall Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit und damit Auswirkungen auf den streitigen Rentenanspruch haben, liess sich im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2015 somit nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit beantworten.

7.4 Gestützt auf die vorangehenden Ausführungen und ■ wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 7 hiervor) ■ die bei der Beschwerdeführerin unbestrittenermassen vorliegende psychische und orthopädisch/rheumatologische gesundheitliche Problematik, wurde durch das Versicherungsgericht ein bidisziplinäres Gutachten mit den Fachdisziplinen Orthopädie und Psychiatrie eingeholt. Dieses wurde am 22. Juli 2016 durch Dr. med. L.\_\_\_\_ und Dr. med. M.\_\_\_\_ erstattet (vgl. E. II. 6.34 hiervor).

8. Wie bereits erwähnt, weicht das Gericht von einem Gerichtsgutachten, das die allgemeinen Anforderungen (vgl. E. II. 4.4 hiervor) erfüllt, nur dann ab, wenn zwingende Gründe für ein Abweichen vorliegen.

8.1 Zu prüfen ist nachfolgend, ob das bidisziplinäre Gerichtsgutachten vom 22. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.34 hiervor) grundsätzlich beweiskräftig ist.

8.1.1 Das von Dr. med. L.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, und Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, K.\_\_\_\_, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 4.2 hiervor) grundsätzlich in allen Punkten gerecht. So fasste Dr. med. L.\_\_\_\_ sämtliche Vorakten unter «Vorgeschichte» zusammen. Da auch Dr. med. M.\_\_\_\_ in seinem orthopädischen Teilgutachten explizit auf diese verwies (vgl. A.S. 107), ist bei beiden Gutachtern von deren Kenntnis auszugehen. Zudem wurde die Beschwerdeführerin sowohl unter Beizug der Dolmetscherin Frau AG.\_\_\_\_ einer psychiatrischen Exploration als auch unter Beizug der Dolmetscherin Frau AH.\_\_\_\_ einer orthopädischen Exploration (A.S. 70, 107 ff.) unterzogen, womit auch die durch sie geklagten Beschwerden mitberücksichtigt worden sind (A.S. 70 ff., 107 ff.). Ferner beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem der Allgemeinstatus und der psychopathologische Befund erhoben, am 13. Juni 2016 Laboruntersuchungen und am 22. Juni 2016 sowohl Röntgenuntersuchungen als auch eine orthopädische Untersuchung durchgeführt wurden (A.S. 80 ff., 105, 110 f.). Zudem wurde eine Fremdbeurteilung anhand einer Hamilton-Depressionsskala (HAMD) durchgeführt und ein Mini-ICF-APP Fragebogen ausgefüllt (A.S. 82 i.V.m. 100 f., 98 ff.). Im Weiteren wurden bei Dr. med. AE.\_\_\_\_, G.\_\_\_\_, am 24. Juni 2016 telefonisch Fremdauskünfte eingeholt (A.S. 82).

Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So erscheint die Einschätzung von Dr. med. L.\_\_\_\_ anlässlich des psychopathologischen Befundes, wonach sich in verschiedenen Situationen zeige, dass die Beschwerdeführerin einiges Deutsch verstehe (A.S. 80), unter Einbezug der Feststellungen während der Exploration nachvollziehbar. Es wurde beispielsweise in Bezug auf die Rekonstruktion der Umstände nach dem Umzug in eine grössere Wohnung festgehalten, die Beschwerdeführerin korrigiere die Dolmetscherin, was zeige, dass sie doch deutlich mehr verstehe, als sie sage, und vermutlich auch sprechen könne (A.S. 76). Zudem habe sich die

Beschwerdeführerin nach Abschluss der Untersuchungen den Weg zur Laboruntersuchung durch die Sekretärin auf Deutsch schildern lassen, womit sie keine Probleme zu haben schien (A.S. 80). Dies, obschon die Beschwerdeführerin angegeben habe, quasi kein Deutsch zu sprechen und daher darum gebeten habe, dass alles übersetzt werde (A.S. 70). Ähnlich verhält es sich in Bezug auf das Erinnerungsvermögen: So sei es der Beschwerdeführerin nicht gelungen, den Verlauf seit dem Unfallereignis aktiv zu rekonstruieren. Beim Durchgang der Ereignisse und des Verlaufes aufgrund der Akten habe sich aber gezeigt, dass sich die Beschwerdeführerin sehr gut erinnern, Kontextbezüge herstellen und auch ihre Meinung äussern könne (A.S. 84). Diese gutachterliche Einschätzungen erscheinen schlüssig, zumal die Beschwerdeführerin zu Beginn der Exploration weder den Anlass der Begutachtung benennen noch die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin erinnern konnte (vgl. A.S. 70), sich dann jedoch beispielsweise ganz genau daran erinnern konnte, dass sie einen Tag vor dem Unfall (vom 11. Juli 2006) von der Beerdigung eines Bruders ihres Mannes zurückgekommen sei (vgl. A.S. 71). Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt zudem fest, es stünden von psychiatrischer Seite her eine «depressive Störung» und eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» zur Diskussion (A.S. 87), auf welche sie anschliessend in nachvollziehbarer Weise einging. Diese Ausführungen leuchten zudem auch unter Einbezug der medizinischen psychiatrischen Vorakten ein, in denen diese beiden Diagnosestellungen bereits festgehalten wurden. Die weiteren Darlegungen der Expertin, wonach bei der Beschwerdeführerin aktuell die gedrückte Stimmung nicht sicher erhebbar sei, wohl aber ein Interesseverlust und Freudlosigkeit (A.S. 88), vermögen in Anbetracht der Feststellungen während der Exploration zu überzeugen. So legte Dr. med. L.\_\_\_\_ im Rahmen des psychopathologischen Befundes dar, die Beschwerdeführerin habe zu Beginn sehr zurückgenommen bis abweisend gewirkt, sei dann aber im Verlauf der Untersuchung lebhafter geworden und habe zum Teil auch spontan gesprochen. Gelegentlich habe sie auch gelächelt, wobei sie auch häufig bei schwierigen und unerfreulichen Themen gelächelt habe (A.S. 80). Ferner habe die Beschwerdeführerin während der Exploration nicht niedergestimmt gewirkt, schildere dies aber für ihre Selbstwahrnehmung (A.S. 81). Aufgrund dieser Angaben lässt sich eine gedrückte Stimmung nicht eruieren. Indem die Beschwerdeführerin zudem weder Wünsche noch Hoffnungen formulieren können und ausgesagt habe, es interessiere sie nicht einmal mehr zu leben, können auch die durch die Gutachterin ausgewiesene Interessen- und Freudlosigkeit nachvollzogen werden (A.S. 79). Die Gutachterin stellte weiter fest, die Klagen der Beschwerdeführerin würden sich insbesondere gegen unzureichende ärztliche Behandlung im Verlauf, mangelnde Erläuterungen von ärztlicher Seite bzw. Probleme bei der Verständigung richten (A.S. 88). Diese Ausführungen überzeugen, da die Beschwerdeführerin im Laufe des Gesprächs unter anderem berichtet, dass es mit dem Knie besser gekommen wäre, wenn sie früher operiert worden wäre und, dass sie von den Ärzten und Therapeuten schlecht behandelt worden sei. So habe man ihr z.B. in Bezug auf die Kreuzbänder mitgeteilt, sie sei alt, und in der Physiotherapie habe sie keine Erklärungen erhalten (vgl. A.S. 71 f.). Im Weiteren legte Dr. med. L.\_\_\_\_ in Bezug auf die Diagnose einer depressiven Episode in nachvollziehbarer Weise dar, es seien zwei Grund- und zwei der weiteren häufigen Symptome vorhanden, was einer leichten depressiven Episode (ICD-10 F32.0) entspreche. Betreffend die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) führte sie sodann aus, es sei bei der Beschwerdeführerin durch die Kreuzband- und Meniskusläsion links und die Gonarthrose unstrittig ein somatischer Krankheitsfaktor als Auslöser gegeben

