

SO_GERICHTE VSBES.2016.175 vom 19. Mai 2016

SO Obergericht, 2016-05-19, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.175

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.175 du 19 mai 2016

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.175 del 19 maggio 2016

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 19. Mai 2016 sei vollumfänglich aufzuheben.

E. 2

a) Es sei eine gerichtliche Begutachtung der Beschwerdeführerin (inkl. Verlaufsbegutachtung) unter Beantwortung des Fragenkatalogs des BSV gemäss Rundschreiben Nr. 339 vom 9. September 2015 durchzuführen und im Anschluss sei ein strukturiertes Beweisverfahren mit Indikatorenprüfung durchzuführen (Beweisgegenstand: Gutachterliche und gerichtliche Ermöglichung der Beurteilung der Schweregradindikatoren gemäss Urteil des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 9C_492/2014, vor allem auch gemäss E. 4.3.1.2 und 4.3.2). b) Eventualiter: Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (inkl. berufliche Massnahmen) nach Massgabe einer Erwerbsunfähigkeit von mindestens 40 % seit wann rechtens auszurichten.

E. 3

Es seien in zeitlicher Hinsicht vor der Begutachtung berufliche Eingliederungs- und Integrationsmassnahmen nach den Bestimmungen der Art. 8 f. und Art. 14 ff. IVG durchzuführen (Beweisgegenstand: Gutachterliche Ermöglichung der Beurteilung des Schweregradindikators der E. 4.3.1.2 des Urteils des Bundesgerichts vom 3. Juni 2015 9C_492/2014).

E. 4

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

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

erreicht hat (Art. 4 IVG).

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).

E. 5

5.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1).

5.2 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 352 E. 3a). 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten 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 (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.).

6. Wie bereits in II. E. 2 hiervor erwähnt, ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 19. Mai 2016 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Invalidenrente und/oder beruflicher Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat.

7. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant:

7.1 Im teilweise auf Deutsch übersetzten medizinischen Bericht von Dr. med. L.____, [...], vom 30. Dezember 2009 (IV-Nr. 6) wurden die Diagnose einer «Lumboischialgia lat dex cum Radiculitis vertebrae reg lumbalis bronchitis acuta, Tonzylpharigitis acuta» gestellt. Die Beschwerdeführerin sei am 21. Dezember 2009 wegen Schmerzen im rechten Bein als Ganzes, mit Abnahme bei Bewegung (nicht genügende Stabilität bei Bewegung und schiefes Gehen), zur Kontrolle erschienen. Die Behandlung habe vom 21. bis 30. Dezember 2009 gedauert.

7.2 Prof. Dr. med. M.____, Leitender Arzt, N.____, Dermatologie -Allergologie, hielt im Bericht vom 22. Mai 2013 (IV-Nr. 23 S. 14 f.) folgende Diagnosen fest:

Verdacht auf chronisch-irritatives Handekzem

- Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne aktuelle klinische Relevanz

Die Beschwerdeführerin übe etwa seit zehn Jahren eine berufliche Tätigkeit in der Krankenpflege aus. Vor etwa sechs Jahren sei ein erstmalig passageres Auftreten von Hautveränderungen an den Händen erfolgt. Seit über einem Jahr seien jedoch erneut Hautveränderungen aufgetreten, die in den Ferien (etwa 14 Tage) komplett abgeheilt seien. Während dieser Zeit habe sie auch keine Hausarbeiten durchgeführt. Auch nach einem Wechsel von Latex- auf Vinyl-Handschuhe habe es keine Befundverbesserung gegeben. Die Hautveränderungen sprächen gut auf eine Lokalthherapie mit Elocrom-Crème an, die aber anfangs zu einem Brennen der Haut führe, nach Absetzen trete jedoch rasch wieder ein Rezidiv ein. Sie verwende als Hautschutz ein im Altersheim vorhandenes Präparat. Besondere Triggerfaktoren beruflicher oder ausserberuflicher Art würden verneint. Dies wurde wie folgt beurteilt: Die jetzt durchgeführte allergologische Untersuchung mit potenziell relevanten Kontakt-Allergenen habe keinen Hinweis auf eine Sensibilisierung ergeben. Trotz der anamnestisch raschen Abheilung nach der Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit erscheine danach doch ein irritatives Handekzem vorzuliegen. Dafür würde auch der Wechsel von Latex- zu Vinyl-Handschuhen sprechen, da erstere

gelegentlich, letztere aber keine Thiurame enthielten. Da es jetzt unter Anwendung der Elocom-Salbe zu keiner erkennbaren Besserung des Befundes gekommen sei, empfehle er die Fortsetzung der Therapie unter nächtlichen Okklusivverbänden sowie die konsequente Anwendung von Excipial Protect. Wieder auftretende Rhagaden könnten mit Urgo-Direkt behandelt werden.

7.3 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 18. September 2013 (IV-Nr. 19.12 S. 18) hielt Dr. med. O.____, Allgemeinmedizin FMH / Homöopathie SVHA, die Diagnose eines «HWS-Distorsionstraumas vom 8. September 2013» fest. Im Verlauf seien Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten. Gegenwärtig werde mit Physiotherapie, NSAR und Halskragen behandelt. Im Moment seien keine weiteren Behandlungen vorzuschlagen. Die Beratungen fänden einmal alle zwei bis vier Wochen statt. Seit dem 8. September 2013 bis unklar bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit.

7.4 Dr. med. P.____, interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie, Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie, Q.____, hielt betreffend die ambulante Untersuchung vom 9. Dezember 2013 im Bericht vom 10. Januar 2014 (IV-Nr. 23 S. 11 f.) folgende Diagnosen fest:

-Therapieresistentes zum Teil invalidisierendes panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall im September 2013

-Bekannt Kontaktallergien mit Ekzemen an beiden Händen

Er habe die Situation mit der Beschwerdeführerin besprochen. Es bestehe ein protrahierter Verlauf nach Verkehrsunfall mit massiven therapieresistenten generalisierenden Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule. Seit dem Unfall sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Die Nachtruhe sei massiv gestört. Somit habe er sich entschieden, die neuroradiologische Abklärung der Wirbelsäule durchzuführen. Dafür habe er die Beschwerdeführerin angemeldet. Gleichzeitig werde diese die medikamentöse Therapie erweitern. Ab heute werde sie Zaldiar und Novalgin viermal täglich einnehmen. Eine intensive Physiotherapie evtl. sogar ein stationärer Aufenthalt müssten so rasch als möglich diskutiert werden.

7.5 Die am 11. Dezember 2013 in der Q.____ durchgeführten MRT der HWS, der BWS und LWS (IV-Nr. 19.12 S. 2) wurden durch Dr. med. R.____, Spezialärztin für Radiologie, wie folgt beurteilt: Unauffällige Darstellung der Wirbelsäule bei Liquorflussartefakten im Bereich der BWS.

7.6 Aufgrund der Konsultation der Beschwerdeführerin vom 8. Januar 2014 bei Dr. med. P.____ (IV-Nr. 23 S. 13), führte dieser aus, es sei ein MRI der Wirbelsäule durchgeführt worden. Im lumbalen Bereich bestehe eine Osteochondrose L5/S1. Im oberen BWS-Bereich seien klare Liquorflussartefakten gegeben. Er werde diesen Befund noch mit dem Radiologen besprechen. Er habe die Beschwerdeführerin bei Dr. med. S.____ für eine Beurteilung angemeldet. Klinisch habe sich die Situation trotz medikamentöser Therapie mit Novalgin und Tramal nicht verbessert. Es sollte eine Hospitalisation für eine konsequente Aufbau-therapie diskutiert werden. Dies werde nach der Beurteilung von Dr. med. S.____ mit der Beschwerdeführerin besprochen. Aktuell sehe er keine Indikation für interventionelle Massnahmen.

7.7 Die am 16. Januar 2014 durchgeführten MRT der BWS und der Aorta thoracalis wurden durch PD Dr. med. T.____, Radiologe, Q.____, wie folgt beurteilt: Aufgrund der

weiterhin unsicheren Situation bezüglich einer möglichen Raumforderung im posterioren Spinalkanal BWK3 - BWK9 dorsal dem Myelon intraspinal anliegend, sollte weiterführend eine diagnostische thorakale Myelographie mit Myelo-CT unter gleichzeitiger Liquorabnahme, diskutiert werden.

7.8 Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Neurologie, Q.____, hielt anlässlich der Untersuchungen vom 13. und 17. Januar 2014 im Bericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 23 S. 6 f.) folgende Beurteilung fest: Zunächst einmal finde er in der neurologischen Untersuchung normale Befunde, er habe keine Anhaltspunkte für eine cervicale radikuläre Schädigung oder eine Halsmarkschädigung. Auch im Zusammenhang mit den auffälligen Strukturen im Spinalkanal zeigten sich keine Zeichen von Seiten des Brust- und Lendenmarks. Die Veränderungen, die im MR erkannt worden seien, seien einerseits als Flussartefakte zu interpretieren, andererseits bestehe eine venöse Anomalie, die jedoch von keinerlei pathologischer Bedeutung sei. Insgesamt könne er eine traumatische Schädigung oder andere Beeinträchtigung von Rückenmark oder Nervenwurzel nicht nachweisen.

