

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.187 vom 2. Juni 2016

SO Obergericht, 2016-06-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.187](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.187)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.187 du 2 juin 2016

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.187 del 2 giugno 2016

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1982 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) war zuletzt seit dem 1. Juli 2008 als Maschinen-Operatrice bei der B.\_\_\_\_ (im Folgenden: B.\_\_\_\_), tätig. Am 18. August 2010 wurde sie erstmals wegen eines dorsalen Ganglions im Bereich des dominanten rechten Handgelenks im C.\_\_\_\_ operiert. Nach einer Anpassung ihres Arbeitsplatzes konnte sie ihre Tätigkeit wieder vollumfänglich ausüben. Bei einem Sturz in der Badewanne am 18. Juli 2012 verspürte die Beschwerdeführerin ein Knacken im linken Handgelenk. In der Folge bildete sich auch links ein dorsales Handgelenksganglion aus, welches am 18. September 2012 im C.\_\_\_\_ operiert wurde (Exstirpation; IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 13.6). Bei Neuromverdacht erfolgte am 19. März 2013 im C.\_\_\_\_ eine Revisionsoperation (Narbenrevision, Neurolyse; IV-Nr. 17 S. 3). Der Hausarzt, med. prakt. D.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin ab 19. Juli 2012 (IV-Nr. 13.11 S. 2). Wegen starker Schmerzen wurde die Ergotherapie abgebrochen. Die Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis auf den 31. Januar 2013 auf (IV-Nr. 4 S. 1 f.).

1.2 Am 22. November 2012 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 7). Eingliederungsmassnahmen konnten in der Folge nicht durchgeführt werden, weshalb die berufliche Eingliederung abgeschlossen wurde (Bericht vom 11. Juli 2013; IV-Nr. 19). Nach Einholung von Arztberichten beim E.\_\_\_\_ und beim C.\_\_\_\_ sowie nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD; Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH) veranlasste die IV-Stelle am 6. März 2014 eine interdisziplinäre (internistische, handchirurgische, rheumatologische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der G.\_\_\_\_, welche im Februar und März 2015 durchgeführt wurde (Gutachten vom 16. April 2015; IV-Nr. 43.1). Nach Rücksprache mit dem RAD, Durchführung des Vorbescheidverfahrens und Beizug von weiteren medizinischen Berichten lehnte die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 2. Juni 2016 ab. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, die angestammte Tätigkeit als Maschinen-Operatrice könne nicht mehr zugemutet werden. In einer Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nur als Hilfshand eingesetzt werde, seien jedoch alle beruflichen Tätigkeiten möglich. Aktuell könne der Beschwerdeführerin bei einer vollen Präsenzzeit in einer körperlich leichten Tätigkeit, ohne grossen Einsatz der linken Hand, eine Leistungsfähigkeit von 80 % zugemutet werden. Der Invaliditätsgrad betrage 27 %. Aus den in der Zwischenzeit eingereichten weiteren medizinischen Berichten ergebe sich keine veränderte klinische und diagnostische Situation bezüglich der Halswirbelsäule und der linken oberen Extremität.

Der Einkommensvergleich sei angepasst worden (IV-Nr. 65).

## E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, sie sei vor vier Jahren an beiden Händen erkrankt, was mehrere Operationen zur Folge gehabt habe. Sie sei nicht mehr in der Lage, als Maschinen-Operatrice bei der [...] zu arbeiten. Gemäss Auskunft der behandelnden Ärzte seien auch leichtere Arbeiten mit beiden Händen nicht mehr möglich, zudem stünden weitere Operationen an. Zusätzlich sei auch eine Nervenschädigung im Bereich der Nackenwirbel aufgetreten, welche eine der Hände empfindungslos mache (vgl. Beschwerde, S. 3; A.S. 5). Die Beschwerdegegnerin hält dem entgegen, in einer Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nur als Hilfshand eingesetzt werde, seien alle beruflichen Tätigkeiten möglich. Aktuell bestehe in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne grossen Einsatz der linken Hand bei voller Präsenzzeit eine Leistungsfähigkeit von 80 % (vgl. angefochtene Verfügung, A.S. 1). Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen.

3.1 Aus dem Bericht des Bürgerspitals Solothurn (Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt) vom 26. Februar 2013 geht folgende Hauptdiagnose hervor: «Status nach Excision eines dorsalen Handgelenkganglions links am 18.09.2012, persistierende Narbenbeschwerden, Steroidinfiltration im Bereich der Narbe am 04.02.13, fragliches postoperatives Carpal-tunnelsyndrom links». Im Weiteren wurde festgehalten, die Patientin stelle sich drei Wochen nach obgenannter Steroidinfiltration im Narbenbereich zur Verlaufskontrolle vor. Sie berichte über eine ca. einwöchige Beschwerdeabnahme nach der Infiltration. Danach seien die Schmerzen zurückgekehrt. Ausserdem klage sie über Gefühlsstörungen im Bereich der linken Hand. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die

Steroidinfiltration im Bereiche der Narbe habe nicht zu einer wesentlichen Besserung geführt. Bei rezidivierenden Gefühlsstörungen im Bereich der linken Hand bitte man die Kollegen der Neurologie, die Patientin zum Ausschluss eines postoperativen Carpal-tunnelsyndroms aufzubieten (IV-Nr. 17 S. 7 f.).

3.2 Dem Elektrophysiologiebericht des C.\_\_\_\_ vom 14. März 2013 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Verdacht auf regredientes komplex-regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II (M 59.7) bei Status nach Exzision eines dorsalen Handgelenkganglions links am 18.09.2012, klinisch und elektrophysiologisch kein Hinweis auf ein Karpaltunnel-Syndrom links; 2. In gynäkologischer Behandlung für Fertilitätsbehandlung bei Kinderwunsch». Zur Anamnese wurde angegeben, die Operation des Handgelenkganglions rechts vor zwei Jahren sei komplikationslos gewesen. Seit Jahren bestünden auch linksseitig leichte Beschwerden, insbesondere bei Belastung (Putzarbeiten). Nach dem Sturz auf das Handgelenk sei eine klare Zunahme der Schmerzen festzustellen gewesen. Die Diagnosestellung von Handgelenkganglien links sowie die Operation seien im September 2012 erfolgt. Postoperativ seien sofort heftigste pulsierende Schmerzen aufgetreten. Diese hätten angehalten, trotz Ruhigstellung in der Schiene, mit Anschwellung und Bewegungseinschränkung. Es seien ein Taubheitsgefühl und Schmerzen über dem dorsalen Handgelenk vorhanden. Aktuell bestehe insgesamt eine leichte Verbesserung mit jedoch anhaltend invalidisierenden Schmerzen insbesondere nach der Physiotherapie und je nach Bewegung. Die Patientin habe keinen eigentlichen Ruheschmerz. Die Schmerzfreiheit halte während 10 Tagen nach der Steroid-Infiltration an.

Zum lokalen Status wurde angegeben, es bestehe noch eine diskrete Schwellung der gesamten Hand, insbesondere im Dorsalhandgelenk. Die Narbe sei druckdolent und reizlos. Die Handgelenksbeweglichkeit sei gegeben, jedoch mit Schmerzhaftigkeit im Narbenbereich. Die Kraft sei diskret, das Nerveninnervationsgebiet übergreifend reduziert. Aktuell bestünden weder eine Rötung noch eine Überwärmung. Zur Elektrophysiologie wurde angegeben, die motorischen und sensibel-antidromen Neurographien des Nervus medianus links inkl. F-Wellen seien normal. Sodann seien auch die motorischen und sensibel-antidromen Neurographien des Nervus ulnaris links inkl. F-Wellen normal. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgestellt, klinisch anamnestisch sei eher an eine peripher-entzündliche Erkrankung bzw. Reaktion nach der Operation zu denken. Wenn auch aktuell nicht mehr vollständige klinische Zeichen bestünden, sei der Verlauf eines komplex-regionalen Schmerzsyndroms links möglich (IV-Nr. 17 S. 4 ff.).

3.3 Am 19. März 2013 wurde die Beschwerdeführerin im C.\_\_\_\_ am linken Handgelenk (erneut) operiert (Narbenrevision, Neurolyse; Operateur: Dr. med. I.\_\_\_\_). Es wurde im Wesentlichen angegeben, nach der Ganglionentfernung habe sich postoperativ eine schwierige Situation mit Schmerzen und Schwellung im Bereich des Handrückens distal der Narbe entwickelt. Im Untersuch bestche trotz der regelmässigen Ergotherapie und Desensibilisierung ein deutliches Tinel-Zeichen radial im Bereich der Narbe. Da konservative Massnahmen keine Verbesserung gebracht hätten, werde die Indikation zur Revision gestellt mit der Hoffnung, dass der Schmerztrigger eliminiert werden könne. Vorgängig habe eine Infiltration von Lokalanästhesie und Kortison die Situation für einige Tage deutlich verbessert. Im Rahmen der Operation sei proximal des stark vernarbten Gebietes im gesunden Gewebe ein Ast des Nervus radialis reidentifiziert und neurolysiert worden. Der Rest des Narbengebietes sei exzidiert worden. Ein eigentliches Neurom sei nicht erkennbar (IV-Nr. 17 S. 3).

3.4 Aus dem Bericht des C.\_\_\_\_ vom 8. April 2013 geht hervor, der Eingriff habe leider nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Die Situation sei unverändert. Das Ziel des Eingriffs sei gewesen, den Stimulus für ein allfälliges CRPS zu eliminieren. Es sei jetzt weiter konservativ zu verfahren mit Weiterführung der Ergotherapie (IV-Nr. 17 S. 1).

3.5 Im Bericht des C.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2013 wurde angegeben, die Patientin komme zur Verlaufskontrolle, nachdem sie zwischenzeitlich im E.\_\_\_\_ untersucht worden sei. Sie beschreibe nach wie vor die radialen Finger wie als Fremdkörper besonders bei Belastung, wo es nach ca. einer halben Stunde zu elektrisierenden Schmerzen komme, die nach distal und proximal ausstrahlen, sodass sie die Hand nicht mehr einsetzen könne. Im Alltag respektive Haushalt mache sie alles mit der rechten Hand. Hier habe sie zwar auch leichte persistierende Schmerzen nach Ganglion-Exstirpation, könne aber die Hand während 6 Stunden belasten. Es komme vor, dass sie abends an beiden Händen Schmerzen habe. Zwischenzeitlich habe auch eine Konsultation beim Hausarzt stattgefunden, aufgrund einer auftretenden Schwellung. Die Patientin beschreibe, dass diese regelmässig auftrete und nach 1 bis 2 Tagen wieder verschwinde. Sie habe dabei das Gefühl, dass es wie ein Platzen von Flüssigkeit im Innern sei. Es bestehe eine minime Schwellung distal der Narbe. Die Narbe sei reizlos. Es sei kein Tinelzeichen vorhanden. Grobkursorisch bestehe eine Kraftverminderung rechts. Es bestehe eine Druckdolenz vor allem im ulnaren Bereich der Narbe. Hier sei subcutan eine Verhärtung vorhanden, was auf die Narbe oder ein Rezidivganglion hinweisen könnte. Es werde empfohlen, die weitere Kontrolle im E.\_\_\_\_ wahrzunehmen und die Behandlung dort weiterzuführen (IV-Nr. 21 S. 3 f.).