(A.S. 89). Dies leuchtet in Anbetracht der medizinischen Vorakten ein. Nachdem Dr. med. L. \_\_\_ sich eingehend mit den Kriterien einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren befasst hatte, kam sie zum Ergebnis, dass eine solche vorliege, die Symptomatik indes nicht schwer, sondern leicht bis mittelschwer sei.

Auch die Ausführungen von Dr. med. M. \_\_\_ im orthopädisch-traumatologischen K. \_\_\_-Teilgutachten vom 5. Juli 2016 (A.S. 106 ff.) vermögen zu überzeugen: So kam er aufgrund seiner Untersuchungen zum Schluss, es bestehe aktuell eine Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den objektivierbaren pathologischen Befunde. So stünden den beklagten Schmerzen am Kniegelenk und im Kreuz normale klinische Befunde und minimal veränderte Röntgenbefunde gegenüber (A.S. 113). Diese Darlegungen erscheinen schlüssig, zumal die Beschwerdeführerin während der gesamten Exploration über «andauernde Knieschmerzen links sowie Rückenschmerzen» geklagt habe, wegen denen sie mindestens ein- bis zweimal pro Nacht erwache (A.S. 109) und die sie als «Hauptproblem» bezeichnet habe (A.S. 79). Gemäss Dr. med. M. \_\_\_ habe die klinische Untersuchung der Kniegelenke am 22. Juni 2016 indes keine nennenswerte Pathologie gezeigt, insbesondere keine klinische Instabilität. Diese Einschätzung überzeugt, da er anschliessend ausführte, die Kniegelenke seien ergussfrei, es liege keine Entzündung vor, beide Kniegelenke seien in normalem Umfang beweglich, beide Beine hätten eine normale Achse, es bestünden keine Muskeldefizite und die Umfangmasse seien symmetrisch. Ferner zeige das Röntgenbild vom 22. Juni 2016 eine minimale beginnende Arthrose. Indem Dr. med. M. \_\_\_ weiter darlegte, der klinische Befund und die Röntgenbilder der LWS seien in der Altersnorm, insbesondere die minimalen Osteophytenreaktionen am 4. Lendenwirbelkörper, vermag auch seine Einschätzung einzuleuchten, wonach die beklagten Kreuzschmerzen nicht kongruent mit den Befunden seien. Gestützt auf diese Ausführungen erscheint die Schlussfolgerung des Experten, wonach aus orthopädisch-traumatologischer Sicht keine Behandlungsempfehlung gemacht werden könne und insbesondere keine Operationen indiziert seien, nachvollziehbar (A.S. 113 unten).

8.1.2 Da am 6. und 14. Juli 2016 Schlussbesprechungen zwischen Dr. med. M. \_\_\_, Dr. med. L. \_\_\_ und Dr. med. AI. \_\_\_, Rheumatologie FMH, Chefarzt K. \_\_\_, stattgefunden haben, die auf einem vorgängig im Zirkulationsverfahren erarbeiteten Konsensfindungsprozess aller beteiligten Fachärzte beruhen (A.S. 83), erging das Gutachten der K. \_\_\_ zudem im Einverständnis sämtlicher Gutachter. Damit kann dem Gutachten der K. \_\_\_, [...], vom 22. Juli 2016 grundsätzlich Beweiswert zugesprochen werden.

8.2 Es bleibt nachfolgend zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Einschätzungen und Beurteilungen geeignet sind, die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens zu erschüttern. Dabei ist zunächst auf das orthopädisch-traumatologische Teilgutachten von Dr. med. M. \_\_\_ (vgl. E. II. 8.2.1 hiernach) und anschliessend auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. L. \_\_\_ (vgl. E. II. 8.2.2 hiernach) einzugehen:

8.2.1 Aufgrund der sich präsentierenden medizinischen Akten erscheinen die Diagnosestellungen von Dr. med. M. \_\_\_ nicht Streitig. Sie werden durch die medizinischen Vorakten vielmehr bestätigt: So ist die durch ihn ausgewiesene «initial leichte Arthrose im linken Knie medial nach Verletzung des vorderen Kreuzbandes und des medialen Meniscus und zweimaliger Arthroskopie und medialer Teilmeniscektomie» durchaus nachvollziehbar. Denn es wurden wegen der medialen Meniscusläsion und der Ruptur des vorderen Kreuzbandes links im September 2006 eine arthroskopische Teilmeniscektomie medial und