7.9 Dr. med. S.____ hielt im Spitalaustrittsbericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 19.12 S. 5) betreffend die Hospitalisation vom 24. bis 27. Januar 2014 die Diagnose «Liquorunterdrucksyndrom nach Melographie (ICD-10 G97.0)» fest. Am 22. Januar 2014 sei zur weiteren Abklärung eines Befundes im Spinalkanal eine lumbale Myelographie durchgeführt worden. In der Folge habe sich ein Hypoliquorrhoesyndrom entwickelt. Die Beschwerdeführerin habe ab 24. Januar 2014 über massive Kopfschmerzen vor allem in aufrechter Position berichtet, die sich im Liegen deutlich gebessert hätten. Sie hätten sich entschlossen, die Beschwerdeführerin aufzunehmen. Nachdem ein konservativer Behandlungsansatz mit Infusionen, parenteralen Analgetika und Koffein noch nicht zu einer entscheidenden Besserung geführt habe, sei am 25. Januar 2014 vom Anästhesearzt eine Blutplombe gesetzt worden. Bereits am selben Abend habe die Beschwerdeführerin über eine Besserung berichtet, die angehalten habe, so dass sie am 27. Januar 2014 nach Hause habe entlassen werden können. Sie habe nur noch etwas Übelkeit beklagt. Für die Entlassung hätten sie die Behandlung mit Koffein zwei Tabletten täglich noch über einige Tage weiterlaufen lassen, Analgesie mit Dafalgan. Eine ambulante Kontrolle sei vorgesehen.

7.10 Dr. med. P.____ führte im Bericht vom 14. Februar 2014 (IV-Nr. 23 S. 7) aus, es sei in der Zwischenzeit die gründliche neurologische Abklärung durchgeführt worden und im cervicalen Bereich habe keine Pathologie bestätigt werden können. Die Liquorpunktion sei durchgeführt worden. Es sei anschliessend leider zu einem vorübergehenden Hypoliquorrhoesyndrom gekommen. Dieses habe sich bereits weitgehend normalisiert. Die Indikationen für die Infiltrationen im HWS-Bereich habe nicht gestört werden können. Im LWS-Bereich zeige sich eine Osteochondrose mit kleiner Hernierung L5/S1. Aktuell jedoch asymptomatisch. Klinisch verspüre die Beschwerdeführerin weiterhin massive bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen. Die medikamentöse Therapie mit Zaldiar habe eine gewisse Schmerzreduktion gebracht, jedoch verspüre sie starke Nebenwirkungen wie Schwindel und Konzentrationsstörungen. Somit könne die Rückkehr in den Arbeitsprozess noch nicht durchgeführt werden. Eine konsequente konservative Therapie in stationären Bedingungen sollte diskutiert werden.

7.11 Im Arztbericht vom 9. April 2014 (IV-Nr. 23 S. 1 ff.) wies Dr. med. O.____ folgende Diagnosen aus:

-Therapieresistentes, z.T. invalidisierendes panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall September 2013

-Schweres Kontaktekzem beider Hände, Allergie auf Desinfektionsmittel, Putzmittel, Abwaschmittel, seit 2007

Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe ab August 2013 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei stationär. Die Beschwerdeführerin sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. So müssten die Mutter, der Ehemann und die Schwiegermutter seit Beginn der Schmerzen helfen. Die Behandlung dauere vom 10. September 2013 bis andauernd, wobei die letzte Untersuchung am 7. April 2014 stattgefunden habe. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Rückenschmerzen (massiv schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit und Verlust der Kraft in den oberen Extremitäten) sowie ein massives Ekzem beider ganzer Hände mit Rissen, Blutungen, Wundwasser nach Kontakt mit Desinfektionsmittel, aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es seien ihr auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Sie könne nicht einmal den eigenen Haushalt machen, da sowohl die Hände stark beeinträchtigt als auch eine schmerzbedingte Beweglichkeit und Kraft gegeben seien.

7.12 Im Arztbericht vom 27. Mai 2014 (IV-Nr. 25) bestätigte Prof. Dr. med. M.____ die bereits im Bericht vom 22. Mai 2013 ausgewiesene Diagnose «Verdacht auf chronisches irritatives Handekzem» (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Krankenpflege ab 27. August 2013 bis heute 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die Behandlung dauere vom 13. Mai 2013 bis auf weiteres, die letzte Untersuchung sei am 26. Mai 2014 erfolgt. Aktuell sei noch eine Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit gegeben. Diese sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit könne im bisherigen Tätigkeitsbereich durch konsequenten Hautschutz in Zukunft verbessert werden. Es sei noch nicht absehbar, wie sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken werden. Aktuell seien alle Tätigkeiten ohne mechanische oder chemische Hautbelastung der Hände zumutbar, wobei diese aktuell für vier Stunden pro Tag ausgeübt werden könnten. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

7.13 Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMG, RAD, hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 30. Juli 2014 (IV-Nr. 30 S. 2 ff.) fest, bezüglich der dermatologischen Problematik sollte eigentlich davon ausgegangen werden können, dass die Beschwerdeführerin bei konsequenter Befolgung der verordneten Behandlung des chronischen irritativen Handekzems mittelfristig wieder voll arbeiten könne in allen Tätigkeiten, ohne mechanische oder chemische Hautbelastung der Hände. Für die Zeit ab August 2013 bis mindestens Ende Mai 2014 könnten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Dermatologie des N.____ nachvollzogen und somit übernommen werden. Nach dem erlittenen Verkehrsunfall vom September seien massive, therapieresistente Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule aufgetreten. Zumindest bis April 2014 habe deren Ursache offenbar nicht geklärt werden können. Die anlässlich der bis dahin durchgeführten Abklärungen zutage getretenen Befunde vermöchten jedenfalls das Ausmass und die Ausdehnung des Schmerzsyndroms nicht zu erklären. Möglicherweise liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Bei dieser jungen Beschwerdeführerin sollte so rasch wie möglich geklärt werden, wie das Schmerzsyndrom

medizinisch einzuordnen sei und welche Arbeitstätigkeit unter den gegebenen Umständen noch zumutbar sei. In Anbetracht der bestehenden Unklarheit könne die von der Hausärztin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten, ohne jegliche Verbesserungsmöglichkeiten, weder nachvollzogen noch übernommen werden. Eine polydisziplinäre Begutachtung sei zu empfehlen. Es liege eine medizinische Diagnose vor, die eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Pflegehelferin sei seit August 2014 [recte: 2013] gegeben, andauernd bis mindestens Ende Mai 2014. Der weitere Verlauf sei offen, hänge vom Erfolg der dermatologischen Behandlung ab. Grundsätzlich sei eine Rückkehr in den Pflegeberuf davon abhängig, ob der nötige Hautschutz künftig gewährleistet werden könne. Wie die Arbeitsfähigkeit von Seiten des Schmerzsyndroms zu beurteilen sei, könne erst nach weiteren Abklärungen beurteilt werden. Aus dermatologischer Sicht bestehe in einer Verweistätigkeit ab Mai 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine Steigerung sollte theoretisch inzwischen möglich sein. Die Beurteilung bezüglich des Schmerzsyndroms müsse noch erfolgen. Es seien weitere medizinische Abklärungen angezeigt. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung mit mindestens folgenden Disziplinen und dem Standard-Fragenkatalog durchzuführen: Dermatologie, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie.

7.14 Dr. med. U.____, Oberarzt Anästhesie / Schmerztherapie, N.____, hielt anlässlich der Erstkonsultation der Beschwerdeführerin im Interventionsbericht Nr. 1 vom 7. Januar 2015 (IV-Nr. 46.2 S. 3 f.) folgende Schmerzdiagnosen fest:

Schmerzen im Bereich des Nackens rechtsseitig mit Ausstrahlung auf die rechte Schulter, Kopf und nach thorakolumbal (ICD-10 M54.93) DD myofaszial, facettonen

Die Intervention sei mit einer High Dose Lidocain Infusion mit 150 mg Lidocain 1 % über 30 Minuten via Perfusor erfolgt. Unmittelbar nach dessen Verabreichung sei die Schmerzintensität im Bereich der BWS und LWS von NRS (Numerische Rating-Skala)

E. 6

Es sei nach Art. 61 lit. c ATSG eine gerichtlich-protokollarische Befragung der Beschwerdeführerin und ihres Ehemannes zur Frage der ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit durchzuführen (Beweisgegenstand: [Nicht-] Anwendbarkeit der gemischten Methode).

E. 7

auf 5 gesunken, im Nackenbereich würden die Schmerzen mit NRS 8 angegeben. Weitere Lidocain Infusionen seien für den 21. und 26. Januar 2015 geplant.