3.6 Gemäss dem Bericht des E.\_\_\_\_ (Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberärztin) vom 25. Oktober 2013 besteht im Prinzip ein komplett unveränderter Status zur ausführlichen Untersuchung vom August 2013. Die Patientin wünsche einen OP-Eingriff. Der Befund sei unverändert mit leicht palpabler Schwellung bei reizloser Narbe über dem dorsalen Handgelenk links. Es sei nochmals explizit nach einer Allodynie geschaut worden, diese habe die Patientin nicht. Es finde sich jedoch 1 cm proximal der Narbe ein kleines elektrisierendes Tinelzeichen über der Narbe. Ansonsten bestehe ein völlig unauffälliger neurologischer Befund. Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, die Patient habe am ehesten persistierende Schmerzen nach hypertrophem Narbengewebe (DD Ganglionrezidiv), welches im Ultraschall nicht deutlich habe nachgewiesen werden können mit zusätzlicher Schmerzsymptomatik im Sinne eines Narben- und Neuromschmerzes eines Astes des Ramus superficialis nervus radialis über Strahl III. Falls die Patientin eine weitere Therapie wünsche, werde sie gebeten, die letzten MRI-Befunde mitzubringen. Es bestehe die Möglichkeit, die Narbe nochmals zu eröffnen und das Rezidivganglion bzw. Narbengewebe zu reseziieren. Ein Erfolg der Operation könne jedoch nicht garantiert werden. Ein Interventionswunsch sei bei der Patientin jedoch stark. Die Patientin sei vorerst weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 23 S. 5 f.).

3.7 Der Hausarzt med. prakt. D.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, attestierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit März 2013. Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen allenfalls verbessert werden (IV-Nr. 21 S. 1 f.).

3.8 Im Bericht des C.\_\_\_\_ (Dr. med. I.\_\_\_\_) zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2013 wurde festgehalten, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 18. September 2013 (recte: 2012). Die Patientin könne die Hand nicht mehr einsetzen

ohne Schmerzen. Die bisherige Tätigkeit sei nur kurze Zeit, d.h. weniger als 2 Stunden, zuzumuten, wobei die manuelle Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt sei. Nicht manuelle Arbeiten seien der Patientin jedoch zuzumuten (IV-Nr. 22 S. 5).

3.9 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2014 fest, die persistierenden postoperativen Schmerzen am linken Handgelenk seien nicht erklärbar. Die handchirurgischen Berichte widerspiegelten eine grosse Ratlosigkeit. Die Absicht einer erneuten operativen Intervention bei dem von der Handchirurgin Dr. med. J.\_\_\_\_ selbst formulierten unsicheren Operationserfolg sei wohl wenig sinnvoll und scheine auf Druck der Patientin entstanden zu sein. Vor dem Hintergrund einer somatisch nicht erklärbaren Schmerzsituation sei auch die persistierende Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit seit dem 18. September 2012 nicht nachvollziehbar. Die 31-jährige Versicherte müsse im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens handchirurgisch, neurologisch und psychiatrisch begutachtet werden (IV-Nr. 25 S. 2 f.).

3.10 Aus dem Bericht des C.\_\_\_\_, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie (Dr. med. K.\_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädische Klinik [...]), vom 22. August 2014 gehen folgende Diagnosen hervor: «Cervicobrachialgien links bei multisegmentaler Degeneration der HWS zwischen HWK 4 und 7, Zustand nach mehreren Handgelenkoperationen links». Zur Anamnese wurde ausgeführt, seit ungefähr zwei Jahren bestünden bei der Patientin belastungsabhängige Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in den linken Arm bzw. die linke Hand. Zudem seien lokale Schmerzen im linken Handgelenk vorhanden, welche sich nach diversen Operationen zurückgebildet hätten. Seit einigen Monaten berichte die Patientin über ein stromartiges Gefühl im linken Arm bis zu den ersten drei Fingern reichend. Zudem berichte sie, dass sie nach mehreren Stunden Arbeit einen subjektiven Kraftverlust im linken Arm und auch gelegentlich auf der rechten Seite verspüre. Zudem gebe sie an, bei Exazerbation der Beschwerden im Nacken starke migräneartige Kopfschmerzen zu bekommen. Unter physiotherapeutischen Massnahmen und lokalen Nackenmassagen sei es bei der Patientin zu zunehmenden Schmerzen mit Unwohlsein, Schwindel und Benommenheit gekommen. Seit zwei Jahren sei sie wegen ihrer Beschwerden nicht arbeitstätig. Im Rahmen der Befunderhebung wurde ausgeführt, in der Untersuchung finde man keine motorischen Defizite mit Sensibilitätsstörungen in Dig I bis III auf der linken Seite. Im MRI der HWS vom 30. Juni 2014 sehe man multisegmentale Degenerationen der HWS zwischen C4 bis 7 mit unkarthrotischen Veränderungen sowie einem links foraminal gelegenen Bandscheibenvorfall auf Höhe HWK 6/7 mit Affektion der Wurzel C7.

Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, im Prinzip bestehe bei der Patientin eine relative Operationsindikation zur Diskektomie HWK 6/7. Da die Patientin aktuell keine motorischen Ausfälle habe und die Schmerzen auszuhalten seien, könne man mit einer Operation noch zuwarten. Die Indikation zur transforaminalen Infiltration seien mit der Patientin besprochen worden. Die Patientin habe starke Angst vor der Operation und Infiltration und wolle dies im Moment nicht durchführen lassen. Weitere Kontrollen seien im Moment nicht vorgesehen (IV-Nr. 35 S. 2 f.).

3.11 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten interdisziplinären Gutachten der G.\_\_\_\_ vom 16. April 2015 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 16. Februar 2015 internistisch (Dr. med. L.\_\_\_\_, Innere Medizin FMH), am 2. März 2015 psychiatrisch (Dr. med. M.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und handchirurgisch

(Dr. med. N.\_\_\_\_, Handchirurgie FMH), am 4. März 2015 rheumatologisch (Dr. med. O.\_\_\_\_, Rheumatologie FMH) und am 23. März 2015 neurologisch (Dr. med. P.\_\_\_\_, Neurologie FMH) begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Sorgen, Anspannung), ICD-10 F43.23; chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41; 2. Persistierende Handgelenksschmerzen links bei Status nach Handgelenksganglion-Exzision am 18.09.2012 sowie Status nach Narbenrevisionen und Neurolyse bei Verdacht auf Neurom eines Astes des Ramus superfizialis N. radialis vom 19.03.2013, ICD-10 M79.24 und M67.44 (Ganglionexzision rechts 2010); 3. Chronisch-therapieresistentes und störend erlebtes Beschwerdebild in der linken oberen Extremität, aus rheumatologischer Sicht nicht einer differenzierten Genese oder einem spezifischen Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis zuordbar (ICD-10 M25.09); 4. Funktionales Zervikalsyndrom, überwiegend myotendinotisch geprägt, bei muskulärer Dysbalance der Nacken-/Schultermuskulatur (ICD-10 M54.02)». Die ebenfalls diagnostizierte substituierte Schilddrüsenunterfunktion (ICD-10 E03.09) hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Unter dem Titel «Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen angegeben, die Explorandin klage nach wie vor über unveränderte Schmerzen in den Händen, links stärker als rechts. Vorübergehend sei auch die Verdachtsdiagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) gestellt worden. Die entsprechende primäre Symptomatik habe sich im Laufe der Zeit aber zurückgebildet. Weder in der allgemein-internistischen Untersuchung noch in den verschiedenen Teilgutachten seien Befunde erhoben worden, die das Beschwerdebild der Explorandin hinreichend erklären könnten. Insbesondere habe ein CRPS aufgrund der verschiedenen Untersuchungen eindeutig ausgeschlossen werden können. Sowohl der Rheumatologe als auch der Handchirurg und ebenso der Neurologe beschrieben die persistierende, von der Explorandin beklagte Schmerzsymptomatik, sie könnten hierfür aber kein somatisches Korrelat nachweisen. Der Psychiater diagnostiziere die Schmerzproblematik als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, begleitet von einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Sorgen, Anspannung). Der Handchirurg beurteile die Arbeitsfähigkeit der Explorandin in ihrer Tätigkeit als Maschinen-Operatrice als zu 100 % aufgehoben, postuliere aber eine vollständige, d.h. 100%ige Leistungsfähigkeit in einer sogenannten angepassten Verweistätigkeit, sofern die linke, subjektiv beeinträchtigte Hand nur Hilfsfunktionen erhalte. Für die anderen Teilgutachter seien aus ihrer fachspezifischen Sicht keine erheblichen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin in der bisherigen und einer anderen angepassten Verweistätigkeit ersichtlich. Sie kämen gleichermassen zum Schluss, dass aufgrund der Schmerzen eine leichte Reduktion der Leistungsfähigkeit qualitativer Art von 20 % vorliege. Diese Beurteilung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit habe keine kumulative Auswirkung, d.h. es sei gesamthaft von einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Explorandin in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Alle Gutachter seien der Auffassung, dass medizinische Massnahmen aufgrund des chronifizierten Zustandsbildes keine wesentliche Verbesserung des Zustandes erwarten liessen.

Im Rahmen der Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Einschätzungen wurde sodann ausgeführt, die somatischen Befunde im Rahmen der aktuellen Untersuchung der Explorandin stünden nicht im Widerspruch zu den in den Akten beschriebenen Vorbefunden und Diagnosen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin weiche insofern von den Voruntersuchungen ab, als anfänglich, postoperativ nach dem 19. Juli 2012, eine längere 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, vornehmlich durch den Hausarzt und den Handchirurgen Dr. med. I.\_\_\_\_, der die primäre und die sekundäre Operation vorgenommen habe. Beurteilungen der Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit finde man in den Vorbefunden nicht. Die vorbestehende CRPS sei erstmals vom Operateur Dr. med. I.\_\_\_\_ geäussert und von der Neurologin Dr. med. Q.\_\_\_\_ aufgenommen worden, im weiteren Verlauf dann aber wegen fehlender klinischer Symptomatik nicht mehr diagnostiziert worden. In der aktuellen Begutachtung habe sie sich nicht nachweisen lassen.