im August 2008 eine Kniearthroskopie durchgeführt (vgl. E. II. 6.4, 6.15 hiervor). Ausserdem erfolgten am 16. November 2006 sowie am 3. September 2007 je eine Infiltration (vgl. E. II. 6.5, 6.8 hiervor). Ferner kann auch die durch den Experten ausgewiesene «initial leichte Arthrose» nachvollzogen werden. So wurde eine beginnende Gonarthrose erstmals im Bericht von Dr. med. AA.\_\_\_\_ vom 19. März 2008 (vgl. E. II. 6.12 hiervor) ausgewiesen. Diese wurde durch ihn im Operationsbericht vom 22. August 2008 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) sodann als «beginnende Varusgonarthrose» bezeichnet und in den zeitlich später verfassten Berichten stets bestätigt. Diesbezüglich hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ im Rahmen seines orthopädischen Gerichtsgutachtens fest, die klinische Untersuchung vom 22. Juni 2016 habe keine nennenswerte Pathologie gezeigt, insbesondere keine klinische Instabilität. Die Kniegelenke seien ergussfrei und es liege keine Entzündung vor, denn die Ergussbildung sei das sicherste Zeichen einer entzündlichen Irritation der Gelenkschleimhäute. Beide Kniegelenke seien in normalem Umfang beweglich. Beide Beine zeigten eine normale Achse. Der in den Akten viel verwendete Ausdruck «Varus-Gonarthrose» treffe demnach nicht zu. Denn es bestünden keine Muskeldefizite und die Umfangmasse seien gleich. Diese Ausführungen erscheinen schlüssig, zumal die Varus-Gonarthrose eine Form der Arthrose im Zusammenhang mit einer Fehlstellung eines Gelenkes bedeutet (vgl. <https://de.wikipedia.org/wiki/Varusgonarthrose>, besucht am 19. Dezember 2016), was anlässlich des Gerichtsgutachtens ■ wie oben ausgeführt ■ eben gerade nicht festgestellt werden konnte. Somit kann die in den Vorakten ausgewiesene Diagnosestellung einer Varusgonarthrose nicht aufrechterhalten werden. Da beim Röntgen vom 22. Juni 2016 eine minimale beginnende mediale Arthrose mit einem kaum verschmälerten Gelenkspalt, einem geringen medialen Osteophyt, nicht vorhandenen Geröllcysten, keinen Sklerosen und normalen Beinachsen ohne Deformationen, objektiviert werden konnten (A.S. 113), erscheint die entsprechende Einschätzung von Dr. med. M.\_\_\_\_, wonach es sich dabei nach Kellgren-Lawrence um ein Stadium 1 (von insgesamt 4) handle, nachvollziehbar. So entspricht dieser Grad einer «geringen subchondralen Sklerosierung, keine Gelenkspaltverschmälerung oder Osteophyten» (vgl. <http://flexikon.doccheck.com/de/Kellgren-Lawrence-Score>, besucht am 19. Dezember 2016). Aufgrund des unauffälligen klinischen Befundes vom 22. Juni 2016 ist ferner nicht zu beanstanden, dass Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht auf die erstmals im Bericht vom 5. Mai 2009 von Dr. med. AA.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 6.16 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «medialen Meniscusläsion rechts» eingegangen ist. Im Übrigen beklagte die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration gegenüber Dr. med. M.\_\_\_\_ auch keine rechtsseitigen Knieschmerzen (vgl. A.S. 110 ff.). Es bestand daher keine Veranlassung für den Gutachter, sich mit diesen bzw. insbesondere mit dem rechten Knie der Beschwerdeführerin auseinanderzusetzen.

Im Weiteren erscheint aufgrund der klinischen Befunde und des Röntgenbildes der LWS ap, seitlich vom 22. Juni 2016 die Diagnose einer leichten altersentsprechenden Degeneration der LWS nachvollziehbar (A.S. 112). Gemäss dem Gutachter lägen diese in der Altersnorm, insbesondere die minimalen Osteophytenreaktionen am 4. Lendenwirbelkörper (A.S. 113). Diese Ausführungen werden durch die Vorakten gestützt, indem bereits im Bericht vom 30. August 2007 (vgl. E. II. 6.7 hiervor) aufgrund der Röntgenaufnahme der LWS in zwei Ebenen von altersentsprechenden degenerativen Veränderungen mit leichter Verschmälerung des Zwischenwirbelraumes L4/L5 die Rede war. Im orthopädischen F.\_\_\_\_-Teilgutachten wurde sodann festgehalten, es finde sich radiologisch kein pathomorphologisches Korrelat für die angegebenen Beschwerden

(IV-Nr. 67 S. 29).

Auch in Bezug auf die von Dr. med. M.\_\_\_\_ weiter ausgewiesene Diagnose eines «asymptomatisch leichten Spreizfusses beidseits mit Hallux valgus beidseits und Metatarsus varus I beidseits» lässt sich feststellen, dass bereits zuvor im Rahmen des F.\_\_\_\_-Gutachtens vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) «beidseitige Metatarsalgien bei Spreizfuss» und ein «beginnender Hallux rigidus links» diagnostiziert wurden. Es ergeben sich daher diesbezüglich keine sich widersprechenden Diagnosestellungen.

Die durch den orthopädischen Gerichtsgutachter ausgewiesene initiale, asymptomatische Heberdeen- und Bouchard-Arthrosen der Finger II und III rechts und II bis IV links, die er selbst als «Zufallsbefund» bezeichnete (vgl. A.S. 113), sind in den medizinischen Vorakten nicht dokumentiert. Diese Befunde seien ■ wie auch die Spreizfüsse mit Hallux valgi ■ «stumm», was bedeute, sie verursachten keine Schmerzen und hätten daher keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit. Es ist daher auf diese Diagnose nicht weiter einzugehen.

Die Beurteilung von Dr. med. M.\_\_\_\_, wonach aktuell eine Diskrepanz zwischen den beklagten Beschwerden und den objektivierbaren pathologischen Befunden bestehe (A.S. 113), vermag sowohl aufgrund seiner anschliessenden Ausführungen als auch unter Einbezug der medizinischen Vorakten einzuleuchten. So hielt Dr. med. M.\_\_\_\_ fest, den beklagten Schmerzen im Kniegelenk und im Kreuz stünden normale klinische Befunde und minimal veränderte Röntgenbefunde gegenüber (A.S. 113). So würden sich insbesondere die Schulterschmerzen, die allgemeinen Knochenschmerzen und die Kopfschmerzen aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht erklären lassen. Ähnliche Einschätzungen finden sich ■ wie eben ausgeführt ■ auch in den Vorakten: So ist bei der Beschwerdeführerin aufgrund der vorliegenden Akten eine seit Jahren bestehende Schmerzproblematik nicht von der Hand zu weisen. Diesbezüglich wurde bereits im Bericht vom 17. November 2006 von einer «unklaren» Schmerzsymptomatik des linken Kniegelenkes (vgl. E. II. 6.5 hiervor) gesprochen. Die durch die Beschwerdeführerin beklagten Schmerzen konnten im Laufe der Zeit zudem weder mittels der durchgeführten Physiotherapien, Infiltrationen, Kniearthroskopien noch mit Analgesien langfristig beeinflusst bzw. reduziert werden. So wurde u.a. denn auch im Gutachten der F.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervor) festgehalten, die beklagten Beschwerden liessen sich mit den festgestellten Befunden alleine nicht erklären, weshalb von einer psychogenen Überlagerung der Beschwerden im Sinne einer Schmerzfehlverarbeitung auszugehen sei. In diesem Sinn kann auch die Ausführung der Psychiaterin Dr. med. AE.\_\_\_\_ im Bericht vom 5. Dezember 2012 verstanden werden (vgl. E. II. 6.25 hiervor), wonach es bei der Beschwerdeführerin durch die funktionalen Beeinträchtigungen aufgrund der Knieproblematik zunehmend auch zu psychischen Beschwerden gekommen sei (IV-Nr. 66 S. 2 unten).