7.15 Im Interventionsbericht Nr. 2 vom 26. Januar 2015 bestätigte Dr. med. U.____ (IV-Nr. 46.2 S. 1 f.) die bereits im Bericht vom 7. Januar 2015 gestellten Diagnosen. Die erste Behandlung mit Lidocain habe problemlos durchgeführt werden können. Sie habe keine relevante, passagere Schmerzlinderung gebracht. Die zweite geplante Therapie vom 21. Januar 2015 sei von der Beschwerdeführerin aus familiären Gründen abgesagt worden. Die Schulter-Nackenschmerzen seien postinterventionell unverändert. Eine weitere Lidocain-Infusion sei für den 4. Februar 2015 geplant, anschliessend werde mit dem V.____ Rücksprache genommen, ob weitere Lidocaininfusionen durchgeführt werden könnten.

7.16 In dem von Dr. med. E.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F.____, FMH Dermatologie, verfassten Gutachten der D.____ vom 23. März 2015 (IV-Nr. 46.1) wurden folgende Diagnosen mit

Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 21):

1.Chronisches irritativ-toxisches Handekzem mit kontaktallergischer Komponente (ICD-10 L24.8)

2.Typ IV Sensibilisierung auf Thiuram Mix (ICD-10 L23.8)

Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1.Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

2.Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. September 2013 (ICD-10 S13.5)

- unmittelbar posttraumatisch Grad II gemäss QTF

- posttraumatische Entwicklung eines chronifizierten, therapieresistenten zervikalen, zervikokephalen [recte: zervikozephalen], zervikoscapulären bis zervikobrachialen Schmerzsyndroms rechts unklarer Ätiologie

- radiomorphologisch MRT HWS, BWS und LWS vom 11. Dezember 2013 ohne jegliche Hinweise für relevante degenerative oder posttraumatische ossäre/diskogene Veränderungen

3.Zustand nach Liquorunterdrucksyndrom bei Zustand nach Myelographie (ICD-10 G97.0)

Die Beschwerdeführerin sei zuletzt während Jahren in der Schweiz als Pflegehelferin arbeitstätig gewesen. Diese Tätigkeit könne als angestammte Tätigkeit angesehen werden. Aus dermatologischer Sicht beeinflussten das chronische irritativtoxische Handekzem mit kontaktallergischer Komponente und die Typ IV-Sensibilisierung auf Thiuram Mix die Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe aus dermatologischer Sicht, ebenso wie in allen Tätigkeiten mit Kontakt zu sensibilisierenden bzw. reizenden Stoffen und bei Feuchtarbeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Angepasste Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin aus dermatologischer Sicht zu mindestens 50 % zumutbar.

Aus Sicht des Bewegungsapparates, rheumatologisch und neurologisch evaluiert, könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Unter Berücksichtigung der objektiven Untersuchungsbefunde und der dokumentierten früheren externen bildgebenden sowie klinischen Evaluationen fänden sich keinerlei relevante patho-anatomischen Befunde am Bewegungsapparat. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt.

Aus psychiatrischer Sicht könne als einzige Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt werden. Eine psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer könne nicht bescheinigt werden. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung könne in Form eines Handekzems attestiert werden. Ein sozialer Rückzug sei nicht vorhanden, ein primärer Krankheitsgewinn liege nicht vor. Die Kriterien eines mehrjährigen, chronifizierten Verlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik als auch einer Therapieresistenz trotz adäquater therapeutischer Massnahmen könne angesichts des versicherungsmedizinischen Anliegens nicht beurteilt werden. Somit seien die Försterkriterien nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht könne es der Beschwerdeführerin zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um eine ihren körperlichen Einschränkungen angepasste

Tätigkeit ganztags nachgehen zu können.

Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine weitere Diagnose gestellt werden.

Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen Tätigkeit mit Kontakt zu sensibilisierenden bzw. reizenden Stoffen und bei Feuchtarbeiten festgestellt werden. Für diesbezüglich angepasste Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von mindestens 50 %. Im Haushalt, wo ungeeignete Tätigkeiten von der Familie der Beschwerdeführerin übernommen werden könnten, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 22).

Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass direkt nach dem HWS-Distorsionstrauma im September 2013 eine befristete 100%ige Arbeitsunfähigkeit während circa drei Monaten angenommen werden könne. Nachfolgend müsse von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten ausgegangen werden. In der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der Unterlagen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2013 (S. 22 f.).

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei grundsätzlich besserungsfähig. Aus dermatologischer Sicht empfehle sich weiterhin eine intensive dermatologische Betreuung und gegebenenfalls ein Therapieversuch mit Toctino Tabletten oder Creme-PUVA Therapie und das strikte Meiden jeglicher irritierender bzw. sensibilisierender Substanzen. Darunter sei eine Besserung des Hautzustandes möglich. Bei Persistenz empfehle sich eine stationäre Behandlung mit Gewährleistung der optimalen Therapiekontrolle und Verhinderung von Artefakten. Gegebenenfalls müsste die Situation in einem Jahr aus dermatologischer Sicht erneut evaluiert werden. Ansonsten könnten aus somatischer Sicht keine Therapievorschlüsse gemacht werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung der Schlafstörung mit einem nicht abhängig machenden, schmerzmodulierenden Antidepressivum wie z.B. Remeron zu empfehlen.

Berufliche Massnahmen würden aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar sein und könnten deshalb nicht empfohlen werden.

7.17 Dr. med. C.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (IV-Nr. 52 S. 2 f.) fest, das polydisziplinäre Gutachten der D.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II.

E. 7.16

hiervor) beruhe auf dem Studium der Akten und aktuellen klinischen Untersuchungen in den relevanten medizinischen Fachgebieten. Die Dokumentation sei umfassend, die Beurteilungen nachvollziehbar und schlüssig. Auf das Gutachten könne abgestellt werden. Es liege eine medizinische Diagnose vor, welche eine Arbeitsunfähigkeit begründe: Ein chronisch irritativ-toxisches Handekzem mit kontaktallergischer Komponente, seit spätestens August 2013. Zusätzlich bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % während drei Monaten ab 8. September 2013 wegen eines kraniozervikalen Beschleunigungstraumas. Seit August 2013 bestehe aus medizinischer Sicht eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin. Seit Januar 2014 sei aus medizinischer Sicht die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit zu 50 % eingeschränkt.

Es sei im Gutachten sehr wohl begründet, weshalb die Beschwerdeführerin trotz ihrer HWS-Beschwerden in ihrer Arbeitsfähigkeit aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht relevant eingeschränkt sei. Bei fehlender medizinischer Objektivierbarkeit gelte die Rechtsprechung zu den somatoformen Schmerzstörungen. Diesbezüglich seien die Förster-Kriterien, wie von den Gutachtern aufgezeigt, nicht erfüllt. Bezüglich der dermatologischen Erkrankung der Hände müsse einerseits die Frage gestellt werden, weshalb die bisherige Therapie trotz Sistierung der nachweislich ungünstigen bisherigen Tätigkeit nicht mehr Erfolg gezeigt habe. Hierzu gebe es nur zwei theoretische Erklärungen: entweder sei die eingesetzte Behandlung zu wenig wirksam oder die Verschreibungen der Dermatologen würden von der Beschwerdeführerin zu wenig konsequent umgesetzt. Die Gutachter machten deshalb sinnvollerweise Vorschläge zur Intensivierung der Medikation, brächten zudem die Möglichkeit einer stationären Behandlung ins Spiel, die mehr Behandlungsmöglichkeiten bieten könne und zudem mehr Gewähr gebe für eine konsequente Umsetzung.

7.18 Im Austrittsbericht der W.____, [...], vom 12. August 2015 (IV-Nr. 76) wiesen die Psychologin X.____, Dr. med. Y.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, und Dr. med. Z.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, Oberärztin, in Bezug auf die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 2. bis 30. Juli 2015 folgende Diagnosen aus:

Hauptdiagnose:

Posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)

Nebendiagnosen:

-Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.1)

-Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich (ICD-10 M54.93) - nach Autounfall September 2013

-Dermatitis, nicht näher bezeichnet (ICD-10 L30.9)

-mittlere Schmerzchronifizierung Stadium II nach Gerbershagen

Seit einem Unfall im September 2013 leide die Beschwerdeführerin unter sehr starken Schmerzen, welche bisher auf keinerlei Intervention angesprochen hätten. Zahlreiche Abklärungen und Interventionen, zuletzt im V.____ im November 2014 und im N.____ im Januar 2015 (Infusionstherapie), Physiotherapie über längere Zeit. Seit Juli 2014 bestehe eine zusätzliche psychiatrische Behandlung wegen zunehmender Schlafstörung, depressiver Symptomatik, Alpträumen und wiederkehrender Bilder des Unfalls. Im Mai 2014 habe die Beschwerdeführerin die Arbeitsstelle verloren, im März 2015 hätten die Taggeld- und Unfallversicherung die Leistungen eingestellt. Die depressive und die Schmerzsymptomatik persistierten, eine stationäre Intervention sei notwendig (S. 2). Die Beschwerdeführerin sei mit grosser Erschöpfung aufgrund der Schmerzen, den Schlafschwierigkeiten und dem ungewissen Schmerzverlauf eingetreten. Es habe sie Überwindung gekostet, einem stationären Aufenthalt zuzustimmen. Ihre Sorgen hätten darum gekreist, dass sie sich zum einen Erholung und Abstand habe schaffen wollen und zum anderen Angst davor gefühlt habe, welche Inhalte hochkommen würden, wenn sie länger bleiben werde. Sie habe sich aber immer mehr auf ihr Hiersein einlassen können. Im Verlauf habe sich gezeigt, dass Konflikte mit der Verwandtschaft in Mazedonien sie sehr beschäftigten. Sie habe Erschrockenheit darüber gefühlt, dass ihr die Themen noch so nahe gewesen seien und auch stark den Wunsch gehegt, die Vergangenheit loszulassen und ruhen zu lassen. Auch in ihren