Zur Arbeitsfähigkeit führten die G.\_\_\_\_-Gutachter abschliessend aus, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Explorandin in ihrer beruflichen Tätigkeit bei der B.\_\_\_\_ sei ab 19. Juli 2012 attestiert worden. Die letzte Bestätigung dieser Arbeitsunfähigkeit sei durch den operierenden Handchirurgen Dr. med. I.\_\_\_\_ mit Bericht vom 19. November 2013 erfolgt. Da die Schmerzproblematik der Explorandin von den untersuchenden und behandelnden Ärzten vornehmlich auf körperliche Ursachen ausgerichtet gewesen sei (psychosomatische und psychiatrische Vorbeurteilungen seien nicht vorhanden), könne aktuell rückwirkend nicht beurteilt werden, ab wann die aktuell festgestellte eingeschränkte qualitative Arbeitsfähigkeit von 20 % ihren Anfang genommen habe. Aufgrund der handchirurgischen Begutachtung sei davon auszugehen, dass der Explorandin ihre frühere berufliche Tätigkeit oder eine vergleichbare Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden könne. Diesbezüglich bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der neurologischen, rheumatologischen, psychiatrischen und allgemein-internistischen Untersuchungsbefunde erachte man die Explorandin in einer angepassten Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nicht dominant eingesetzt werden müsse, zu mindestens 80 % arbeitsfähig, da aufgrund der chronifizierten Schmerzproblematik von einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %, bezogen auf einen Anstellungsgrad von 100 %, auszugehen sei. In einer Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nur als Hilfshand eingesetzt werde, seien alle beruflichen Tätigkeiten möglich. Der rheumatologische Teilgutachter beschreibe die Bedingungen einer Verweistätigkeit wie folgt: Der Gebrauch der linken oberen Extremität zur Verrichtung einer Arbeit sollte ausgelassen oder auf ein Minimum beschränkt werden. Generell sollte die Möglichkeit in der ergonomischen Gestaltung von Knöpfen, Griffen oder Bedienelementen ausgelotet werden. Die Belastung für die linke obere Extremität (optimal auch für die rechte obere Extremität) sollte überwiegend leicht, kurzfristig auch mittelschwer gestaltet sein. Überkopftätigkeiten sollten maximal eine halbe Stunde am Stück und höchstens zweimal halbtags notwendig werden. Günstig wäre der Arbeitsbereich im Becken-/Lendenbereich (überwiegend unterhalb des Brustniveaus). Die Möglichkeit zur individuellen Wahl von Wechselpositionen oder generell die Einnahme von ergonomisch günstigen Haltungen und Körperpositionen sollten gewährleistet bzw. gefördert werden. Das Heben und Tragen von Lasten sei mit der rechten Extremität bis Lendenhöhe im Ausmass von maximal 15 kg, bis zur Brusthöhe im Ausmass von maximal 10 kg möglich. Dieselben Tätigkeiten seien mit der linken oberen Extremität bis Lendenhöhe im Ausmass von maximal 10 kg, bis zur Brusthöhe im Ausmass von maximal 10 kg zuzumuten. Kniende, kauernde oder vorgebeugte Tätigkeiten sollten auf ein

Minimum beschränkt werden. Das Tragen von Anhängetaschen oder Ähnlichem sollte prinzipiell «das übliche Mass» nicht überschreiten. Das Gehen in ebenem und unebenem Gelände sei ohne spezielle Limiten zumutbar. Sitzende Tätigkeiten wären günstig, sofern die vorgenannten Möglichkeiten betreffend Wechselpositionen oder Körperpositionen gewährleistet seien. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne aus polydisziplinärer Sicht nicht mehr relevant durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar (IV-Nr. 43.1 S. 17 ff.).

3.12 Der RAD-Arzt hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Juni 2015 fest, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei in diesem Gutachten nachvollziehbar und schlüssig beurteilt worden. Jede leichte Tätigkeit, in welcher die linke Hand als Zudienhand funktioniere, sei zumutbar. Rein rechtshändig seien auch schwerere Arbeiten zuzumuten, wobei die linke Hand wiederum als Zudienhand ohne grossen Kraft- und Halteaufwand funktioniere. Gewichte bis 5 kg könnten mit der linken Hand gehalten werden. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maschinenoperateurin von 0 % ab dem 19. Juli 2012. Die Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit betrage 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 20 % ab dem 19. Juli 2012. Der Gesundheitszustand mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr behandelbar und könne nicht verbessert werden (IV-Nr. 47 S. 2 f.).

3.13 Die Chiropraktorin Dr. med. R. \_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 1. Juli 2015 fest, die Patientin sei vom 6. Mai bis 17. Juni 2015 bei ihr in Behandlung gewesen. Sie habe zuerst ausführlich über die Schmerzen und Einschränkungen im linken Handgelenk und danach über ihre starken Nackenschmerzen berichtet. Diese bestünden seit längerem und äusserten sich unterschiedlich. Oft tue einfach der Nacken weh, manchmal seien Kopfschmerzen vorhanden und gelegentlich trete eine Ausstrahlung in den linken Arm auf, wobei sich manchmal gewisse Stellen taub anfühlten; manchmal sei es eher das Gefühl, der Arm stehe stellenweise unter Strom. Die Patientin habe hier und in ihrer Heimat verschiedene Therapien ohne Erfolg durchgeführt. Von einer Infiltration der HWS oder einer Operation, die als ultima ratio vorgeschlagen worden sei, wolle sie absehen. Zu «Beurteilung und Therapie» wurde ausgeführt, der Patientin seien 6 Behandlungen bezüglich des Zervikalsyndroms vorgeschlagen worden, um das Ansprechen beurteilen zu können. Da die Patientin von keiner Besserung der Beschwerden habe berichten können, sei die chiropraktische Behandlung abgeschlossen worden. Man habe ihr geraten, mit der Akupunktur weiterzufahren. Bei unverändert grossem Leidensdruck wäre es mittelfristig vielleicht doch sinnvoll, ein invasiveres Vorgehen, z.B. mittels Infiltration, in Betracht zu ziehen (IV-Nr. 62 S. 3 f.).

3.14 PD Dr. med. I. \_\_\_, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, FMH Handchirurgie, äusserte sich in seiner Stellungnahme zum G. \_\_\_-Gutachten vom 17. August 2015 dahingehend, die rein handchirurgischen Beschwerden seien durch die neurologische und handchirurgische Beurteilung ■ bis auf den Miteinbezug der ergotherapeutischen Beurteilung der neuropathischen Allodynie ■ abgedeckt worden. Aufgrund der von Dr. med. K. \_\_\_ festgehaltenen Zervikobrachialgien links bei multisegmentaler Degeneration der HWS zwischen HWK 4 und HWK 7 und der relativen Operationsindikation oder Indikation zur transforaminalen Infiltration sollte die wirbelsäulenchirurgische Beurteilung im Gutachten miteingeschlossen werden. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden könnten einerseits durch die persistierenden Handgelenksschmerzen, die neuropathischen Schmerzen ausgehend vom Ramus

superficialis Nervus radialis oder eben auch von einer HWS- Problematik ausgehen oder im Sinne eines «double hits» verstärkt sein. Die im Gutachten enthaltenen Beurteilungen der HWS bescheinigten einerseits ein funktionales Zervikalsyndrom, überwiegend myotendinotisch geprägt (Dr. med. O.\_\_\_\_) bei muskulärer Dysbalance der Nacken-/Schultermuskulatur. Im neurologischen Gutachten werde andererseits ein leichtes, am ehesten gemischt muskuläres und spondylogenes Zervikalsyndrom mit als gering eingeschätzter pathologischer Relevanz festgehalten.

PD Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt im Weiteren fest, die Beurteilung der HWS liege ausserhalb seines Kompetenzbereichs als Handchirurg. Es scheine jedoch, dass weder Physiotherapie noch chiropraktische Behandlungen (oder Akupunktur) die Situation hätten positiv beeinflussen können. Chiropraktorin Dr. med. R.\_\_\_\_ empfehle daher, dass bei unverändert grossem Leidensdruck ein invasives Vorgehen, z.B. mittels Infiltrationen, in Betracht zu ziehen sei. Dass es sich hier um eine komplexe, fächerübergreifende Problematik handle, erklärten einerseits die handchirurgische Ratlosigkeit, andererseits die erfolgten psychosozialen/somatischen, neurologischen und wirbelsäulenchirurgischen Abklärungen und die verordneten Therapien. Aus strikt handchirurgischer Sicht scheine die Beurteilung korrekt. Es fehle jedoch eine umfassende Beurteilung der HWS-Problematik, welche im Vergleich zu den psychiatrischen Abklärungen marginal und für die Beurteilung des Invaliditätsgrades notwendig sei. Die Frage, in welchem Umfang die Patientin aktuell einer leidensangepassten Tätigkeit nachgehen könne, könne erst nach Klärung und eventuell invasiver Behandlung der HWS mit nachfolgender Begutachtung abschliessend beurteilt werden (IV-Nr. 54 S. 5 f.)

3.15 Med. prakt. D.\_\_\_\_ hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 4. September 2015 fest, zum rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ sei zu bemerken, dass die Patientin sehr enttäuscht sei über die herablassende Behandlung während seiner Kurzkonsultation von 20 Minuten. Während dieser kurzen Zeit sei keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei dieser komplexen Situation möglich. Die Patientin werde durch Dr. med. I.\_\_\_\_ weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Die Patientin sei nicht in der Lage, ihren Haushalt selbst zu erledigen. Neurochirurgische Abklärungen seien vorgesehen, allenfalls werde eine Diskushernien-Operation in Betracht gezogen. Zumindest vorläufig sei die Patientin also weiterhin als 100 % arbeitsunfähig zu betrachten (IV-Nr. 54 S. 7).