Folglich vermögen die vorliegenden medizinischen Akten den Beweiswert des orthopädisch-traumatologischen K.\_\_\_\_-Teilgutachtens von Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht zu schmälern.

8.2.2 Einzugehen ist nachfolgend auf das psychiatrische K.\_\_\_\_-Teilgutachten. Wie nachfolgend darzulegen ist, werden die Diagnosestellungen auch hier durch die medizinischen Vorakten bestätigt.

8.2.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Gerichtsgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ kann zunächst festgehalten werden, dass die ausgewiesene leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) bereits im Bericht der die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiater des G.\_\_\_\_ vom 5. Dezember 2012 (vgl. E. II. 6.25 hiervor) gestellt wurde. Damals wurde jedoch eine «mittelgradige depressive Episode mit somatischen Symptomen gemäss ICD-10 F32.1» ausgewiesen. Im Bericht vom 27. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.28 hiervor) führten die behandelnden Psychiater sodann aus, seit dem F.\_\_\_\_-Gutachten vom 21. Februar 2012 habe sich der Gesundheitszustand dahingehend verschlechtert, als eine zunehmende Chronifizierung der depressiven Symptomatik bestehe. Daraufhin legte Dr. med. I.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 23. September 2014 (vgl. E. II. 6.30 hiervor) dar, gegenwärtig bestehe ein leichtes bis knapp mittelgradiges depressives Syndrom mit Morgentief (ICD-10 F32.11). Das Vorliegen einer depressiven Episode bei der Beschwerdeführerin wird somit durch die vorliegenden Akten gestützt. Lediglich die ärztlichen Qualifikationen in Bezug auf den Schweregrad der depressiven Episode unterscheiden sich. Daraus lässt sich indes kein Widerspruch ableiten. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die Diagnose einer leichten depressiven Episode gemäss ICD-10 F32.0 von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2016 zu überzeugen. Sie leitete diese Diagnose zudem in nachvollziehbarer Weise her (A.S. 87 f.), weshalb einzuleuchten vermag, dass bei der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Begutachtung zwei Grund- und zwei zusätzliche Symptome vorlagen, was einer leichten depressiven Episode nach ICD-10 F32.0 entspricht.

8.2.2.2 Ferner wurde im Gerichtsgutachten vom 22. Juli 2016 eine «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» ausgewiesen. Auch diese Diagnose findet sich bereits in den Vorakten. So wurde sie erstmals im Gutachten des F.\_\_\_\_ vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervor, vgl. auch E. II. 6.27 hiervor, wo von einer «neuen Diagnose» gesprochen wurde) gestellt, wobei insbesondere auf die sich nach dem Unfall entwickelnden Schmerzen und insbesondere den chronischen Ehekonflikt als Folge der Beschwerden, der Insomnie und der Arbeitslosigkeit hingewiesen wurde. Ferner wies der Psychiater Dr. med. AF.\_\_\_\_ darauf hin, im Vordergrund des klinischen Bildes bestünden seit mindestens sechs Monaten ■ vorliegend seit 2008 ■ Schmerzen, die ihren Ausgangspunkt in einer körperlichen Störung hätten, wobei die psychischen Faktoren eine wichtige Rolle für den Schweregrad, die Exazerbation und Aufrechterhaltung der Schmerzen hätten. Diese seien indes nicht ursächlich für deren Beginn. Auch im Bericht des G.\_\_\_\_ vom 27. Februar 2014 (vgl. E. II. 6.28 hiervor) bestätigten die behandelnden Psychiater die Diagnose einer «chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gemäss ICD-10 F51.0, F32.8 und F45.41». Ferner hielt auch Dr. med. I.\_\_\_\_ die Diagnose einer anhaltenden, somatoformen Schmerzstörung mit somatischem Kern und psychischen Komponenten fest (vgl. E. II. 6.30 hiervor) und führte im Sinne der vorangehenden Ausführungen aus, von somatischer Seite her habe die Schmerzsymptomatik nicht oder nicht vollständig erklärt werden können. Es sei ■ wie dies bereits Dr. med. AF.\_\_\_\_ im F.\_\_\_\_-Gutachten beschrieben habe ■ beim chronischen Schmerzsyndrom eine zusätzliche psychosomatische Komponente zu beschreiben. Es besteht somit auch in Bezug auf diese psychiatrische Diagnose keine vom Gerichtsgutachten vom 20. Juli 2016 abweichende Diagnosestellung. Einzig die entsprechenden Einschätzungen der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit weichen voneinander ab. In diesem Sinne hielt der RAD-Psychiater Dr. med. J.\_\_\_\_ in seiner Aktennotiz vom 10. Dezember 2014 fest (vgl. E. II. 6.31 hiervor), es sei in Bezug auf das F.\_\_\_\_-Gutachten und das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ von einer unterschiedlichen

Beurteilung des gleichen Sachverhalts auszugehen. Dies bestätigte anschliessend auch Dr. med. H.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2014 (vgl. E. II. 6.32 hiervor). Auch Dr. med. I.\_\_\_\_ führte im Rahmen seines Gutachtens vom September 2014 aus (vgl. E. II. 6.30 hiervor), der Befund sei weitgehend identisch mit demjenigen von Dr. med. AF.\_\_\_\_.

Die in den Akten dokumentierten psychiatrischen Berichte vermögen folglich den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. L.\_\_\_\_ nicht zu schmälern.

8.2.2.3 Da die bei der Beschwerdeführerin vorliegende «chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» einem mit den anhaltenden somatoformen Schmerzstörung vergleichbaren unklaren Beschwerdebild entspricht (vgl. E. II.