Träumen zeigten sich die Konflikthalte in Form von Verlustängsten ihres eigenen Gutes, sie habe sich in der Verteidigung und im Kampf um ihre eigene Familie und ihre Finanzen erlebt. Ihr immer gleicher Albtraum, den sie nahezu jede Nacht erlebt habe, zeigte deutlich traumatische Inhalte auf. Die Beschwerdeführerin habe von den Spezialtherapien profitiert (S. 3). Sie habe in Bezug auf die somatische Therapie vom multimodalen Physiotherapieprogramm profitiert. Die Körperwahrnehmung habe deutlich verbessert werden können. In der Schmerzgruppe seien Strategien zur Verbesserung des Umgangs mit den Schmerzen erlernt worden. Die Zusammenhänge zwischen Psyche und Schmerzen seien für die Beschwerdeführerin deutlicher geworden. Ansonsten seien während des Aufenthalts keine behandlungsbedürftigen somatischen Erkrankungen aufgetreten. Die Beschwerdeführerin sei während des Aufenthalts 100 % arbeitsunfähig gewesen und arbeitsunfähig entlassen worden (S. 4).

7.19 Der RAD-Arzt Dr. med. C.____ hielt in seiner Aktennotiz vom 6. August 2015 (IV-Nr. 55) fest, eine abschliessende Beurteilung anhand des polydisziplinären Gutachtens vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 7.16 hiervor) sei möglich. IV-relevant sei das rein dermatologische, also somatische Problem (chronisch irritativ-toxisches Handekzem mit allergischer Komponente), das zu einer Arbeitsunfähigkeit ab August 2013 geführt habe. Das zwischenzeitlich am 8. September 2013 aufgetretene kraniozervikale Beschleunigungstrauma habe die Beschwerdeführerin nur während drei Monaten eingeschränkt. Damals sei sie aber bereits wegen des Handekzems ganz arbeitsunfähig gewesen. Auf die Stellungnahme des RAD vom 18. Mai 2015 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) könne unverändert abgestellt werden.

7.20 Eine Juristin des Rechtsdienstes der Beschwerdegegnerin (IV-Nr. 57) beurteilte am 12. August 2015 die Indikatoren gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 9C_492/2014 vom 3. Juni 2015 (zwischenzeitlich publ. BGE 141 V 281). Das polydisziplinäre Gutachten der D.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 7.16 hiervor) nehme bereits ausführlich zu den nach neuer bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderten Indikatoren Stellung: Die Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung werde gültig gestellt. Die Beschwerdeführerin unterziehe sich zwar alle 14 Tage einer Gesprächstherapie bei ihrer Psychiaterin, nehme jedoch keine Psychopharmaka oder Schlafmittel. Die diesbezügliche Therapie sei somit nicht ausgeschöpft, weshalb noch Therapieoptionen bestünden (S. 8 f. des Gutachtens). Es bestehe subjektiv keine Eingliederungsfähigkeit, gemäss medizinischer Beurteilung wäre der Beschwerdeführerin aber eine angepasste Arbeitstätigkeit mindestens zu 50 % zumutbar (S. 5 des Gutachtens). Eine psychische Komorbidität liege nicht vor. Als Begleiterkrankung bestehe das Handekzem, welches jedoch keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit bezüglich der somatoformen Schmerzstörung habe. Die komplexen Ich-Funktionen seien intakt (S. 8 des Gutachtens). Die Beschwerdeführerin verfüge über Ressourcen. Es liege kein sozialer Rückzug vor. Sie pflege regelmässige Kontakte zu ihrer Familie (S. 7 des Gutachtens). Der Tagesablauf der Beschwerdeführerin entspreche einem normalen Tagesablauf einer Mutter. Sie könne alle notwendigen Aufgaben selbständig wahrnehmen. Auch reise sie regelmässig in ihre Heimat. Somit sei auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aufgrund des Handekzems abzustellen. Die somatoforme Schmerzstörung vermöge keine grössere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu begründen. Das Gutachten der D.____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II. 7.16 hiervor) beurteile die erforderlichen Indikatoren, weshalb dieses weiterhin vollen Beweiswert genieisse und darauf abzustellen sei.

7.21 Die Abklärungsfachfrau J. ___ hielt im Abklärungsbericht Haushalt vom 1. Oktober 2015 (IV-Nr. 61) fest, unter Berücksichtigung der vorliegenden Akten und des Gesprächs vor Ort, sei mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Einschränkungen weiterhin in einem ausserhäuslichen Arbeitspensum von 70 % arbeiten würde und zu 30 % im Haushalt tätig wäre. Das Arbeitsverhältnis beim B. ___ in [...] sei aus gesundheitlichen Gründen aufgelöst worden (S. 4). Die Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute ■ bei voller Gesundheit ■ mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Ausmass von 70 % nachginge. Entsprechend würden 30 % in den Aufgabenbereich Haushalt fallen. Demzufolge komme zur Ermittlung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode zur Anwendung. Aus medizinischer Sicht bestehe für eine angepasste Verweistätigkeit eine Erwerbsfähigkeit von 50 %. Bei einem ausserhäuslichen Anteil von 70 % und einer Einschränkung von 42 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 29,4 %. Im Aufgabenbereich Haushalt sei unter Berücksichtigung der medizinischen Akten und der Abklärung vor Ort eine Einschränkung von 15 % erhoben worden. Bei einem Anteil von 30 % und einer Einschränkung von 15 % ergebe sich ein Behinderungsgrad von 4,5 %. Unter Anwendung der gemischten Bemessungsmethode resultiere letztlich ein Gesamtinvaliditätsgrad von 34 % (gerundet). Da der Invaliditätsgrad unter 40 % liege, bestehe kein Anspruch auf eine Invalidenrente (S. 10).

7.22 Dr. med. C. ___, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2016 (IV-Nr. 78 S. 2 f.) fest, es werde im Austrittsbericht der W. ___, [...], vom 12. August 2015 (vgl. E. II. 7.18 hiervor) eine erhebliche psychosoziale Belastung geschildert, unter der die Beschwerdeführerin leide. Die Angaben zur Anamnese und die aufgeführten Befunde liessen hingegen weder eine PTBS [posttraumatische Belastungsstörung] als wahrscheinlich erscheinen noch eine mittelgradig ausgeprägte Depression nachvollziehen. Im Vordergrund schienen eher ängstliche Anteile zu stehen. Die erwähnten depressiven Symptome entsprächen einer leichten Episode. Passend zur eher leichten Symptomatik, wie sie fast gleichlautend auch schon vom psychiatrischen Gutachter im Rahmen der Beurteilung der D. ___ festgehalten werde, sei während des Klinikaufenthalts auch lediglich eine niedrig dosierte Medikation installiert worden. Hier stünde bei Bedarf ein grosses Reservepotential zur Verfügung. Den eingereichten medizinischen Unterlagen, besonders dem Austrittsbericht der W. ___ vom 12. August 2015 könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, die eine andere Arbeitsunfähigkeit als die vom RAD in der Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (vgl. E. II. 7.17 hiervor) angenommene. Die beschriebene Symptomatik sei weitgehend die gleiche. Im Falle einer künftigen Verschlechterung müsste zudem zunächst eine adäquate Behandlung etabliert werden. Es werde zwar eine neue Diagnose gestellt, doch werde hier der bekannte Sachverhalt lediglich bezüglich der möglichen Ätiologie anders beurteilt. Eine entsprechende therapeutische Konsequenz sei jedoch soweit ersichtlich nicht gezogen worden. Eine weitere umfangliche medizinische Begutachtung sei nicht angezeigt.