3.16 Dem Sprechstundenbericht des Neuro- und Wirbelsäulenzentrums S.\_\_\_\_ (Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), vom 5. Oktober 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Zervicobrachialgie links mehr als rechts bei multisegmentaler Degeneration der HWS, DD: Thoracic-outlet-Syndrom, St. nach mehreren Handgelenks-Operationen». Zur Anamnese wurde festgehalten, das neu angefertigte MRI der HWS zeige keine Änderung des Befundes im Vergleich mit der Aufnahme vor einem Jahr. Es zeigten sich eine minimale Anterolisthese C4/5 und eine beginnende Diskusdegeneration C5/6 und C6/7 mit leichter Protrusion. Im Weiteren sei eine intraforaminale Irritation der Wurzel C7 links möglich. Bei deutlichem Leidensdruck und anhand der Anamnese sei eine epidurale Infiltration C5/6 links zu empfehlen. Nach der ausführlichen Erklärung und möglichen Nebenwirkung sei ein Infiltrationstermin auf den 23. Oktober 2015 reserviert worden (IV-Nr. 60).

3.17 Im Verlaufsbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. Februar 2016 gab der Hausarzt an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Es seien eine chronische

Cervicobrachialgie links ausgeprägter als rechts bei ausgeprägter Diskusdegeneration mit Protrusion C5/6 und C6/7, ein Status nach epiduraler Infiltration C5/6 links am 23. Oktober 2015 sowie multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS festzustellen. Aktuell bestehe eine Schwangerschaft (18. Schwangerschaftswoche) mit zunehmend Dys- und Parästhesien der Hände beidseits. Sämtliche Diagnosen hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Schwangerschaftsbedingt seien therapeutische Massnahmen aktuell eingeschränkt. Eine Diskushernienoperation sei nicht möglich, medikamentöse Möglichkeiten seien ebenfalls eingeschränkt (IV-Nr. 62 S. 1 f.).

3.18 RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. März 2016 fest, aus den nachgereichten Berichten ergebe sich keine veränderte klinische und diagnostische Situation bezüglich der HWS und der linken Oberextremität. Im Gutachten der MEDAS Interlaken vom 1. Mai 2015 seien ja die Beschwerden der Versicherten im Nackenbereich bejaht und als myotendinotisch und durch die muskuläre Dysbalance der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur bedingt interpretiert worden. Daran habe sich offensichtlich nichts geändert. Insbesondere liege gemäss dem neuen und unveränderten MRI-Befund keine relevante Diskushernie vor, wie dies der Hausarzt fälschlicherweise erwähne, sondern lediglich eine leichte Protrusion C5/6 und 6/7. Die zwischenzeitlich eingetretene Schwangerschaft tangiere das Beschwerdebild nicht und stelle keinen Krankheitszustand dar. An der Beurteilung vom 22. Juni 2015 könne festgehalten werden (IV-Nr. 64 S. 2 f.).

## **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades 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, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die ärztliche und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f. mit Hinweisen). 2.5 Der Versicherungsträger und das Gericht (vgl. Art. 61 lit. c in fine ATSG) haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht 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 es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1

S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232). 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 125 V 351 E. 3a S. 352; 122 V 157 E. 1c S. 160 f.). Dennoch hat es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar erachtet, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). Den gerichtlichen oder im Rahmen des Verwaltungsverfahrens durch den Sozialversicherer eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten, welche auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, ist bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470f., 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, sie sei vor vier Jahren an beiden Händen erkrankt, was mehrere Operationen zur Folge gehabt habe. Sie sei nicht mehr in der Lage, als Maschinen-Operatrice bei der [...] zu arbeiten. Gemäss Auskunft der behandelnden Ärzte seien auch leichtere Arbeiten mit beiden Händen nicht mehr möglich, zudem stünden weitere Operationen an. Zusätzlich sei auch eine Nervenschädigung im Bereich der Nackenwirbel aufgetreten, welche eine der Hände empfindungslos mache (vgl. Beschwerde, S. 3; A.S. 5). Die Beschwerdegegnerin hält dem entgegen, in einer Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nur als Hilfs hand eingesetzt werde, seien alle beruflichen Tätigkeiten möglich. Aktuell bestehe in einer körperlich leichten Tätigkeit ohne grossen Einsatz der linken Hand bei voller Präsenzzeit eine Leistungsfähigkeit von 80 % (vgl. angefochtene Verfügung, A.S. 1). Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen.

3.1 Aus dem Bericht des Bürgerspitals Solothurn (Dr. med. I. \_\_\_\_, Leitender Arzt) vom 26. Februar 2013 geht folgende Hauptdiagnose hervor: «Status nach Excision eines dorsalen Handgelenkganglions links am 18.09.2012, persistierende Narbenbeschwerden, Steroidinfiltration im Bereich der Narbe am 04.02.13, fragliches postoperatives Carpal tunnel syndrome links». Im Weiteren wurde festgehalten, die Patientin stelle sich drei Wochen nach obgenannter Steroidinfiltration im Narbenbereich zur Verlaufskontrolle vor. Sie berichte über eine ca. einwöchige Beschwerdeabnahme nach der Infiltration. Danach seien die Schmerzen zurückgekehrt. Ausserdem klage sie über Gefühlsstörungen im Bereich der linken Hand. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Steroidinfiltration im Bereiche der Narbe habe nicht zu einer wesentlichen Besserung geführt. Bei rezidivierenden Gefühlsstörungen im Bereich der linken Hand bitte man die Kollegen der Neurologie, die Patientin zum Ausschluss eines postoperativen Carpal tunnel syndrome aufzubieten (IV-Nr. 17 S. 7 f.).

3.2 Dem Elektrophysiologiebericht des C. \_\_\_\_ vom 14. März 2013 können folgende Diagnosen entnommen werden: «1. Verdacht auf regredientes komplex-regionales Schmerzsyndrom (CRPS) Typ II (M 59.7) bei Status nach Exzision eines dorsalen Handgelenkganglions links am 18.09.2012, klinisch und elektrophysiologisch kein Hinweis auf ein Karpaltunnel-Syndrom links; 2. In gynäkologischer Behandlung für Fertilitätsbehandlung

bei Kinderwunsch». Zur Anamnese wurde angegeben, die Operation des Handgelenkganglions rechts vor zwei Jahren sei komplikationslos gewesen. Seit Jahren bestünden auch linksseitig leichte Beschwerden, insbesondere bei Belastung (Putzarbeiten). Nach dem Sturz auf das Handgelenk sei eine klare Zunahme der Schmerzen festzustellen gewesen. Die Diagnosestellung von Handgelenkganglien links sowie die Operation seien im September 2012 erfolgt. Postoperativ seien sofort heftigste pulsierende Schmerzen aufgetreten. Diese hätten angehalten, trotz Ruhigstellung in der Schiene, mit Anschwellung und Bewegungseinschränkung. Es seien ein Taubheitsgefühl und Schmerzen über dem dorsalen Handgelenk vorhanden. Aktuell bestehe insgesamt eine leichte Verbesserung mit jedoch anhaltend invalidisierenden Schmerzen insbesondere nach der Physiotherapie und je nach Bewegung. Die Patientin habe keinen eigentlichen Ruheschmerz. Die Schmerzfreiheit halte während 10 Tagen nach der Steroid-Infiltration an. Zum lokalen Status wurde angegeben, es bestehe noch eine diskrete Schwellung der gesamten Hand, insbesondere im Dorsalhandgelenk. Die Narbe sei druckdolent und reizlos. Die Handgelenksbeweglichkeit sei gegeben, jedoch mit Schmerzhaftigkeit im Narbenbereich. Die Kraft sei diskret, das Nerveninnervationsgebiet übergreifend reduziert. Aktuell bestünden weder eine Rötung noch eine Überwärmung. Zur Elektrophysiologie wurde angegeben, die motorischen und sensibel-antidromen Neurographien des Nervus medianus links inkl. F-Wellen seien normal. Sodann seien auch die motorischen und sensibel-antidromen Neurographien des Nervus ulnaris links inkl. F-Wellen normal. Im Rahmen der Beurteilung wurde festgestellt, klinisch anamnestisch sei eher an eine peripher-entzündliche Erkrankung bzw. Reaktion nach der Operation zu denken. Wenn auch aktuell nicht mehr vollständige klinische Zeichen bestünden, sei der Verlauf eines komplex-regionalen Schmerzsyndroms links möglich (IV-Nr. 17 S. 4 ff.).

3.3 Am 19. März 2013 wurde die Beschwerdeführerin im C.\_\_\_\_ am linken Handgelenk (erneut) operiert (Narbenrevision, Neurolyse; Operateur: Dr. med. I.\_\_\_\_). Es wurde im Wesentlichen angegeben, nach der Ganglionentfernung habe sich postoperativ eine schwierige Situation mit Schmerzen und Schwellung im Bereich des Handrückens distal der Narbe entwickelt. Im Untersuchungsbestehende trotz der regelmässigen Ergotherapie und Desensibilisierung ein deutliches Tinel-Zeichen radial im Bereich der Narbe. Da konservative Massnahmen keine Verbesserung gebracht hätten, werde die Indikation zur Revision gestellt mit der Hoffnung, dass der Schmerztrigger eliminiert werden könne. Vorgängig habe eine Infiltration von Lokalanästhesie und Kortison die Situation für einige Tage deutlich verbessert. Im Rahmen der Operation sei proximal des stark vernarbten Gebietes im gesunden Gewebe ein Ast des Nervus radialis reidentifiziert und neurolysiert worden. Der Rest des Narbengebietes sei exzidiert worden. Ein eigentliches Neurom sei nicht erkennbar (IV-Nr. 17 S. 3).

3.4 Aus dem Bericht des C.\_\_\_\_ vom 8. April 2013 geht hervor, der Eingriff habe leider nicht den gewünschten Erfolg gebracht. Die Situation sei unverändert. Das Ziel des Eingriffs sei gewesen, den Stimulus für ein allfälliges CRPS zu eliminieren. Es sei jetzt weiter konservativ zu verfahren mit Weiterführung der Ergotherapie (IV-Nr. 17 S. 1).