### **E. 7.3**

hiervor), ist nachfolgend zu prüfen, ob das psychiatrische K.\_\_\_\_-Teilgutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ der mit dem Urteil BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 geänderten bundesrichterliche Praxis zu genügen vermag. Es erfolgt daher anhand eines Kataloges von Indikatoren eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

Die Beweiskraft des Gerichtsgutachtens der K.\_\_\_\_ setzt somit voraus, dass dieses auch den Anforderungen der neuen Rechtsprechung entspricht, indem es sämtliche für die Beurteilung der Indikatoren relevanten Informationen enthält. Dies ist in Bezug auf das Gerichtsgutachten vom 22. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.34 hiervor) ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (vgl. A.S. 132) ■ zu bejahen: So ging Dr. med. L.\_\_\_\_ im psychiatrischen Teilgutachten auf sämtliche Indikatoren in nachvollziehbarer und schlüssiger Weis im Einzelnen ein, bzw. verwies auf bereits getätigte Feststellungen in ihrem Teilgutachten (vgl. A.S. 94 f.). Sie führte bspw. in Bezug auf die «Persönlichkeit» der Beschwerdeführerin aus, diese habe einige einschneidende Lebensereignisse durchgemacht. Dies überzeugt, da anschliessend dargelegt wird, dass dazu wahrscheinlich die Trennung vom ersten Ehemann 14 Tage nach der Hochzeit zu rechnen sei, auch wenn die Beschwerdeführerin dies in der aktuellen Untersuchung bagatellisiere und nur auf Nachfragen eingeräumt habe. Wahrscheinlich bedeute die Scheidung eine sehr hohe Kränkung, und es sei nicht ausgeschlossen, dass sich die Beschwerdeführerin retrospektiv Gedanken mache, was wohl passiert wäre, wenn sie eine weiterführende Schule entsprechend den Empfehlungen ihres Vaters besucht hätte. Auch die Einreise in die Schweiz dürfte gemäss überzeugender Ausführung der Gutachterin ein relevantes Lebensereignis gewesen sein. Auch hier habe die Beschwerdeführerin die Schwierigkeiten in der aktuellen Untersuchung eher bagatellisiert, aber Dr. med. I.\_\_\_\_ gegenüber berichtet bspw. und auf explizites Nachfragen der Gutachterin jetzt auch bestätigt: Sie habe die Sprache nicht gekonnt und sich anfänglich sehr schwer getan, in der Schweiz zurechtzukommen, zumal sie anscheinend erwartet habe, dass ihr Mann im Alltag präsenter gewesen wäre. Überdies habe sie wahrscheinlich die Aufgehobenheit in einer Grossfamilie vermisst. Eine zumindest partielle Unterstützung habe sie zu Beginn durch eine serbokroatisch sprechende Nachbarin erhalten, später durch eine albanische Nachbarin. Trotzdem habe sie bis heute nur sehr wenig Deutsch gelernt und sehe dies auch als eigenes Manko. Laut schlüssiger Ausführung der Gutachterin werfe dies die Frage auf, wie weit der Beschwerdeführerin die Integration in der Schweiz gelungen sei. Anlässlich der aktuellen

Untersuchung habe sie sich dazu nicht näher äussern wollen. In ihrem Auftreten, ihren Antworten und ihrem Umgang in der aktuellen Untersuchung mache die Beschwerdeführerin durchaus nicht den Eindruck, als sei sie nur von bescheidener Intelligenz und undifferenziert. Sie gebe aber wenig Einblick in ihr eigenes Denken und Empfinden, möglicherweise aus traditioneller Scham, weil es sich nicht gehöre, mit fremden Menschen über solche Themen zu sprechen. Es scheine aber auch so zu sein, dass sie in ihrer Umgebung seit langer Zeit niemanden gefunden habe, mit dem sie sich darüber hätte austauschen können. Sie scheine auch in der Therapie darüber nicht gesprochen zu haben. Klar habe die Beschwerdeführerin sich dazu äussern können, dass sie mit sich selbst nicht zufrieden sei, ohne dies näher auszuführen. Klar sei auch, dass sie innerhalb der Familie den interkulturellen Konflikt zwischen albanischer und schweizerischer Kultur mit sich abmachen müsse und hier wenig Unterstützung durch den Ehemann oder die Söhne erfahre, allenfalls in gewissem Ausmass durch ihre Stieftochter. In dieser Situation scheine es zusätzlich zur psychischen Symptomatik zu einer regressiv resignativen Haltung gekommen zu sein, aus der heraus die Beschwerdeführerin in erster Linie ihre Beschwerden präsentiere und keinen aktiven Umgang mit der Situation gefunden habe (A.S. 94). Diese Erläuterungen scheinen in Anbetracht der vorangegangenen Ausführungen schlüssig und überzeugend. Zur «Konsistenz» hielt die Gutachterin ferner fest, die Beschwerdeführerin sei in aller erster Linie in ihrer beruflichen Tätigkeit beeinträchtigt. Weiter legt die Gutachterin dar, dass ihr Verhalten über die körperlichen Einschränkungen hinaus auf einen bedeutsamen Zusammenhang mit der familiären Situation hindeute: Wäre sie in einer angepassten Tätigkeit weiterhin voll leistungsfähig, hätte sie keine bisher fassbare Chance, im Haushalt entlastet zu werden. Die Angaben über die Schmerzen im Verlauf seien im Vergleich zur aktuellen Untersuchung (teils würden diese nachvollziehbar lokalisiert vor allem im linken Knie, aber auch im rechten Knie beschrieben, zum Teil mit erheblichen Diffusitäten, wie Schmerzen im ganzen Bereich des Unterschenkels, diffus übers ganze Knie verteilt, anlässlich der aktuellen Untersuchung zudem auch Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, ein Globusgefühl etc.) nicht ganz einheitlich. Die seit Jahren bestehende depressive Symptomatik unterschiedlichen Schweregrades (zwischen leicht bis mittelschwer) sei nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin scheine auch ihre Antidepressiva einzunehmen und betone vor allem, dass sie dank des Trittico schlafen könne. Die verschiedenen Klagen über weitere Beschwerden, zum Teil Schmerzen, vor allem aber auch Vergesslichkeit bis hin zu Orientierungsschwierigkeiten (manchmal wisse sie nicht mehr, wo sie sei, aber auch sie könne die Chronologie nicht mehr rekonstruieren etc.), würden ■ so die Gutachterin ■ in der aktuellen Untersuchung eher als Ausdruck ihrer schwierigen Situation imponieren. Dies bedeute, dass die Auswirkungen der depressiven und der Schmerzsymptomatik sich nicht ganz gleich über alle Lebensbereiche verteilen würden, dass aber doch eine gewisse Einschränkung vorhanden sei, die genauer zu schildern die Beschwerdeführerin Mühe habe. Diese Ausführungen der Gutachterin erscheinen unter Einbezug der vorangegangenen Untersuchungen und Einschätzungen nachvollziehbar. Weiter führte Dr. med. L. \_\_\_ in Bezug auf die «Ressourcen» aus, die Beschwerdeführerin verfüge aus psychiatrischer Sicht nicht über ausreichend Ressourcen, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit vollständig zu realisieren. Eine gewisse zusätzliche Einschränkung sei gegeben, wenn auch nicht in dem Ausmass, in dem sie sich die Beschwerdeführerin selbst sehe (A.S. 95). Aufgrund dieser Ausführungen kann auch die Frage beantwortet werden, ob die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im vorliegenden Fall Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hat. So vermag

die Darlegung der Gutachter einzuleuchten, dass von psychiatrischer Seite her aufgrund der eingeschränkten Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit aufgrund der Schmerzen eine zusätzliche Einschränkung bestehe und die Beschwerdeführerin daher vermehrt Pausen und die Möglichkeit benötige, sich bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zwischenzeitlich kurz bewegen zu können. Daher werde die tägliche Arbeitszeit insgesamt um circa eine Stunde reduziert. Innerhalb der verbleibenden Arbeitszeit sei nicht mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung zu rechnen (A.S. 96).