7.23 Im Austrittsbericht vom 19. Mai 2016 (Beschwerdebeilage Nr. 7) hielten PD Dr. med. AA. ___, Chefarzt Neurologie, und lic. phil. AB. ___, Leitende Neuropsychologin, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, AC. ___, in Bezug auf die Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 25. April bis 21. Mai 2016 folgende Diagnosen fest:

-Status nach HWS-Distorsion am 8. September 2013 mit chronischen Kopf- und Nackenschmerzen

-Verdacht auf posttraumatische Belastungsstörung

-Chronisches Kontaktekzem

Der Eintritt mit den oben genannten Diagnosen sei zur stationären Neurorehabilitation erfolgt. Beim Eintritt habe sich die Beschwerdeführerin in einem guten Allgemein- und Ernährungszustand präsentiert, sei allseits orientiert und kardio-pulmonal kompensiert gewesen. Sie habe über chronische Kopf- und Nackenschmerzen berichtet und sei frei mobil gewesen. Ziele des Rehabilitationsaufenthaltes der Beschwerdeführerin seien eine Verbesserung der Schmerzsymptomatik und eine Rekonditionierung gewesen. Sie habe am Therapieprogramm regelmässig und motiviert teilgenommen und habe gute Fortschritte erzielen können. Die Schmerzintensität habe deutlich, durch die Therapien, reduziert werden können. Während des Aufenthalts sei die Schmerzindikation angepasst worden: Es sei eine Behandlung mit Lyrica 25 mg/d begonnen worden. Am 21. Mai 2016 habe die Beschwerdeführerin nach komplikationslosem Therapieverlauf in einem deutlich gebesserten Zustand nach Hause entlassen werden können.

8. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin mit angefochtener Verfügung vom 19. Mai 2016 zu Recht auf das polydisziplinäre Gutachten der D.____ vom 23. März 2015 (vgl. II. E. 7.16 hiervor) abstellt (A.S. 3):

8.1 Wie darzulegen ist, wird das Gutachten von Dr. med. E.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F.____, FMH Dermatologie, den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 5.3 hiervor) nicht in allen Punkten gerecht: Die Beschwerdeführerin wurde sowohl einer allgemeininternistischen Exploration durch Dr. med. E.____ (S. 5 f.) als auch entsprechenden Untersuchungen im Rahmen der psychiatrischen, rheumatologischen und neurologischen Teilgutachten unterzogen (S. 7 ff.,

E. 8

Über die von der Beschwerdeführerin im vorliegenden Beschwerdeverfahren gestellten Beweisanträge sei eine Beweisverfügung nach Art. 29 Abs. 2 BV und Art. 6 Ziff. 1 EMRK zu eröffnen, worin die zugelassenen Beweismittel bezeichnet werden und wo bestimmt wird, welcher Partei zu welchen Tatsachen der Haupt- oder Gegenbeweis obliegt. Dabei sei der Praxis des Bundesverwaltungsgerichts Rechnung zu tragen, welche die Anordnung einer solchen Beweisverfügung insbesondere im Bereich des Sozialversicherungsverfahrens ausdrücklich verlangt.

E. 9

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 4. Mit Eingabe vom 6. Juli 2016 (A.S. 31 ff.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung des Sistierungsantrags und reicht dazu eine Kopie der Einladung zur Schlichtungsverhandlung vom 29. Juni 2016 ein. 5. Der Präsident des Versicherungsgerichts weist mit Verfügung vom 11. Juli 2016 (A.S. 35 f.) den Antrag der Beschwerdeführerin um Sistierung des Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons

Solothurn, Frau Dr. iur. K.____, ab. 6. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 5. Oktober 2016 (A.S. 44) schliesst die Beschwerdeführerin auf Abweisung der Beschwerde. 7. Die Beschwerdeführerin lässt mit Eingabe vom 31. Juli 2017 (A.S. 45 ff.) verschiedene Akten (Beschwerdebeilagen Nrn. 7 - 10) einreichen. 8. 8.1 Mit Vorladung vom 9. August 2017 (A.S. 52 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 23. Oktober 2017, 14.00 Uhr, vorgeladen. Der Antrag der Beschwerdeführerin auf Partei- und Zeugenbefragung wird abgewiesen. 8.2 Der im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 23. Oktober 2017 (vgl. Protokoll, A.S. 57 ff.) gestellte Beweisantrag, wonach die eingereichten Urkunden Nrn. 11 ff. zu den Akten zu nehmen seien, wird gutgeheissen. Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin hält anschliessend einen Parteivortrag und bekräftigt im Wesentlichen die in der Beschwerde gestellten Rechtsbegehren, wobei er neu die Sistierung des vorliegenden Beschwerdeverfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des vor dem Bundesgericht hängigen Beschwerdeverfahrens 1C_467/2017 beantragt. In der Folge schliesst der Präsident des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zu dieser Verhandlung reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein (A.S. 55 f.). 9. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 23. Oktober 2017 unter Einreichung sowohl der Beschwerde in öffentlichrechtlichen Angelegenheiten vom 12. September 2017 ans Bundesgericht als auch der entsprechenden Eingangsanzeige vom 14. September 2017 (Urkunden Nrn. 19 f.) durch die Beschwerdeführerin beantragte Sistierung des hängigen Verfahrens bis zum Abschluss des vor dem Bundesgericht hängigen Beschwerdeverfahrens 1C_467/2017 (vgl. I. E. 8.2 hiervoor) wird abgewiesen. Das Versicherungsgericht hat das in diesem Zusammenhang in der Beschwerdeschrift vom 22. Juni 2016 (vgl. E. I. 3 Ziff. 6 hiervoor) beantragte Sistierungsbegehren des Verfahrens bis zum rechtskräftigen Abschluss des Schlichtungsverfahrens vor der Beauftragten für Information und Datenschutz des Kantons Solothurn mit Verfügung vom 11. Juli 2016 bereits abgewiesen (vgl. E. I. 5 hiervoor). Es ist nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, inwiefern sich der Sachverhalt seither verändert haben sollte. Da für das vorliegende Verfahren keine weiterführenden Ergebnisse zu erwarten sind, ist das Verfahren nicht zu sistieren. 2. Aufgrund der Rechtsbegehren in der Beschwerdeschrift ist streitig und somit in vorliegendem Verfahren zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Rente und/oder berufliche Eingliederungsmassnahmen hat. 3. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 19. Mai 2016) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 362 E. 1b S. 366). 4. 4.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) hat jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss

Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

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

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). 5. 5.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, je mit Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 8C_909/2010 vom 1. März 2011 E. 4.1, 8C_1021/2009 vom 3. November 2010 E. 4.2, 8C_101/2010 vom 3. Mai 2010 E. 4.1 und 9C_167/2009 vom 28. Mai 2009 E. 3.1). 5.2 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 352 E. 3a). 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 (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352). 5.3 Hinsichtlich des Beweiswertes eines medizinischen Gutachtens ist entscheidend, ob dieses 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 des Experten 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 (BGE 135 V 465 E. 4.3 S. 468 ff., 125 V 351 E. 3a S. 352 ff.). 6. Wie bereits in II. E. 2 hiervoor erwähnt, ist streitig und zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin in ihrer Verfügung vom 19. Mai 2016 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf Ausrichtung einer Invalidenrente und/oder beruflicher Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. 7. Für die Beurteilung der Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin sind im Wesentlichen die folgenden Unterlagen relevant: 7.1 Im teilweise auf Deutsch übersetzten medizinischen Bericht von Dr. med. L. ____, [...], vom 30. Dezember 2009 (IV-Nr. 6) wurden die Diagnose einer «Lumboischialgia lat dex cum Radiculitis vertebrae reg lumbalis bronchitis acuta, Tonzyllopharigitis acuta» gestellt. Die Beschwerdeführerin sei am 21. Dezember 2009 wegen Schmerzen im rechten Bein als Ganzes, mit Abnahme bei Bewegung (nicht genügende Stabilität bei Bewegung und schiefes Gehen), zur Kontrolle erschienen. Die Behandlung habe vom 21. bis 30. Dezember 2009 gedauert. 7.2 Prof. Dr. med. M. ____, Leitender Arzt, N. ____, Dermatologie -Allergologie, hielt im Bericht vom 22. Mai 2013 (IV-Nr. 23 S. 14 f.) folgende Diagnosen fest: Verdacht auf chronisch-irritatives Handekzem - Kontakt-Sensibilisierung gegen Thiurame ohne aktuelle klinische Relevanz Die Beschwerdeführerin übe etwa seit zehn Jahren eine berufliche Tätigkeit in der Krankenpflege aus. Vor etwa sechs Jahren sei ein erstmalig passageres Auftreten von Hautveränderungen an den Händen erfolgt. Seit über einem Jahr seien jedoch erneut Hautveränderungen aufgetreten, die in den Ferien (etwa 14 Tage) komplett abgeheilt seien. Während dieser Zeit habe sie auch keine Hausarbeiten durchgeführt. Auch nach einem Wechsel von Latex- auf Vinyl-Handschuhe habe es keine Befundverbesserung gegeben. Die Hautveränderungen sprächen gut auf eine Lokalthherapie mit Elocrom-Crème an, die aber anfangs zu einem Brennen der Haut führe, nach Absetzen trete jedoch rasch wieder ein Rezidiv ein. Sie verwende als Hautschutz ein im Altersheim vorhandenes Präparat. Besondere Triggerfaktoren beruflicher oder ausserberuflicher Art würden verneint. Dies wurde wie folgt beurteilt: Die jetzt durchgeführte allergologische Untersuchung mit potenziell relevanten Kontakt-Allergenen habe keinen Hinweis auf eine Sensibilisierung ergeben. Trotz der anamnestisch raschen Abheilung nach der Unterbrechung der beruflichen Tätigkeit erscheine danach doch ein irritatives Handekzem vorzuliegen. Dafür würde auch der Wechsel von Latex- zu Vinyl-Handschuhen sprechen, da erstere gelegentlich, letztere aber keine Thiurame enthielten. Da es jetzt unter Anwendung der Elocrom-Salbe zu keiner erkennbaren Besserung des Befundes gekommen sei, empfehle er