3.5 Im Bericht des C.\_\_\_\_ vom 12. Oktober 2013 wurde angegeben, die Patientin komme zur Verlaufskontrolle, nachdem sie zwischenzeitlich im E.\_\_\_\_ untersucht worden sei. Sie beschreibe nach wie vor die radialen Finger wie als Fremdkörper besonders bei Belastung, wo es nach ca. einer halben Stunde zu elektrisierenden Schmerzen komme, die nach distal und proximal ausstrahlen, sodass sie die Hand nicht mehr einsetzen könne. Im Alltag respektive Haushalt mache sie alles mit der rechten Hand. Hier habe sie zwar auch leichte persistierende Schmerzen nach Ganglion-Exstirpation, könne aber die Hand während 6 Stunden belasten. Es komme vor,

dass sie abends an beiden Händen Schmerzen habe. Zwischenzeitlich habe auch eine Konsultation beim Hausarzt stattgefunden, aufgrund einer auftretenden Schwellung. Die Patientin beschreibe, dass diese regelmässig auftrete und nach 1 bis 2 Tagen wieder verschwinde. Sie habe dabei das Gefühl, dass es wie ein Platzen von Flüssigkeit im Innern sei. Es bestehe eine minime Schwellung distal der Narbe. Die Narbe sei reizlos. Es sei kein Tinelzeichen vorhanden. Grobkursorisch bestehe eine Kraftverminderung rechts. Es bestehe eine Druckdolenz vor allem im ulnaren Bereich der Narbe. Hier sei subcutan eine Verhärtung vorhanden, was auf die Narbe oder ein Rezidivganglion hinweisen könnte. Es werde empfohlen, die weitere Kontrolle im E.\_\_\_\_ wahrzunehmen und die Behandlung dort weiterzuführen (IV-Nr. 21 S. 3 f.).

3.6 Gemäss dem Bericht des E.\_\_\_\_ (Dr. med. J.\_\_\_\_, Oberärztin) vom 25. Oktober 2013 besteht im Prinzip ein komplett unveränderter Status zur ausführlichen Untersuchung vom August 2013. Die Patientin wünsche einen OP-Eingriff. Der Befund sei unverändert mit leicht palpabler Schwellung bei reizloser Narbe über dem dorsalen Handgelenk links. Es sei nochmals explizit nach einer Allodynie geschaut worden, diese habe die Patientin nicht. Es finde sich jedoch 1 cm proximal der Narbe ein kleines elektrisierendes Tinelzeichen über der Narbe. Ansonsten bestehe ein völlig unauffälliger neurologischer Befund. Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, die Patient habe am ehesten persistierende Schmerzen nach hypertrophem Narbengewebe (DD Ganglionrezidiv), welches im Ultraschall nicht deutlich habe nachgewiesen werden können mit zusätzlicher Schmerzsymptomatik im Sinne eines Narben- und Neuromschmerzes eines Astes des Ramus superficialis nervus radialis über Strahl III. Falls die Patientin eine weitere Therapie wünsche, werde sie gebeten, die letzten MRI-Befunde mitzubringen. Es bestehe die Möglichkeit, die Narbe nochmals zu eröffnen und das Rezidivganglion bzw. Narbengewebe zu resezieren. Ein Erfolg der Operation könne jedoch nicht garantiert werden. Ein Interventionswunsch sei bei der Patientin jedoch stark. Die Patientin sei vorerst weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 23 S. 5 f.).

3.7 Der Hausarzt med. prakt. D.\_\_\_\_, Arzt für Allgemeine Medizin, attestierte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 6. November 2013 eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit März 2013. Der Gesundheitszustand der versicherten Person sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen allenfalls verbessert werden (IV-Nr. 21 S. 1 f.).

3.8 Im Bericht des C.\_\_\_\_ (Dr. med. I.\_\_\_\_) zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 19. November 2013 wurde festgehalten, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 18. September 2013 (recte: 2012). Die Patientin könne die Hand nicht mehr einsetzen ohne Schmerzen. Die bisherige Tätigkeit sei nur kurze Zeit, d.h. weniger als 2 Stunden, zuzumuten, wobei die manuelle Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt sei. Nicht manuelle Arbeiten seien der Patientin jedoch zuzumuten (IV-Nr. 22 S. 5).

3.9 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin, hielt in seiner Stellungnahme vom 27. Februar 2014 fest, die persistierenden postoperativen Schmerzen am linken Handgelenk seien nicht erklärbar. Die handchirurgischen Berichte widerspiegeln eine grosse Ratlosigkeit. Die Absicht einer erneuten operativen Intervention bei dem von der Handchirurgin Dr. med. J.\_\_\_\_ selbst formulierten unsicheren Operationserfolg sei wohl wenig sinnvoll und scheine auf Druck der Patientin entstanden zu sein. Vor dem Hintergrund einer somatisch nicht erklärbaren Schmerzsituation sei auch die persistierende Arbeitsunfähigkeit für jede Tätigkeit seit dem 18. September 2012 nicht nachvollziehbar. Die 31-jährige Versicherte müsse im Rahmen eines polydisziplinären Gutachtens handchirurgisch, neurologisch und psychiatrisch begutachtet werden (IV-Nr. 25 S. 2 f.).

3.10 Aus dem Bericht des C.\_\_\_\_, Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie

(Dr. med. K. \_\_\_\_, Leitender Arzt Orthopädische Klinik [...]), vom 22. August 2014 gehen folgende Diagnosen hervor: «Cervicobrachialgien links bei multisegmentaler Degeneration der HWS zwischen HWK 4 und 7, Zustand nach mehreren Handgelenkoperationen links». Zur Anamnese wurde ausgeführt, seit ungefähr zwei Jahren bestünden bei der Patientin belastungsabhängige Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung in den linken Arm bzw. die linke Hand. Zudem seien lokale Schmerzen im linken Handgelenk vorhanden, welche sich nach diversen Operationen zurückgebildet hätten. Seit einigen Monaten berichte die Patientin über ein stromartiges Gefühl im linken Arm bis zu den ersten drei Fingern reichend. Zudem berichte sie, dass sie nach mehreren Stunden Arbeit einen subjektiven Kraftverlust im linken Arm und auch gelegentlich auf der rechten Seite verspüre. Zudem gebe sie an, bei Exazerbation der Beschwerden im Nacken starke migräneartige Kopfschmerzen zu bekommen. Unter physiotherapeutischen Massnahmen und lokalen Nackenmassagen sei es bei der Patientin zu zunehmenden Schmerzen mit Unwohlsein, Schwindel und Benommenheit gekommen. Seit zwei Jahren sei sie wegen ihrer Beschwerden nicht arbeitstätig. Im Rahmen der Befunderhebung wurde ausgeführt, in der Untersuchung finde man keine motorischen Defizite mit Sensibilitätsstörungen in Dig I bis III auf der linken Seite. Im MRI der HWS vom 30. Juni 2014 sehe man multisegmentale Degenerationen der HWS zwischen C4 bis 7 mit unkarthrotischen Veränderungen sowie einem links foraminal gelegenen Bandscheibenvorfall auf Höhe HWK 6/7 mit Affektion der Wurzel C7. Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde angegeben, im Prinzip bestehe bei der Patientin eine relative Operationsindikation zur Diskektomie HWK 6/7. Da die Patientin aktuell keine motorischen Ausfälle habe und die Schmerzen auszuhalten seien, könne man mit einer Operation noch zuwarten. Die Indikation zur transforaminalen Infiltration seien mit der Patientin besprochen worden. Die Patientin habe starke Angst vor der Operation und Infiltration und wolle dies im Moment nicht durchführen lassen. Weitere Kontrollen seien im Moment nicht vorgesehen (IV-Nr. 35 S. 2 f.).

3.11 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten interdisziplinären Gutachten der G. \_\_\_\_ vom 16. April 2015 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 16. Februar 2015 internistisch (Dr. med. L. \_\_\_\_, Innere Medizin FMH), am 2. März 2015 psychiatrisch (Dr. med. M. \_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH) und handchirurgisch (Dr. med. N. \_\_\_\_, Handchirurgie FMH), am 4. März 2015 rheumatologisch (Dr. med. O. \_\_\_\_, Rheumatologie FMH) und am 23. März 2015 neurologisch (Dr. med. P. \_\_\_\_, Neurologie FMH) begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Sorgen, Anspannung), ICD-10 F43.23; chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, ICD-10 F45.41; 2. Persistierende Handgelenksschmerzen links bei Status nach Handgelenksganglion-Exzision am 18.09.2012 sowie Status nach Narbenrevisionen und Neurolyse bei Verdacht auf Neurom eines Astes des Ramus superfizialis N. radialis vom 19.03.2013, ICD-10 M79.24 und M67.44 (Ganglionexzision rechts 2010); 3. Chronisch-therapieresistentes und störend erlebtes Beschwerdebild in der linken oberen Extremität, aus rheumatologischer Sicht nicht einer differenzierten Genese oder einem spezifischen Leiden aus dem rheumatologischen Formenkreis zuordbar (ICD-10 M25.09); 4. Funktionales Zervikalsyndrom, überwiegend myotendinotisch geprägt, bei muskulärer Dysbalance der Nacken-/Schultermuskulatur (ICD-10 M54.02)». Die ebenfalls diagnostizierte substituierte Schilddrüsenunterfunktion (ICD-10 E03.09) hat nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Unter dem Titel

«Beurteilung und Prognose» wurde im Wesentlichen angegeben, die Explorandin klage nach wie vor über unveränderte Schmerzen in den Händen, links stärker als rechts. Vorübergehend sei auch die Verdachtsdiagnose eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) gestellt worden. Die entsprechende primäre Symptomatik habe sich im Laufe der Zeit aber zurückgebildet. Weder in der allgemein-internistischen Untersuchung noch in den verschiedenen Teilgutachten seien Befunde erhoben worden, die das Beschwerdebild der Explorandin hinreichend erklären könnten. Insbesondere habe ein CRPS aufgrund der verschiedenen Untersuchungen eindeutig ausgeschlossen werden können. Sowohl der Rheumatologe als auch der Handchirurg und ebenso der Neurologe beschrieben die persistierende, von der Explorandin beklagte Schmerzsymptomatik, sie könnten hierfür aber kein somatisches Korrelat nachweisen. Der Psychiater diagnostiziere die Schmerzproblematik als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, begleitet von einer Anpassungsstörung mit vorwiegender Beeinträchtigung von anderen Gefühlen (Niedergeschlagenheit, Reizbarkeit, Sorgen, Anspannung). Der Handchirurg beurteile die Arbeitsfähigkeit der Explorandin in ihrer Tätigkeit als Maschinen-Operatrice als zu 100 % aufgehoben, postuliere aber eine vollständige, d.h. 100%ige Leistungsfähigkeit in einer sogenannten angepassten Verweistätigkeit, sofern die linke, subjektiv beeinträchtigte Hand nur Hilfsfunktionen erhalte. Für die anderen Teilgutachter seien aus ihrer fachspezifischen Sicht keine erheblichen Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Explorandin in der bisherigen und einer anderen angepassten Verweistätigkeit ersichtlich. Sie kämen gleichermassen zum Schluss, dass aufgrund der Schmerzen eine leichte Reduktion der Leistungsfähigkeit qualitativer Art von 20 % vorliege. Diese Beurteilung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit habe keine kumulative Auswirkung, d.h. es sei gesamthaft von einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Explorandin in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Alle Gutachter seien der Auffassung, dass medizinische Massnahmen aufgrund des chronifizierten Zustandsbildes keine wesentliche Verbesserung des Zustandes erwarten liessen. Im Rahmen der Auseinandersetzung mit abweichenden ärztlichen Einschätzungen wurde sodann ausgeführt, die somatischen Befunde im Rahmen der aktuellen Untersuchung der Explorandin stünden nicht im Widerspruch zu den in den Akten beschriebenen Vorbefunden und Diagnosen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin weiche insofern von den Voruntersuchungen ab, als anfänglich, postoperativ nach dem 19. Juli 2012, eine längere 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden sei, vornehmlich durch den Hausarzt und den Handchirurgen Dr. med. I. \_\_\_\_, der die primäre und die sekundäre Operation vorgenommen habe. Beurteilungen der Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit finde man in den Vorbefunden nicht. Die vorbestehende CRPS sei erstmals vom Operateur Dr. med. I. \_\_\_\_, geäussert und von der Neurologin Dr. med. Q. \_\_\_\_, aufgenommen worden, im weiteren Verlauf dann aber wegen fehlender klinischer Symptomatik nicht mehr diagnostiziert worden. In der aktuellen Begutachtung habe sie sich nicht nachweisen lassen. Zur Arbeitsfähigkeit führten die G. \_\_\_\_, -Gutachter abschliessend aus, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Explorandin in ihrer beruflichen Tätigkeit bei der B. \_\_\_\_, sei ab 19. Juli 2012 attestiert worden. Die letzte Bestätigung dieser Arbeitsunfähigkeit sei durch den operierenden Handchirurgen Dr. med. I. \_\_\_\_, mit Bericht vom 19. November 2013 erfolgt. Da die Schmerzproblematik der Explorandin von den untersuchenden und behandelnden Ärzten vornehmlich auf körperliche Ursachen ausgerichtet gewesen sei (psychosomatische und psychiatrische Vorbeurteilungen seien nicht vorhanden), könne aktuell rückwirkend nicht beurteilt werden, ab wann die aktuell festgestellte eingeschränkte