8.3 Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die übrigen medizinischen Akten den Beweiswert des Gerichtsgutachtens der K. \_\_\_ vom 22 Juli 2016 nicht zu schmälern vermögen.

8.4 Einzugehen ist nachfolgend auf die Vorbringen der Beschwerdeführerin:

8.4.1 Die Beschwerdeführerin bringt zum einen vor, die Befundlage sei von der psychiatrischen Gutachterin nicht adäquat berücksichtigt und verharmlosend dargestellt worden (A.S. 128). So werde z.B. auf S. 28 ausgeführt, es seien keine Konzentrationsstörungen zu erheben gewesen. Dies stehe aber in erheblichem Widerspruch zu den auf S. 19 erhobenen erheblichen kognitiven Defiziten. So sei es der Beschwerdeführerin nicht einmal mehr gelungen, die Ereignisse der Vergangenheit adäquat zu rekonstruieren. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass die Gutachterin auf S. 28 (A.S. 80) explizit darlegte, bei der Beschwerdeführerin hätten zum Untersuchungszeitpunkt keine Hinweise auf Konzentrationsfähigkeitsstörungen vorgelegen. Dies bestätigte sie auch anlässlich der Auseinandersetzung mit der depressiven Episode nach ICD-10 (A.S. 88), indem sie u.a. ausführte, «nicht in der Untersuchung bestätigbar seien verminderte Konzentration ( )» gewesen. Damit steht ausser Frage, dass die Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Gerichtsgutachtens nicht unter Konzentrationsschwierigkeiten litt. Indem die Gutachterin darauf hinwies, dass die Beschwerdeführerin beklagt habe, in ihrer Konzentration eingeschränkt zu sein (A.S. 80), ist davon auszugehen, dass es sich hierbei um eine subjektive Wahrnehmung bez. Einschätzung der Beschwerdeführerin selbst handelt. Wie bereits unter E. II. 8.1.1 hiervoor dargelegt, zeigte die psychiatrische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise auf, dass es der Beschwerdeführerin zwar nicht gelungen sei, den Verlauf seit dem Unfallereignis aktiv zu rekonstruieren, es sich aber beim Durchgang der Ereignisse gezeigt habe, dass sie sich sehr gut erinnern und Kontextbezüge herstellen könne. Es ist daher diesbezüglich von Inkonsistenzen auszugehen. Aufgrund dieser Ausführungen kann ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ jedenfalls nicht von einem erheblichen Widerspruch im Gutachten ausgegangen werden. Es bleibt ferner darauf hinzuweisen, dass aufgrund der vorangehenden Ausführungen für die Gutachter F. \_\_\_ keine Veranlassung bestand, die Konzentrationsstörungen weiter abzuklären. Es erübrigt sich daher eine ■ wie zuvor im F. \_\_\_-Gutachten vom 21. Februar 2012 (vgl. E. II. 6.26 hiervoor) empfohlene ■ Abklärung mittels neuropsychologischer Untersuchung. Auf das entsprechende Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 133) ist daher nicht einzugehen.

Auch in Bezug auf das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach im Gerichtsgutachten einerseits erhoben worden sei, sie wirke nicht niedergestimmt und andererseits festgehalten worden sei, sie habe zu Beginn im Kontakt sehr zurückgenommen bis abweisend gewirkt (A.S. 128), lässt sich kein Widerspruch formulieren. So hielt die psychiatrische Gutachterin zwar anlässlich des psychopathologischen Befundes ■ wie von der Beschwerdeführerin korrekt festgestellt ■ ausdrücklich fest, die Beschwerdeführerin

habe zu Beginn sehr zurückgenommen bis abwesend gewirkt. Die Beschwerdeführerin verkennt indes in ihrem Vorbringen, dass die Gutachterin weiter darlegte, dass diese im Laufe der Begutachtung lebhafter geworden sei und zum Teil auch spontan gesprochen habe (vgl. die entsprechenden Ausführungen unter E. II. 8.1.1 hiervor). Auf die durch die Beschwerdeführerin ebenfalls vorgebrachte erhebliche Reserviertheit bei belastenden Themen (A.S. 128) ist die Gutachterin ebenfalls eingegangen und hat diese diskutiert (vgl. A.S. 94). Es ist daher auch diesbezüglich keine Schmälerung des Beweiswertes des K.\_\_\_\_-Gutachtens zu erblicken.

8.4.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich ferner auf den Standpunkt, die Punkte-Endsumme der Hamilton-Depressionsskala sei nicht nachvollziehbar, diese hätte erheblich höher im Rahmen einer mindestens mittelgradigen Depression zu liegen kommen müssen (A.S. 129). Gemäss der Gutachterin erreiche die Beschwerdeführerin dabei insgesamt 9 Punkte, was knapp einer leichten depressiven Symptomatik entspreche (vgl. A.S. 82). Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin sind im Rahmen dieser klinischen Fremdbeurteilungsskala (A.S. 100 f.) keine Widersprüche zu erkennen. Wie bereits oben dargelegt, konnte bspw. während der Exploration keine depressive Stimmung erhoben werden, es ist vielmehr von einer lebhaften Beschwerdeführerin die Rede, die teilweise spontan gesprochen habe. Da die Beschwerdeführerin die weiteren beanstandeten Punkte nicht substantiiert begründet, ist auf diese nicht weiter einzugehen.

In Bezug auf das Vorbringen, wonach unverständlich sei, dass bis auf ein Telefonat mit der behandelnden Ärztin auf eine Fremdanamnese verzichtet worden sei (A.S. 129), ist festzuhalten, dass das Erheben von fremdanamnestischen Auskünften stets im Ermessen des jeweiligen Gutachters liegt. Es ist nicht ersichtlich, inwiefern die von der Beschwerdeführerin geforderten Befragungen des Ehemannes oder der Söhne betreffend den Tagesablauf und das Verhalten der Beschwerdeführerin für die vorliegend zu klärenden Frage weiterführend gewesen wären. Dies wird durch die Beschwerdeführerin denn auch nicht dargelegt. Damit läuft ihr Vorbringen ins Leere.