die Fortsetzung der Therapie unter nächtlichen Okklusivverbänden sowie die konsequente Anwendung von Excipial Protect. Wieder auftretende Rhagaden könnten mit Urgo-Direkt behandelt werden. 7.3 Im ärztlichen Zwischenbericht vom 18. September 2013 (IV-Nr. 19.12 S. 18) hielt Dr. med. O.____, Allgemeinmedizin FMH / Homöopathie SVHA, die Diagnose eines «HWS-Distorsionstraumas vom 8. September 2013» fest. Im Verlauf seien Nacken- und Kopfschmerzen aufgetreten. Gegenwärtig werde mit Physiotherapie, NSAR und Halskragen behandelt. Im Moment seien keine weiteren Behandlungen vorzuschlagen. Die Beratungen fänden einmal alle zwei bis vier Wochen statt. Seit dem 8. September 2013 bis unklar bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. 7.4 Dr. med. P.____, interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie, Abteilung für Wirbelsäulenmedizin und Schmerztherapie, Q.____, hielt betreffend die ambulante Untersuchung vom 9. Dezember 2013 im Bericht vom 10. Januar 2014 (IV-Nr. 23 S. 11 f.) folgende Diagnosen fest: - Therapieresistentes zum Teil invalidisierendes panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall im September 2013 - Bekannte Kontaktallergien mit Ekzemen an beiden Händen Er habe die Situation mit der Beschwerdeführerin besprochen. Es bestehe ein protrahierter Verlauf nach Verkehrsunfall mit massiven therapieresistenten generalisierenden Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule. Seit dem Unfall sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Die Nachtruhe sei massiv gestört. Somit habe er sich entschieden, die neuroradiologische Abklärung der Wirbelsäule durchzuführen. Dafür habe er die Beschwerdeführerin angemeldet. Gleichzeitig werde diese die medikamentöse Therapie erweitern. Ab heute werde sie Zaldiar und Novalgin viermal täglich einnehmen. Eine intensive Physiotherapie evtl. sogar ein stationärer Aufenthalt müssten so rasch als möglich diskutiert werden. 7.5 Die am 11. Dezember 2013 in der Q.____ durchgeführten MRT der HWS, der BWS und LWS (IV-Nr. 19.12 S. 2) wurden durch Dr. med. R.____, Spezialärztin für Radiologie, wie folgt beurteilt: Unauffällige Darstellung der Wirbelsäule bei Liquorflussartefakten im Bereich der BWS. 7.6 Aufgrund der Konsultation der Beschwerdeführerin vom 8. Januar 2014 bei Dr. med. P.____ (IV-Nr. 23 S. 13), führte dieser aus, es sei ein MRI der Wirbelsäule durchgeführt worden. Im lumbalen Bereich bestehe eine Osteochondrose L5/S1. Im oberen BWS-Bereich seien klare Liquorflussartefakten gegeben. Er werde diesen Befund noch mit dem Radiologen besprechen. Er habe die Beschwerdeführerin bei Dr. med. S.____ für eine Beurteilung angemeldet. Klinisch habe sich die Situation trotz medikamentöser Therapie mit Novalgin und Tramal nicht verbessert. Es sollte eine Hospitalisation für eine konsequente Aufbau-therapie diskutiert werden. Dies werde nach der Beurteilung von Dr. med. S.____ mit der Beschwerdeführerin besprochen. Aktuell sehe er keine Indikation für interventionelle Massnahmen. 7.7 Die am 16. Januar 2014 durchgeführten MRT der BWS und der Aorta thoracalis wurden durch PD Dr. med. T.____, Radiologe, Q.____, wie folgt beurteilt: Aufgrund der weiterhin unsicheren Situation bezüglich einer möglichen Raumforderung im posterioren Spinalkanal BWK3 - BWK9 dorsal dem Myelon intraspinal anliegend, sollte weiterführend eine diagnostische thorakale Myelographie mit Myelo-CT unter gleichzeitiger Liquorabnahme, diskutiert werden. 7.8 Dr. med. S.____, Facharzt FMH für Neurologie, Q.____, hielt anlässlich der Untersuchungen vom 13. und 17. Januar 2014 im Bericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 23 S. 6 f.) folgende Beurteilung fest: Zunächst einmal finde er in der neurologischen Untersuchung normale Befunde, er habe keine Anhaltspunkte für eine cervicale radikuläre Schädigung oder eine Halsmarkschädigung. Auch im Zusammenhang mit den auffälligen Strukturen im Spinalkanal zeigten sich keine Zeichen von Seiten des Brust- und Lendenmarks. Die

Veränderungen, die im MR erkannt worden seien, seien einerseits als Flussartefakte zu interpretieren, andererseits bestehe eine venöse Anomalie, die jedoch von keinerlei pathologischer Bedeutung sei. Insgesamt könne er eine traumatische Schädigung oder andere Beeinträchtigung von Rückenmark oder Nervenwurzel nicht nachweisen. 7.9 Dr. med. S. ___ hielt im Spitalaustrittsbericht vom 27. Januar 2014 (IV-Nr. 19.12 S. 5) betreffend die Hospitalisation vom 24. bis 27. Januar 2014 die Diagnose «Liquorunterdrucksyndrom nach Melographie (ICD-10 G97.0)» fest. Am 22. Januar 2014 sei zur weiteren Abklärung eines Befundes im Spinalkanal eine lumbale Myelographie durchgeführt worden. In der Folge habe sich ein Hypoliquorrhoesyndrom entwickelt. Die Beschwerdeführerin habe ab 24. Januar 2014 über massive Kopfschmerzen vor allem in aufrechter Position berichtet, die sich im Liegen deutlich gebessert hätten. Sie hätten sich entschlossen, die Beschwerdeführerin aufzunehmen. Nachdem ein konservativer Behandlungsansatz mit Infusionen, parenteralen Analgetika und Koffein noch nicht zu einer entscheidenden Besserung geführt habe, sei am 25. Januar 2014 vom Anästhesearzt eine Blutplombe gesetzt worden. Bereits am selben Abend habe die Beschwerdeführerin über eine Besserung berichtet, die angehalten habe, so dass sie am 27. Januar 2014 nach Hause habe entlassen werden können. Sie habe nur noch etwas Übelkeit beklagt. Für die Entlassung hätten sie die Behandlung mit Koffein zwei Tabletten täglich noch über einige Tage weiterlaufen lassen, Analgesie mit Dafalgan. Eine ambulante Kontrolle sei vorgesehen. 7.10 Dr. med. P. ___ führte im Bericht vom 14. Februar 2014 (IV-Nr. 23 S. 7) aus, es sei in der Zwischenzeit die gründliche neurologische Abklärung durchgeführt worden und im cervicalen Bereich habe keine Pathologie bestätigt werden können. Die Liquorpunktion sei durchgeführt worden. Es sei anschliessend leider zu einem vorübergehenden Hypoliquorrhoesyndrom gekommen. Dieses habe sich bereits weitgehend normalisiert. Die Indikationen für die Infiltrationen im HWS-Bereich habe nicht gestört werden können. Im LWS-Bereich zeige sich eine Osteochondrose mit kleiner Hernierung L5/S1. Aktuell jedoch asymptomatisch. Klinisch verspüre die Beschwerdeführerin weiterhin massive bewegungs- und belastungsabhängige Nackenschmerzen. Die medikamentöse Therapie mit Zaldiar habe eine gewisse Schmerzreduktion gebracht, jedoch verspüre sie starke Nebenwirkungen wie Schwindel und Konzentrationsstörungen. Somit könne die Rückkehr in den Arbeitsprozess noch nicht durchgeführt werden. Eine konsequente konservative Therapie in stationären Bedingungen sollte diskutiert werden. 7.11 Im Arztbericht vom 9. April 2014 (IV-Nr. 23 S. 1 ff.) wies Dr. med. O. ___ folgende Diagnosen aus: - Therapieresistentes, z.T. invalidisierendes panvertebrales Schmerzsyndrom bei Status nach Verkehrsunfall September 2013 - Schweres Kontaktekzem beider Hände, Allergie auf Desinfektionsmittel, Putzmittel, Abwaschmittel, seit 2007 Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegehilfe ab August 2013 bis andauernd zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei stationär. Die Beschwerdeführerin sei bei den alltäglichen Lebensverrichtungen auf Hilfe von Drittpersonen angewiesen. So müssten die Mutter, der Ehemann und die Schwiegermutter seit Beginn der Schmerzen helfen. Die Behandlung dauere vom 10. September 2013 bis andauernd, wobei die letzte Untersuchung am 7. April 2014 stattgefunden habe. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Rückenschmerzen (massiv schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit und Verlust der Kraft in den oberen Extremitäten) sowie ein massives Ekzem beider ganzer Hände mit Rissen, Blutungen, Wundwasser nach Kontakt mit Desinfektionsmittel, aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es seien ihr auch keine anderen Tätigkeiten