qualitative Arbeitsfähigkeit von 20 % ihren Anfang genommen habe. Aufgrund der handchirurgischen Begutachtung sei davon auszugehen, dass der Explorandin ihre frühere berufliche Tätigkeit oder eine vergleichbare Tätigkeit nicht mehr zugemutet werden könne. Diesbezüglich bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der neurologischen, rheumatologischen, psychiatrischen und allgemein-internistischen Untersuchungsbefunde erachte man die Explorandin in einer angepassten Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nicht dominant eingesetzt werden müsse, zu mindestens 80 % arbeitsfähig, da aufgrund der chronifizierten Schmerzproblematik von einer qualitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 %, bezogen auf einen Anstellungsgrad von 100 %, auszugehen sei. In einer Verweistätigkeit, in welcher die linke Hand nur als Hilfshand eingesetzt werde, seien alle beruflichen Tätigkeiten möglich. Der rheumatologische Teilgutachter beschreibe die Bedingungen einer Verweistätigkeit wie folgt: Der Gebrauch der linken oberen Extremität zur Verrichtung einer Arbeit sollte ausgelassen oder auf ein Minimum beschränkt werden. Generell sollte die Möglichkeit in der ergonomischen Gestaltung von Knöpfen, Griffen oder Bedienelementen ausgelotet werden. Die Belastung für die linke obere Extremität (optimal auch für die rechte obere Extremität) sollte überwiegend leicht, kurzfristig auch mittelschwer gestaltet sein. Überkopftätigkeiten sollten maximal eine halbe Stunde am Stück und höchstens zweimal halbtags notwendig werden. Günstig wäre der Arbeitsbereich im Becken-/Lendenbereich (überwiegend unterhalb des Brustniveaus). Die Möglichkeit zur individuellen Wahl von Wechselpositionen oder generell die Einnahme von ergonomisch günstigen Haltungen und Körperpositionen sollten gewährleistet bzw. gefördert werden. Das Heben und Tragen von Lasten sei mit der rechten Extremität bis Lendenhöhe im Ausmass von maximal 15 kg, bis zur Brusthöhe im Ausmass von maximal 10 kg möglich. Dieselben Tätigkeiten seien mit der linken oberen Extremität bis Lendenhöhe im Ausmass von maximal 10 kg, bis zur Brusthöhe im Ausmass von maximal 10 kg zuzumuten. Kniende, kauernde oder vorgebeugte Tätigkeiten sollten auf ein Minimum beschränkt werden. Das Tragen von Anhängetaschen oder Ähnlichem sollte prinzipiell «das übliche Mass» nicht überschreiten. Das Gehen in ebenem und unebenem Gelände sei ohne spezielle Limiten zumutbar. Sitzende Tätigkeiten wären günstig, sofern die vorgenannten Möglichkeiten betreffend Wechselpositionen oder Körperpositionen gewährleistet seien. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit könne aus polydisziplinärer Sicht nicht mehr relevant durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Berufliche Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar (IV-Nr. 43.1 S. 17 ff.). 3.12 Der RAD-Arzt hielt in seiner Stellungnahme vom 22. Juni 2015 fest, die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei in diesem Gutachten nachvollziehbar und schlüssig beurteilt worden. Jede leichte Tätigkeit, in welcher die linke Hand als Zudienhand funktioniere, sei zumutbar. Rein rechtshändig seien auch schwerere Arbeiten zuzumuten, wobei die linke Hand wiederum als Zudienhand ohne grossen Kraft- und Halteaufwand funktioniere. Gewichte bis 5 kg könnten mit der linken Hand gehalten werden. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Maschinenoperateurin von 0 % ab dem 19. Juli 2012. Die Arbeitsfähigkeit in einer dem Leiden angepassten Tätigkeit betrage 100 % mit einer Leistungseinschränkung von 20 % ab dem 19. Juli 2012. Der Gesundheitszustand mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei nicht mehr behandelbar und könne nicht verbessert werden (IV-Nr. 47 S. 2 f.). 3.13 Die Chiropraktorin Dr. med. R. \_\_\_ hielt in ihrem Bericht vom 1. Juli 2015 fest, die Patientin sei vom 6. Mai bis 17. Juni 2015 bei ihr in Behandlung gewesen. Sie habe zuerst ausführlich über die Schmerzen und Einschränkungen im linken Handgelenk und danach über ihre starken Nackenschmerzen berichtet. Diese beständen seit

längerem und äusserten sich unterschiedlich. Oft tue einfach der Nacken weh, manchmal seien Kopfschmerzen vorhanden und gelegentlich trete eine Ausstrahlung in den linken Arm auf, wobei sich manchmal gewisse Stellen taub anfühlten; manchmal sei es eher das Gefühl, der Arm stehe stellenweise unter Strom. Die Patientin habe hier und in ihrer Heimat verschiedene Therapien ohne Erfolg durchgeführt. Von einer Infiltration der HWS oder einer Operation, die als ultima ratio vorgeschlagen worden sei, wolle sie absehen. Zu «Beurteilung und Therapie» wurde ausgeführt, der Patientin seien 6 Behandlungen bezüglich des Zervikalsyndroms vorgeschlagen worden, um das Ansprechen beurteilen zu können. Da die Patientin von keiner Besserung der Beschwerden habe berichten können, sei die chiropraktische Behandlung abgeschlossen worden. Man habe ihr geraten, mit der Akupunktur weiterzufahren. Bei unverändert grossem Leidensdruck wäre es mittelfristig vielleicht doch sinnvoll, ein invasiveres Vorgehen, z.B. mittels Infiltration, in Betracht zu ziehen (IV-Nr. 62 S. 3 f.). 3.14 PD Dr. med. I.\_\_\_\_, FMH Plastische, Rekonstruktive und Ästhetische Chirurgie, FMH Handchirurgie, äusserte sich in seiner Stellungnahme zum G.\_\_\_\_-Gutachten vom 17. August 2015 dahingehend, die rein handchirurgischen Beschwerden seien durch die neurologische und handchirurgische Beurteilung – bis auf den Miteinbezug der ergotherapeutischen Beurteilung der neuropathischen Allodynie – abgedeckt worden. Aufgrund der von Dr. med. K.\_\_\_\_ festgehaltenen Zervikobrachialgien links bei multisegmentaler Degeneration der HWS zwischen HWK 4 und HWK 7 und der relativen Operationsindikation oder Indikation zur transforaminalen Infiltration sollte die wirbelsäulenchirurgische Beurteilung im Gutachten miteingeschlossen werden. Die von der Patientin geschilderten Beschwerden könnten einerseits durch die persistierenden Handgelenksschmerzen, die neuropathischen Schmerzen ausgehend vom Ramus superficialis Nervus radialis oder eben auch von einer HWS- Problematik ausgehen oder im Sinne eines «double hits» verstärkt sein. Die im Gutachten enthaltenen Beurteilungen der HWS bescheinigten einerseits ein funktionales Zervikalsyndrom, überwiegend myotendinotisch geprägt (Dr. med. O.\_\_\_\_) bei muskulärer Dysbalance der Nacken-/Schultermuskulatur. Im neurologischen Gutachten werde andererseits ein leichtes, am ehesten gemischt muskuläres und spondylogenes Zervikalsyndrom mit als gering eingeschätzter pathologischer Relevanz festgehalten. PD Dr. med. I.\_\_\_\_ hielt im Weiteren fest, die Beurteilung der HWS liege ausserhalb seines Kompetenzbereichs als Handchirurg. Es scheine jedoch, dass weder Physiotherapie noch chiropraktische Behandlungen (oder Akupunktur) die Situation hätten positiv beeinflussen können. Chiropraktorin Dr. med. R.\_\_\_\_ empfehle daher, dass bei unverändert grossem Leidensdruck ein invasives Vorgehen, z.B. mittels Infiltrationen, in Betracht zu ziehen sei. Dass es sich hier um eine komplexe, fächerübergreifende Problematik handle, erklärten einerseits die handchirurgische Ratlosigkeit, andererseits die erfolgten psychosozialen/somatischen, neurologischen und wirbelsäulenchirurgischen Abklärungen und die verordneten Therapien. Aus strikt handchirurgischer Sicht scheine die Beurteilung korrekt. Es fehle jedoch eine umfassende Beurteilung der HWS-Problematik, welche im Vergleich zu den psychiatrischen Abklärungen marginal und für die Beurteilung des Invaliditätsgrades notwendig sei. Die Frage, in welchem Umfang die Patientin aktuell einer leidensangepassten Tätigkeit nachgehen könne, könne erst nach Klärung und eventuell invasiver Behandlung der HWS mit nachfolgender Begutachtung abschliessend beurteilt werden (IV-Nr. 54 S. 5 f.) 3.15 Med. prakt. D.\_\_\_\_ hielt in seinem ärztlichen Zeugnis vom 4. September 2015 fest, zum rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. O.\_\_\_\_ sei zu bemerken, dass die Patientin sehr enttäuscht sei über die herablassende Behandlung während seiner Kurzkonsultation