8.4.3 Mit ihrem Vorbringen, wonach das Ziel des Gerichtsgutachten gewesen wäre, Klarheit zu schaffen, welchem Gutachten zu folgen wäre und dieses nicht darin bestanden habe, eine eigenständige Beurteilung vorzunehmen (A.S. 131), vermag die Beschwerdeführerin nicht durchzudringen. So wurde im Rahmen des Fragekatalogs an die K.\_\_\_\_ (A.S. 44) konkret danach gefragt, in welchem Umfang der Beschwerdeführerin die angestammten Tätigkeiten als Mitarbeiterin Hausdienst im Alters- und Pflegeheim sowie als Näherin aufgrund der festgestellten Defizite und verbleibenden Ressourcen zumutbar seien (Frage Nr. 4). Damit entbehrt die Behauptung der Beschwerdeführerin jeglicher Grundlage.

Da bereits in E. II. 8.2.2.2 hiervor dargelegt wurde, es handle sich sowohl beim F.\_\_\_\_-Gutachten und beim Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ um die unterschiedlichen Beurteilung des gleichen Sachverhalts, ist nicht einzusehen, inwiefern sich die Gutachter im Rahmen des Gerichtsgutachtens mit den unterschiedlich geschätzten Arbeitspensen in diesen Gutachten hätten auseinandersetzen müssen. Dem entsprechenden Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 131) kann deshalb nicht gefolgt werden.

8.5 Dem Gerichtsgutachten ist somit voller Beweiswert zuzusprechen. Es ist damit in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin von den Einschätzungen in diesem Gerichtsgutachten auszugehen: Aufgrund der bei der körperlichen Untersuchung und den

Röntgenuntersuchungen vom 22. Juni 2016 festgestellten Befunde ist nicht von einer wesentlichen Einschränkung der somatischen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin auszugehen. Wie bereits oben festgehalten, lässt sich der grösste Teil der beklagten Schmerzen aus orthopädisch-traumatologischer Sicht nicht nachvollziehen (vgl. E. II. 8.2.1 hiervor). Der Beschwerdeführerin ist aufgrund der weitgehend fehlenden Defizite daher die Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst im Alters- und Pflegeheim zu 90 % und als Näherin in vollem Umfang zumutbar. Von psychiatrischer Seite her besteht ■ wie bereits oben erläutert (vgl. E. II. 8.2.2.3 hiervor, am Schluss) ■ bei der Beschwerdeführerin aufgrund der eingeschränkten Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit und der Durchhaltefähigkeit aufgrund der Schmerzen eine zusätzliche Einschränkung. Sie benötigt deswegen vermehrt Pausen und die Möglichkeit, sich bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zwischenzeitlich kurz bewegen zu können. Dadurch reduziert sich die tägliche Arbeitszeit zusätzlich um insgesamt circa eine Stunde. Innerhalb der verbleibenden Arbeitszeit ist nicht mit einer zusätzlichen Leistungseinschränkung zu rechnen.

9. Es ist im Folgenden auf den durch die Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 15. Mai 2015 vorgenommenen Einkommensvergleich einzugehen (vgl. E. II. 3.3 hiervor):

9.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühest möglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). Für die Berücksichtigung einer beruflichen Weiterentwicklung ist erforderlich, dass konkrete Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die versicherte Person einen beruflichen Aufstieg und ein entsprechend höheres Einkommen tatsächlich realisiert hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre; bloss theoretische Aufstiegsmöglichkeiten sind nicht zu berücksichtigen (AHI 1998 S. 171 E. 5a).

9.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]).

9.1.2 Gemäss vorliegenden Akten besuchte die Beschwerdeführerin von 1965 bis 1973 die Grundschule im Kosovo. Nach der obligaten Schulzeit wohnte sie noch ein Jahr im Elternhaus und half zu Hause und in der Landwirtschaft mit. Anschliessend absolvierte sie eine zweijährige Lehre als Näherin. Nachdem ihr Ehemann 1987 in die Schweiz gegangen war, lebte sie noch fünf Jahre in ihrer Heimat, wo sie Heimarbeiten als Näherin machte. 1992 kam sie dann auch in die Schweiz, wo sie bis 1998 als Hausfrau und Mutter tätig war. 1998 begann sie bei [...] als Schneiderin zu arbeiten. Sie konnte dort etwas nähen, währenddem die Kinder in der Schule waren. Über die Chefin fand sie im Jahr 2000 eine

erste Arbeitsstelle, eine temporäre Tätigkeit in einer Fabrik. 2001 trat sie im Altersheim eine Stelle an. Dort arbeitete sie in der Küche, in der Wäscherei und putzte (IV-Nrn. 17, 67 S. 15, A.S. 74 ff.). Dem Arbeitgeberfragebogen des Altersheims vom 19. November 2008 (IV-Nr. 12) ist zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin die Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst am 1. Juni 2001 aufnahm. Die Beschwerdeführerin reduzierte ihr Arbeitspensum ab Januar 2003 von 100 % auf 80 % (33,6 Stunden pro Woche), dies auch aus gesundheitlichen Gründen (vgl. Protokolleintrag vom 2. August 2011). Infolge der Knieschmerzen konnte die Beschwerdeführerin die Arbeiten im Hausdienst nicht mehr bewältigen. Daher wurde ihr das Arbeitsverhältnis per 31. Dezember 2008 durch die Arbeitgeberin gekündigt (IV-Nr. 5). Vom Mai 2001 bis Dezember 2009 übte die Beschwerdeführerin einen Nebenjob als Näherin in einem Pensum von 20 % aus (vgl. Abklärungsbericht Haushalt vom 2. August 2011, IV-Nr. 62). Seither ist die Beschwerdeführerin ohne feste Anstellung.