zumutbar. Sie könne nicht einmal den eigenen Haushalt machen, da sowohl die Hände stark beeinträchtigt als auch eine schmerzbedingte Beweglichkeit und Kraft gegeben seien. 7.12 Im Arztbericht vom 27. Mai 2014 (IV-Nr. 25) bestätigte Prof. Dr. med. M.____ die bereits im Bericht vom 22. Mai 2013 ausgewiesene Diagnose «Verdacht auf chronisches irritatives Handekzem» (vgl. E. II. 7.2 hiervor). Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit in der Krankenpflege ab 27. August 2013 bis heute 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Die Behandlung dauere vom 13. Mai 2013 bis auf weiteres, die letzte Untersuchung sei am 26. Mai 2014 erfolgt. Aktuell sei noch eine Arbeitsunfähigkeit für die bisherige Tätigkeit gegeben. Diese sei der Beschwerdeführerin aktuell nicht zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit könne im bisherigen Tätigkeitsbereich durch konsequenten Hautschutz in Zukunft verbessert werden. Es sei noch nicht absehbar, wie sich diese Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken werden. Aktuell seien alle Tätigkeiten ohne mechanische oder chemische Hautbelastung der Hände zumutbar, wobei diese aktuell für vier Stunden pro Tag ausgeübt werden könnten. Es bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. 7.13 Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMG, RAD, hielt in seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 30. Juli 2014 (IV-Nr. 30 S. 2 ff.) fest, bezüglich der dermatologischen Problematik sollte eigentlich davon ausgegangen werden können, dass die Beschwerdeführerin bei konsequenter Befolgung der verordneten Behandlung des chronischen irritativen Handekzems mittelfristig wieder voll arbeiten könne in allen Tätigkeiten, ohne mechanische oder chemische Hautbelastung der Hände. Für die Zeit ab August 2013 bis mindestens Ende Mai 2014 könnten die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen der Dermatologie des N.____ nachvollzogen und somit übernommen werden. Nach dem erlittenen Verkehrsunfall vom September seien massive, therapieresistente Schmerzen entlang der gesamten Wirbelsäule aufgetreten. Zumindest bis April 2014 habe deren Ursache offenbar nicht geklärt werden können. Die anlässlich der bis dahin durchgeführten Abklärungen zutage getretenen Befunde vermöchten jedenfalls das Ausmass und die Ausdehnung des Schmerzsyndroms nicht zu erklären. Möglicherweise liege eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung vor. Bei dieser jungen Beschwerdeführerin sollte so rasch wie möglich geklärt werden, wie das Schmerzsyndrom medizinisch einzuordnen sei und welche Arbeitstätigkeit unter den gegebenen Umständen noch zumutbar sei. In Anbetracht der bestehenden Unklarheit könne die von der Hausärztin attestierte Arbeitsunfähigkeit von 100 % für sämtliche Tätigkeiten, ohne jegliche Verbesserungsmöglichkeiten, weder nachvollzogen noch übernommen werden. Eine polydisziplinäre Begutachtung sei zu empfehlen. Es liege eine medizinische Diagnose vor, die eine Arbeitsunfähigkeit begründe. Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit als Pflegehelferin sei seit August 2014 [recte: 2013] gegeben, andauernd bis mindestens Ende Mai 2014. Der weitere Verlauf sei offen, hänge vom Erfolg der dermatologischen Behandlung ab. Grundsätzlich sei eine Rückkehr in den Pflegeberuf davon abhängig, ob der nötige Hautschutz künftig gewährleistet werden könne. Wie die Arbeitsfähigkeit von Seiten des Schmerzsyndroms zu beurteilen sei, könne erst nach weiteren Abklärungen beurteilt werden. Aus dermatologischer Sicht bestehe in einer Verweistätigkeit ab Mai 2014 eine Arbeitsfähigkeit von 50 %. Eine Steigerung sollte theoretisch inzwischen möglich sein. Die Beurteilung bezüglich des Schmerzsyndroms müsse noch erfolgen. Es seien weitere medizinische Abklärungen angezeigt. Es sei eine polydisziplinäre Begutachtung mit mindestens folgenden Disziplinen und dem Standard-Fragenkatalog durchzuführen: Dermatologie, Rheumatologie, Neurologie,

Psychiatrie. 7.14 Dr. med. U.____, Oberarzt Anästhesie / Schmerztherapie, N.____, hielt anlässlich der Erstkonsultation der Beschwerdeführerin im Interventionsbericht Nr. 1 vom 7. Januar 2015 (IV-Nr. 46.2 S. 3 f.) folgende Schmerzdiagnosen fest: Schmerzen im Bereich des Nackens rechtsseitig mit Ausstrahlung auf die rechte Schulter, Kopf und nach thorakolumbal (ICD-10 M54.93) DD myofaszial, facetogen Die Intervention sei mit einer High Dose Lidocain Infusion mit 150 mg Lidocain 1 % über 30 Minuten via Perfusor erfolgt. Unmittelbar nach dessen Verabreichung sei die Schmerzintensität im Bereich der BWS und LWS von NRS (Numerische Rating-Skala) 7 auf 5 gesunken, im Nackenbereich würden die Schmerzen mit NRS 8 angegeben. Weitere Lidocain Infusionen seien für den 21. und 26. Januar 2015 geplant. 7.15 Im Interventionsbericht Nr. 2 vom 26. Januar 2015 bestätigte Dr. med. U.____ (IV-Nr. 46.2 S. 1 f.) die bereits im Bericht vom 7. Januar 2015 gestellten Diagnosen. Die erste Behandlung mit Lidocain habe problemlos durchgeführt werden können. Sie habe keine relevante, passagere Schmerzlinderung gebracht. Die zweite geplante Therapie vom 21. Januar 2015 sei von der Beschwerdeführerin aus familiären Gründen abgesagt worden. Die Schulter-Nackenschmerzen seien postinterventionell unverändert. Eine weitere Lidocain-Infusion sei für den 4. Februar 2015 geplant, anschliessend werde mit dem V.____ Rücksprache genommen, ob weitere Lidocaininfusionen durchgeführt werden könnten. 7.16 In dem von Dr. med. E.____, Fallführung, FMH Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. H.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. I.____, FMH Rheumatologie, Dr. med. G.____, Facharzt für Neurologie, und Dr. med. F.____, FMH Dermatologie, verfassten Gutachten der D.____ vom 23. März 2015 (IV-Nr. 46.1) wurden folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit festgehalten (S. 21): 1. Chronisches irritativ-toxisches Handekzem mit kontaktallergischer Komponente (ICD-10 L24.8) 2. Typ IV Sensibilisierung auf Thiuram Mix (ICD-10 L23.8) Folgende Diagnosen hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) 2. Status nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma vom 8. September 2013 (ICD-10 S13.5) - unmittelbar posttraumatisch Grad II gemäss QTF - posttraumatische Entwicklung eines chronifizierten, therapieresistenten zervikalen, zervikokephalen [recte: zervikozephalen], zervikoscapulären bis zervikobrachialen Schmerzsyndroms rechts unklarer Ätiologie - radiomorphologisch MRT HWS, BWS und LWS vom 11. Dezember 2013 ohne jegliche Hinweise für relevante degenerative oder posttraumatische ossäre/diskogene Veränderungen 3. Zustand nach Liquorunterdrucksyndrom bei Zustand nach Myelographie (ICD-10 G97.0) Die Beschwerdeführerin sei zuletzt während Jahren in der Schweiz als Pflegehelferin arbeitstätig gewesen. Diese Tätigkeit könne als angestammte Tätigkeit angesehen werden. Aus dermatologischer Sicht beeinflussten das chronische irritativtoxische Handekzem mit kontaktallergischer Komponente und die Typ IV-Sensibilisierung auf Thiuram Mix die Arbeitsfähigkeit. In der angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin bestehe aus dermatologischer Sicht, ebenso wie in allen Tätigkeiten mit Kontakt zu sensibilisierenden bzw. reizenden Stoffen und bei Feuchtarbeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Angepasste Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin aus dermatologischer Sicht zu mindestens 50 % zumutbar. Aus Sicht des Bewegungsapparates, rheumatologisch und neurologisch evaluiert, könne keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Unter Berücksichtigung der objektiven Untersuchungsbefunde und der dokumentierten früheren externen bildgebenden sowie klinischen Evaluationen fänden sich keinerlei relevante patho-anatomischen Befunde am Bewegungsapparat. Aus Sicht des Bewegungsapparates sei die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht eingeschränkt.