von 20 Minuten. Während dieser kurzen Zeit sei keine Beurteilung der Arbeitsfähigkeit bei dieser komplexen Situation möglich. Die Patientin werde durch Dr. med. I. \_\_\_ weiterhin zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Die Patientin sei nicht in der Lage, ihren Haushalt selbst zu erledigen. Neurochirurgische Abklärungen seien vorgesehen, allenfalls werde eine Diskushernien-Operation in Betracht gezogen. Zumindest vorläufig sei die Patientin also weiterhin als 100 % arbeitsunfähig zu betrachten (IV-Nr. 54 S. 7). 3.16 Dem Sprechstundenbericht des Neuro- und Wirbelsäulenzentrums S. \_\_\_ (Dr. med. T. \_\_\_, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), vom 5. Oktober 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Zervicobrachialgie links mehr als rechts bei multisegmentaler Degeneration der HWS, DD: Thoracic-outlet-Syndrom, St. nach mehreren Handgelenks-Operationen». Zur Anamnese wurde festgehalten, das neu angefertigte MRI der HWS zeige keine Änderung des Befundes im Vergleich mit der Aufnahme vor einem Jahr. Es zeigten sich eine minimale Anterolisthese C4/5 und eine beginnende Diskusdegeneration C5/6 und C6/7 mit leichter Protrusion. Im Weiteren sei eine intraforaminale Irritation der Wurzel C7 links möglich. Bei deutlichem Leidensdruck und anhand der Anamnese sei eine epidurale Infiltration C5/6 links zu empfehlen. Nach der ausführlichen Erklärung und möglichen Nebenwirkung sei ein Infiltrationstermin auf den 23. Oktober 2015 reserviert worden (IV-Nr. 60). 3.17 Im Verlaufsbericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 10. Februar 2016 gab der Hausarzt an, der Gesundheitszustand habe sich verschlechtert. Es seien eine chronische Cervicobrachialgie links ausgeprägter als rechts bei ausgeprägter Diskusdegeneration mit Protrusion C5/6 und C6/7, ein Status nach epiduraler Infiltration C5/6 links am 23. Oktober 2015 sowie multisegmentale degenerative Veränderungen der HWS festzustellen. Aktuell bestehe eine Schwangerschaft (18. Schwangerschaftswoche) mit zunehmend Dys- und Parästhesien der Hände beidseits. Sämtliche Diagnosen hätten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Schwangerschaftsbedingt seien therapeutische Massnahmen aktuell eingeschränkt. Eine Diskushernienoperation sei nicht möglich, medikamentöse Möglichkeiten seien ebenfalls eingeschränkt (IV-Nr. 62 S. 1 f.). 3.18 RAD-Arzt Dr. med. F. \_\_\_ hielt in seiner Stellungnahme vom 16. März 2016 fest, aus den nachgereichten Berichten ergebe sich keine veränderte klinische und diagnostische Situation bezüglich der HWS und der linken Oberextremität. Im Gutachten der MEDAS Interlaken vom 1. Mai 2015 seien ja die Beschwerden der Versicherten im Nackenbereich bejaht und als myotendinotisch und durch die muskuläre Dysbalance der Schultergürtel- und Nackenmuskulatur bedingt interpretiert worden. Daran habe sich offensichtlich nichts geändert. Insbesondere liege gemäss dem neuen und unveränderten MRI-Befund keine relevante Diskushernie vor, wie dies der Hausarzt fälschlicherweise erwähne, sondern lediglich eine leichte Protrusion C5/6 und 6/7. Die zwischenzeitlich eingetretene Schwangerschaft tangiere das Beschwerdebild nicht und stelle keinen Krankheitszustand dar. An der Beurteilung vom 22. Juni 2015 könne festgehalten werden (IV-Nr. 64 S. 2 f.).

### **E. 3**

Eventuell : Frau A. \_\_\_ sei die unentgeltliche Rechtspflege zu gewähren und der Unterzeichnende als amtlicher Anwalt beizuordnen. 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 2. September 2016 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf eine Stellungnahme verzichtet und auf die Begründung in der angefochtenen Verfügung sowie die Akten verweist (A.S. 10). 2.3 Mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 wird der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege ab Prozessbeginn unter dem Vorbehalt bewilligt, dass die H. \_\_\_ (im Folgenden: H. \_\_\_), weiterhin keine

Leistungen mehr übernimmt. Als unentgeltlicher Rechtsbeistand wird Fürsprecher Herbert Bracher, bestellt (A.S. 25 f.). 2.4 Mit Eingabe vom 31. Oktober 2016 reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote ein. Im Weiteren lässt er dem Gericht gleichzeitig eine E-Mail der H. \_\_\_ vom 28. Oktober 2016 zugehen, worin diese erklärt, sie erachte ein Schiedsverfahren nicht als zielführend und sei in diesem speziellen Fall bereit, Kostengutsprache für das vorliegende Beschwerdeverfahren zu gewähren, wobei das Kostendach einstweilen auf CHF 3'000.00 festgesetzt werde (A.S. 28 ff.). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Streitig ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine ganze Invalidenrente hat. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. Juni 2016 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen). 2. 2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20 ) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

#### **E. 4**

4.1 Zunächst ist festzuhalten, dass das interdisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle G. \_\_\_ vom 16. April 2015 auf den vollständigen Vorakten sowie auf spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Innere Medizin», «Psychiatrie», «Handchirurgie», «Rheumatologie» und «Neurologie» beruht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder.

Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen im Rahmen einer gesamthaften Betrachtung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen beantwortet. Das Gesamtgutachten trägt die Unterschriften aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurden durch die Gutachter berücksichtigt und es ist erkennbar, warum ihnen teilweise nicht gefolgt wurde. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

Es besteht kein Anhaltspunkt, dass eine zusätzliche Begutachtung der Beschwerdeführerin in der Disziplin «Orthopädie» ein anderes Ergebnis hervorgebracht hätte. Der begutachtende Rheumatologe Dr. med. O. \_\_\_ erhob aufgrund seiner Untersuchung vom 4. März 2015 einen rheumatologischen Status der Hals-, Brust- und Lendenwirbelsäule, ermittelte den Gelenkstatus der oberen und unteren Extremitäten und erstellte einen kursorischen Neurostatus, wobei er sich auf ein MRI der HWS vom Juni 2014 abstützte. Auch angesichts der gestellten Diagnosen und der rheumatologischen Beurteilung ist kein Hinweis ersichtlich, der die Notwendigkeit einer zusätzlichen orthopädischen Begutachtung nahelegen würde. Von der Beschwerdeführerin wird denn auch nicht dargelegt, inwiefern angesichts der nur in rheumatologischer Hinsicht erfolgten Begutachtung eine ungenügende medizinische Beurteilung vorliegen könnte (vgl. Beschwerdebeilage [BB] 5). Nach der Rechtsprechung liegt es grundsätzlich im Ermessen der Gutachter, in welchen Disziplinen eine versicherte Person zu begutachten ist (BGE 139 V 349 E. 3.3 S. 353). Auch die Dauer der Untersuchung unterliegt grundsätzlich der Fachkenntnis und dem Ermessensspielraum des Experten (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_466/2017 vom 9. November 2017 E. 5.1 mit Hinweis). Im Weiteren kommt es für den Aussagegehalt eines medizinischen Gutachtens praxismässig nicht auf die Dauer der Untersuchung an; massgebend ist in erster Linie, ob die Expertise inhaltlich vollständig und im Ergebnis schlüssig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C\_847/2013 vom 14. Februar 2014 E. 5.1.1 und 9C\_269/2012 vom 6. August 2012 E. 3.4.4, je mit Hinweisen). Diese Anforderungen erfüllt das oben wiedergegebene Gutachten vollumfänglich. Im Weiteren bestehen auch keine Anhaltspunkte für eine «herablassende Behandlung» durch den rheumatologischen Gutachter, wie dies von der Beschwerdeführerin bzw. ihrem Hausarzt vorgebracht wurde (vgl. IV-Nr. 54 S. 7).

4.2 Aufgrund der Ergebnisse der handchirurgischen Begutachtung ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit als Maschinen-Operatrice bei der B. \_\_\_ oder eine vergleichbare Tätigkeit (körperlich schwere Arbeit; vgl. IV-Nr. 43.3 S. 6) nicht mehr zugemutet werden kann. Bezüglich einer solchen Tätigkeit besteht eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Aufgrund der allgemein-internistischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen Untersuchungsbefunde ist sie nach den gutachterlichen Angaben jedoch in der Lage, eine angepasste Verweistätigkeit, bei welcher die linke Hand nicht dominant eingesetzt werden muss, zu mindestens 80 % auszuüben, da aufgrund der chronifizierten Schmerzproblematik von einer qualitativen Einschränkung von 20 % (bezogen auf einen Anstellungsgrad von 100 %) auszugehen ist. Grundsätzlich sind der Beschwerdeführerin - unter Vorbehalt, dass die linke Hand nur als Hilfshand eingesetzt wird ■ sämtliche angepassten Tätigkeiten zuzumuten, wobei nach den

Angaben des rheumatologischen Teilgutachters folgende Einschränkungen zu berücksichtigen sind: Der Gebrauch der linken oberen Extremität zur Verrichtung einer Arbeit sollte ausgelassen oder auf ein Minimum beschränkt werden. Die Belastung für die linke obere Extremität (optimal auch für die rechte obere Extremität) sollte überwiegend leicht, kurzfristig auch mittelschwer, gestaltet sein. Überkopftätigkeiten sollten maximal eine halbe Stunde am Stück und höchstens zweimal halbtags notwendig sein. Der Arbeitsbereich sollte im Becken-/Lendenbereich (überwiegend unterhalb des Brustniveaus) sein. Im Weiteren sollte die Möglichkeit zur individuellen Wahl von Wechselpositionen oder generell die Einnahme von ergonomisch günstigen Haltungen und Körperpositionen gewährleistet sein. Das Heben und Tragen von Lasten mit der rechten Extremität bis zur Lendenhöhe mit einem Gewicht von maximal 15 kg, bis zur Brusthöhe mit einem Gewicht von maximal 10 kg, sind zumutbar. Mit der linken oberen Extremität sind dieselben Tätigkeiten bis zur Lendenhöhe mit einem Gewicht von maximal 10 kg und bis zur Brusthöhe mit einem Gewicht von ebenfalls 10 kg möglich. Kniende, kauende oder vorgebeugte Tätigkeiten sollten auf ein Minimum beschränkt werden (vgl. IV-Nr. 43.1 S. 20 f. und 43.6 S. 8). Angesichts dieser gestützt auf die interdisziplinäre Begutachtung vom Februar/März 2015 erfolgten Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann ■ trotz der vorerwähnten zahlreichen Einschränkungen aus rheumatologischer Sicht ■ nicht gesagt werden, auch leichtere Arbeiten mit beiden Händen seien nicht mehr möglich (vgl. Beschwerde, S. 3; A.S. 5). Sofern die linke Hand lediglich als Hilfshand eingesetzt werden kann, sind der Beschwerdeführerin körperlich leichte, im vorerwähnten Sinne angepasste Tätigkeiten mit einem Arbeitspensum von 100 % und einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit, somit zu 80 %, zuzumuten. Diese gutachterliche Einschätzung wird vom RAD-Arzt uneingeschränkt übernommen (vgl. Stellungnahmen vom 22. Juni 2015 und 16. März 2016 (E. II. 3.12 und 3.18)). Soweit aus den Berichten der behandelnden Ärzte andere Beurteilungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin hervorgehen, kann darauf nicht abgestellt werden.