9.1.3 Aufgrund dieser Ausführungen ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, beim Valideneinkommen den zuletzt erzielten Lohn der Beschwerdeführerin sowohl im Altersheim als auch als Näherin heranzuziehen (A.S. 2), nicht zu beanstanden. Es ist folglich von einem jährlichen Bruttolohn im Altersheim von CHF 40'700.00 auszugehen (vgl. Arbeitgeberfragebogen, IV-Nr. 12), welcher ■ wie von der Beschwerdegegnerin korrekt vorgenommen ■ an die Teuerung 2008/2009 (Nominallohnindex, 2006 - 2010, Ziff. 85 «Gesundheits- und Sozialwesen») anzupassen ist (CHF 40'700.00 x [: 104,5 x 106,6]). Dieser beträgt somit total CHF 41'517.90. Zu berücksichtigen ist auch das Einkommen als Näherin. Gemäss Angaben aus dem Individuellen Konto (IV-Nr. 39 S. 3) verdiente die Beschwerdeführerin in den Jahren 2002 bis 2005 durchschnittlich CHF 8'733.00 jährlich ([CHF 8'103.00 + CHF 11'616.00 + CHF 9'005.00 + CHF 6'208.00] : 4). Dies ergibt ■ wie dies die Abklärungsfachfrau im Bericht vom 24. Juli 2013 errechnet hat (vgl. IV-Nr. 69 S. 3) ■ einen Stundenlohn von CHF 24.00. Hochgerechnet auf eine 42 Stunden-Woche und auf das Jahr (52 Wochen) beträgt das Jahreseinkommen als Näherin in einem 100 % Pensum CHF 52'416.00. Unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums von 20 % und der Teuerung (2005 - 2009, Ziff. 17 ■ 18 «Herstellung von Textilien und Bekleidung», [: 100 x 106,2]) beträgt dieses CHF 11'133.15. Dabei erweist sich diese Aufrechnung als grosszügig, weil sie Feiertage und Ferien nicht berücksichtigt. Insgesamt beträgt das Valideneinkommen somit CHF 52'651.05 (CHF 41'517.90 + CHF 11'133.15).

9.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). Da die Beschwerdeführerin gemäss voll beweiskräftigem Gerichtsgutachten der K.\_\_\_\_ aus orthopädisch-traumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Hausdienst im Alters- und Pflegeheim zu 90 % und als Näherin voll arbeitsfähig wäre, und aus psychiatrischer Sicht einzig eine zusätzliche Einschränkung besteht aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs und der Möglichkeit, sich bei einer vorwiegend sitzenden Tätigkeit zwischenzeitlich kurz zu bewegen (vgl. E. II. 6.34 hiervor), ist nicht zu beanstanden, wenn die Beschwerdegegnerin das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt hat:

9.2.1 Die Beschwerdegegnerin ist dabei zu Recht vom monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'116.00 (LSE 2008, TA1, Niveau 4 [einfache und repetitive Tätigkeiten], Total Frauen) ausgegangen. Dies ist korrekt (BGE 126 V 75 E. 7a S. 81). Die

Beschwerdegegnerin hat anschliessend den auf 40 Wochenstunden beruhenden Betrag auf die betriebsübliche Arbeitszeit von 41.6 Stunden im Jahr hochgerechnet. Damit resultiert nach Anpassung an die Teuerung (Jahr 2008/2009, [ : 104,9 x 107,1]) ein Jahreseinkommen von gerundet CHF 52'445.00. Unter Berücksichtigung eines Arbeitspensums aus orthopädischer Sicht von 90 % resultiert ein Betrag von CHF 47'200.50. Bei diesem, der Beschwerdeführerin aus orthopädischer Sicht noch zumutbaren Arbeitspensum von 90 % ist zu berücksichtigen, dass aus psychiatrischen Gründen zusätzlich vermehrte Pausen sowie die Möglichkeit, sich zwischendurch zu bewegen, benötigt werden, was die tägliche Arbeitszeit um insgesamt circa eine Stunde pro Tag zusätzlich reduziert (vgl. E. II. 8.5 hiervor).

9.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ 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; Urteil des Bundesgerichts 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 4.1.2) 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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_532/2016 vom 25. November 2016 E. 4.1.2). Nach der Rechtsprechung ist 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).

Aufgrund der bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Schmerzproblematik ist ihr ein leidensbedingter Abzug zu gewähren. Die Beschwerdegegnerin hat im Einspracheentscheid vom 15. Mai 2015 bereits vor dem Vorliegen des Gerichtsgutachtens vom 22. Juli 2016 einen leidensbedingten Abzug von 10 % gewährt (vgl. A.S. 2). Dieser erscheint aufgrund der vorliegend dokumentierten langjährigen Schmerzproblematik angemessen und ist nicht zu beanstanden. Weitere Abzüge wurden von der Beschwerdegegnerin zu Recht ausser Acht gelassen. So gebietet insbesondere das Alter der Beschwerdeführerin von 57 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs 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). Dasselbe gilt hinsichtlich der Nationalität: Da die Beschwerdeführerin über die Niederlassungsbewilligung C verfügt (vgl. IV-Nrn. 15, 18), wird sie im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt als Schweizerinnen und Ausländerinnen zusammen (LSE 2008 TA12). Auch mangelnde Sprachkenntnisse, die bei der Beschwerdeführerin gegeben sind (vgl. dazu z.B. E. II. 6.34 hiervor), wären ebenfalls nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da der Beschwerdeführerin gemäss dem voll beweiswertigen Gerichtsgutachten vom 22. Juli 2016 eine Arbeit zu 90 % zumutbar ist, ist ■ entgegen der Berechnung in der angefochtenen Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 15. Mai 2015 (A.S. 2), die vor dem Erlass des Gerichtsgutachtens erging ■ auch ein Teilzeitabzug vorzunehmen. Ein Abzug von 5 % erscheint hier angemessen. Damit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt

CHF 40'356.45 (95 % von [85 % von CHF 47'200.50]).

9.3 Folglich resultiert bei einem Valideneinkommen von CHF 52'651.05 und einem Invalideneinkommen von CHF 40'356.45 ein Invaliditätsgrad von 23,4 %, der nicht zum Bezug einer Invalidenrente berechtigt (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Selbst wenn von einem leidensbedingten Abzug von 25 % ausgegangen würde, würde sich an diesem Ergebnis nichts ändern. Diesfalls würde das Invalideneinkommen CHF 33'630.35 und der IV-Grad daher gerundet 36 % betragen. Auch dieser IV-Grad würde nicht zu einem Leistungsanspruch führen. Daher hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdegegnerin auf eine Invalidenrente zu Recht abgewiesen.

10. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 15. Mai 2015 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Die Beschwerdeführerin hat keinen Anspruch auf eine Invalidenrente.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in der Höhe von CHF 600.00 zu verrechnen sind.

11.3 Wie oben bereits dargelegt (vgl. E. II. 7 hiervor), war der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 15. Mai 2015 (A.S. 1 ff.) nicht hinreichend geklärt. Die Beschwerdegegnerin wäre daher gehalten gewesen, ergänzende Abklärungen vorzunehmen. Indem sie darauf verzichtete, hat sie den Untersuchungsgrundsatz verletzt (vgl. E. II. 4.1 hiervor), und das Gericht musste die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des bidisziplinären Gutachtens der K.\_\_\_\_ vom 22. Juli 2016 in der Höhe von CHF 12'094.10 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens der K.\_\_\_\_ von CHF 12'094.10 zu bezahlen.

## **Rechtsmittel**

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

Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Jäggi

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