Aus psychiatrischer Sicht könne als einzige Diagnose eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung gestellt werden. Eine psychiatrische Komorbidität von erheblicher Schwere, Ausprägung und Dauer könne nicht bescheinigt werden. Eine chronische körperliche Begleiterkrankung könne in Form eines Handekzems attestiert werden. Ein sozialer Rückzug sei nicht vorhanden, ein primärer Krankheitsgewinn liege nicht vor. Die Kriterien eines mehrjährigen, chronifizierten Verlaufs mit unveränderter oder progredienter Symptomatik als auch einer Therapieresistenz trotz adäquater therapeutischer Massnahmen könne angesichts des versicherungsmedizinischen Anliegens nicht beurteilt werden. Somit seien die Försterkriterien nicht erfüllt. Aus psychiatrischer Sicht könne es der Beschwerdeführerin zugemutet werden, trotz der geklagten Beschwerden die nötige Willensanstrengung aufzubringen, um eine ihren körperlichen Einschränkungen angepasste Tätigkeit ganztags nachgehen zu können. Aus allgemeininternistischer Sicht könne keine weitere Diagnose gestellt werden. Insgesamt könne somit aus polydisziplinärer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit und in jeder anderen Tätigkeit mit Kontakt zu sensibilisierenden bzw. reizenden Stoffen und bei Feuchtarbeiten festgestellt werden. Für diesbezüglich angepasste Tätigkeiten bestehe hingegen eine Arbeits- respektive Leistungsfähigkeit von mindestens 50 %. Im Haushalt, wo ungeeignete Tätigkeiten von der Familie der Beschwerdeführerin übernommen werden könnten, bestehe eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % (S. 22). Aufgrund der anamnestischen Angaben, der Untersuchungsbefunde, der vorliegenden Dokumente sowie der früher attestierten Arbeitsunfähigkeiten gingen die Gutachter davon aus, dass direkt nach dem HWS-Distorsionstrauma im September 2013 eine befristete 100%ige Arbeitsunfähigkeit während circa drei Monaten angenommen werden könne. Nachfolgend müsse von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit in geeigneten Tätigkeiten ausgegangen werden. In der angestammten Tätigkeit bestehe aufgrund der Unterlagen eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit August 2013 (S. 22 f.). Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei grundsätzlich besserungsfähig. Aus dermatologischer Sicht empfehle sich weiterhin eine intensive dermatologische Betreuung und gegebenenfalls ein Therapieversuch mit Toctino Tabletten oder Creme-PUVA Therapie und das strikte Meiden jeglicher irritierender bzw. sensibilisierender Substanzen. Darunter sei eine Besserung des Hautzustandes möglich. Bei Persistenz empfehle sich eine stationäre Behandlung mit Gewährleistung der optimalen Therapiekontrolle und Verhinderung von Artefakten. Gegebenenfalls müsste die Situation in einem Jahr aus dermatologischer Sicht erneut evaluiert werden. Ansonsten könnten aus somatischer Sicht keine Therapievorschlüsse gemacht werden. Aus psychiatrischer Sicht sei die Behandlung der Schlafstörung mit einem nicht abhängig machenden, schmerzmodulierenden Antidepressivum wie z.B. Remeron zu empfehlen. Berufliche Massnahmen würden aufgrund der ausgeprägten subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung kaum durchführbar sein und könnten deshalb nicht empfohlen werden. 7.17 Dr. med. C. ____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2015 (IV-Nr. 52 S. 2 f.) fest, das polydisziplinäre Gutachten der D. ____ vom 23. März 2015 (vgl. E. II.

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57; ZAK 1987 S. 268 E. 5a). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der

Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG).

11.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers Rechtsanwalt Rémy Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 23. Oktober 2017 (A.S. 55 f.), basierend auf einem zeitlichen Aufwand von 21,41 Stunden und Auslagen von insgesamt CHF 238.30, einen Kostenersatz von insgesamt CHF 7'336.55 geltend. Da in zwei Positionen Kanzleiaufwand aufgeführt wird, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits enthalten ist (zwei Kurzbriefe an die Klientin vom 24. Juni 2016 und 31. Juli 2017 à je 0,17 Stunden) und daher nicht gesondert entschädigt wird, ist der zeitliche Aufwand auf 21,07 Stunden zu kürzen. Weiter enthält die Kostennote in erheblichem Umfang Korrespondenz mit der Rechtsschutzversicherung, welche ebenfalls nicht im Rahmen der Parteientschädigung abzugelten ist. Für die öffentliche Verhandlung vom 23. Oktober 2017 ist zudem 1 Stunde berücksichtigt worden. Die Verhandlung hat indes nur 0,42 Stunden gedauert. Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass Rechtsanwalt Wyssmann die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat, und somit auf die damaligen Vorarbeiten zurückgreifen konnte. Der Aufwand wird daher und mit Blick auf die üblichen Entschädigungen in vergleichbaren Fällen auf total 15 Stunden gekürzt. Was den geltend gemachten Stundenansatz von CHF 280.00 anbelangt, spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss nur in ausserordentlich komplexen Fällen einen Ansatz von mehr als CHF 260.00 zu. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Die Parteientschädigung ist daher auf der Basis eines Ansatzes von CHF 260.00 zu bemessen. Damit resultiert ein Honorar von CHF 3'900.00.

Was die Auslagen von CHF 238.30 anbelangt, so sind die 165 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 82.50 auf CHF 155.80. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 23. Oktober 2017 von 45.4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]). Daher reduzieren sich die Auslagen auf total CHF 142.20. Unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 323.40) beläuft sich die Parteientschädigung auf total CHF 4'365.60, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

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

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 19. Mai 2016 aufgehoben und die Sache an diese zurückgewiesen wird, damit sie im Sinne der Erwägungen verfährt und hierauf neu entscheidet.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 4'365.60 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

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

4. Der Beschwerdeführerin ist der bereits geleistete Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 zurückzuerstatten.

5. Je eine Kopie des Protokolls der öffentlichen Verhandlung vom 23. Oktober 2017 und der eingereichten Urkunden Nrn. 11 ff. inkl. der Kostennote geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

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

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Jäggi

E. 11.1

Bei diesem Verfahrensausgang, d.h. angesichts des formellen Obsiegens, hat die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine volle Parteientschädigung, welche grundsätzlich gleich zu gewähren ist wie für ein Obsiegen im materiellen Sinne (BGE 127 V 228 E. 2b/bb S. 234, 110 V 54 E. 3a S. 57; ZAK 1987 S. 268 E. 5a). Diese Entschädigung bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). 11.2 Der Vertreter des Beschwerdeführers Rechtsanwalt Rémy Wyssmann macht in seiner Kostennote vom 23. Oktober 2017 (A.S. 55 f.), basierend auf einem zeitlichen Aufwand von 21,41 Stunden und Auslagen von insgesamt CHF 238.30, einen Kostenersatz von insgesamt CHF 7'336.55 geltend. Da in zwei Positionen Kanzleiaufwand aufgeführt wird, der im Stundenansatz eines Anwalts bereits enthalten ist (zwei Kurzbriefe an die Klientin vom 24. Juni 2016 und 31. Juli 2017 à je 0,17 Stunden) und daher nicht gesondert entschädigt wird, ist der zeitliche Aufwand auf 21,07 Stunden zu kürzen. Weiter enthält die Kostennote in erheblichem Umfang Korrespondenz mit der Rechtsschutzversicherung, welche ebenfalls nicht im Rahmen der Parteientschädigung abzugelten ist. Für die öffentliche Verhandlung vom 23. Oktober 2017 ist zudem 1 Stunde berücksichtigt worden. Die Verhandlung hat indes nur 0,42 Stunden gedauert. Schliesslich ist auch zu berücksichtigen, dass Rechtsanwalt Wyssmann die Beschwerdeführerin bereits im Vorbescheidverfahren vertreten hat, und somit auf die damaligen Vorarbeiten zurückgreifen konnte. Der Aufwand wird daher und mit Blick auf die üblichen Entschädigungen in vergleichbaren Fällen auf total 15 Stunden gekürzt. Was den geltend gemachten Stundenansatz von CHF 280.00 anbelangt, spricht das Versicherungsgericht praxisgemäss nur in ausserordentlich komplexen Fällen einen Ansatz von mehr als CHF 260.00 zu. Ein solcher Fall liegt hier nicht vor. Die Parteientschädigung ist daher auf der Basis eines Ansatzes von CHF 260.00 zu bemessen. Damit resultiert ein Honorar von CHF 3'900.00.

Was die Auslagen von CHF 238.30 anbelangt, so sind die 165 Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 82.50 auf CHF 155.80. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 23. Oktober 2017 von 45.4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]). Daher reduzieren sich die Auslagen auf total CHF 142.20. Unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 323.40) beläuft sich die Parteientschädigung auf total CHF 4'365.60, die durch die Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist.

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

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