4.3 Zu Einwand der Beschwerdeführerin, es stünden noch weitere Operationen an, ist festzuhalten, dass nach den Angaben des rheumatologischen G. \_\_\_-Gutachters keine Indikation für ein allfälliges erneutes chirurgisches Vorgehen besteht. Ebenso wenig bietet sich eine spezifische differenzierte Behandlungsoption im rheumatologischen Sinne an. Den Nacken betreffend ist die Beschwerdeführerin im ergonomisch richtigen Verhalten des Rückens und Rumpfes zu schulen. Bezüglich der Hand könnte weiterhin die ergonomische Schulung und Instruktion auch unter Sicherstellung und Verwendung von Hilfsmitteln oder ergonomischer Gestaltung im Sinne eines Gelenkschutzes erfolgen (IV-Nr. 43.1 S. 17, 43.6 S. 8). Nach der Einschätzung des handchirurgischen Teilgutachters ist die Irritation des Ramus superficialis Nervus radialis ein bekanntes Problem in der Handchirurgie und schwer zu kontrollieren; meist führten weitere chirurgische Eingriffe nicht zum Erfolg. Dementsprechend empfahl der Handchirurg ergotherapeutische Massnahmen, eine kontinuierliche Lokalanästhesieabgabe oder eine Schmerzmittelabgabe über ein Pumpsystem (IV-Nr. 43.4 S. 4). Diese Angaben stehen in Übereinstimmung mit dem Bericht von Dr. med. K. \_\_\_ vom 22. August 2014, wonach bei der Patientin zwar im Prinzip eine relative Operationsindikation zur Diskektomie HWK 6/7 bestehe, mit einer Operation aber noch zugewartet werden könne, da die Patientin aktuell keine motorischen Ausfälle habe und die Schmerzen auszuhalten seien. Gemäss den Angaben von Dr. med. K. \_\_\_ hat die Patientin grosse Angst vor der Operation und Infiltration und will eine solche Behandlung nicht durchführen lassen (IV-Nr. 35 S. 3). An dieser Haltung änderte sich in

der Folge nichts, erklärte doch auch der Hausarzt der Beschwerdeführerin in seinem Verlaufsbericht vom 10. Februar 2016, schwangerschaftsbedingt seien therapeutische Massnahmen aktuell eingeschränkt und eine Diskushernienoperation sei nicht möglich (IV-Nr. 62 S. 2). Auch bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung (2. Juni 2016) oder dem voraussichtlichen Geburtstermin (26. Juni 2016; vgl. Protokolleintrag vom 21. Januar 2016) ist keine absehbare Operationsindikation ersichtlich. Demnach kann nicht gesagt werden, der Beschwerdeführerin seien wegen bevorstehender Operationen körperlich leichte und angepasste Tätigkeiten nicht zuzumuten.

Im Weiteren ist zur von der Beschwerdeführerin erwähnten Nervenschädigung im Bereich der Nackenwirbel, wodurch eine Hand empfindungslos gemacht werde, festzuhalten, dass der begutachtende Neurologe zum Schluss kam, zusammenfassend ergebe die neurologische und elektrophysiologische Untersuchung keinen Hinweis auf eine die Arbeits- und Leistungsfähigkeit einschränkende neurologische Erkrankung. Es bestehe zwar eine leichte Gefühlsminderung für alle Qualitäten am linken Handgelenk und diese umfasse die radiale Handgelenkhälfte sowie die Finger I bis III, feinmotorische Einschränkungen bestünden aber nicht. Ebenfalls konnte keine Parese festgestellt werden. Im Weiteren wird die pathologische Relevanz des leichten, am ehesten gemischt muskulären und spondylogenen Cervicalsyndroms als gering erachtet (IV-Nr. 43.5 S. 4). Demnach kann dem Einwand der Beschwerdeführerin, wegen einer Nervenschädigung sei die Ausübung einer angepassten Verweistätigkeit nicht möglich, nicht gefolgt werden.

4.4 Zum bereits im Vorbescheidverfahren geäusserten Einwand, im Gutachten sei die wirbelsäulenchirurgische Beurteilung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit zu wenig berücksichtigt worden (vgl. Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ vom 17. August 2015; IV-Nr. 54 S. 5 f.), ist festzuhalten, dass der Bericht des Wirbelsäulenspezialisten Dr. med. K. \_\_\_ vom 22. August 2014 im Gutachten unter «Aktenlage» aufgeführt (IV-Nr. 43.1 S. 10) und somit vom rheumatologischen Teilgutachter auch gewürdigt wurde, zumal er in seinem Teilgutachten u.a. auf die im Hauptgutachten detailliert aufgeführten Akten verwies (IV-Nr. 43.6 S. 1). Im Weiteren gab Dr. med. O. \_\_\_ die Beurteilung von Dr. med. K. \_\_\_ im erwähnten Bericht unter dem Titel «subjektive Angaben des Versicherten» wieder (IV-Nr. 43.6 S. 3). Der rheumatologische Gutachter kam zum Schluss, die von der Explorandin angegebenen und erlebten sowie demonstrierten Beschwerden und Sensationen des Bewegungsapparates (distale obere Extremität links, weniger beginnend auch rechts erlebt) könne er aufgrund der objektiven Untersuchung keinen aufzeigbaren bzw. eingrenzbaeren Störungen des Bewegungsapparates im rheumatologischen Sinne zuordnen. Aus rheumatologischer Sicht könne er keine Sekundär- oder Folgestörungen nach den genannten Eingriffen im Handgelenksbereich links (aber auch rechts) nennen. Es seien keine Hinweise für ein spezifisch-entzündliches oder anderweitiges systemisches Leiden aus dem rheumatischen Formenkreis zu finden. Die von der Explorandin thematisierte und auch in der Aktenlage abgeklärte und beurteilte Situation von mehrsegmentalen degenerativen Kaskaden der HWS (inklusive einer Bandscheibenveränderung) lasse sich in seiner Expertise keinen Befunden oder Auffälligkeiten zuordnen. Auch das genannte und erlebte Beschwerdebild der linken oberen Extremität könne nicht einer segmentalen spinalen Genese zugeordnet werden. Diesen Aspekten könne er lediglich eine funktionale, überwiegend myotendinotische Störung des Nackens gegenüberstellen (vgl. Diagnose 2). Es bestünden keine direkten oder indirekten Hinweise für eine radikuläre Störung oder eine zervikale Myelopathie (IV-Nr. 43.6 S. 7).

Im Weiteren nahm der rheumatologische Gutachter zur Arbeitsfähigkeit, weiteren medizinischen Massnahmen und zur Prognose Stellung, wobei er zum Schluss kam, es seien keine invasive Behandlung der HWS, sondern die Instruktion eines ergonomisch richtigen Verhaltens betreffend Rücken und Rumpf, ein entsprechendes Heimprogramm und ein adaptiertes, individuell gestaltetes Trainingsprogramm angezeigt (IV-Nr. 43.6 S. 7 ff.). Nach dem Gesagten besteht kein Anhaltspunkt, dass die HWS-Problematik nicht umfassend begutachtet und beurteilt worden wäre. Dass die Chiropraktorin Dr. med. R. \_\_\_ nach Abschluss der chiropraktischen Behandlung erklärte, «bei unverändert grossem Leidensdruck wäre es mittelfristig vielleicht doch sinnvoll, ein invasiveres Vorgehen, z.B. mittels Infiltration, in Betracht zu ziehen» (vgl. Schreiben vom 1. Juli 2015; IV-Nr. 62 S. 3 f.), ändert daran nichts. Massgebend ist die fachärztliche Beurteilung durch den begutachtenden Rheumatologen, zumal es sich bei PD Dr. med. I. \_\_\_, der eine umfassende Beurteilung der HWS-Problematik vermisst, um einen Handchirurgen und nicht um einen Rückenspezialisten handelt. Dementsprechend wies er selber darauf hin, die Beurteilung des HWS liege ausserhalb seines Kompetenzbereiches als Handchirurg (IV-Nr. 54 S. 6). Mit dem Bericht von PD Dr. med. I. \_\_\_ vom 17. August 2015 wird der Beweiswert des G. \_\_\_-Gutachtens nicht geschmälert, zumal auch die in der S. \_\_\_ am 23. Oktober 2015 vorgenommene epidurale Infiltration C5/6 links (vgl. IV-Nr. 60) keine relevante Veränderung des Gesundheitszustands ergab (vgl. E. II. 3.16 und 3.17 hiervor). Im Übrigen wurde die vom Hausarzt med. prakt. D. \_\_\_ in seinem Verlaufsbericht vom 10. Februar 2016 (IV-Nr. 62 S. 1) angegebene Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht begründet; eine solche geht denn auch aus dem Sprechstundenbericht des Neuro- und Wirbelsäulenzentrums S. \_\_\_ vom 6. Oktober 2015 nicht hervor (vgl. IV-Nr. 60 S. 1).

## **E. 5**

5.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdeführerin arbeitete zuletzt vollzeitlich als Maschinen-Operatrice bei der B. \_\_\_. Die damalige Arbeitgeberin löste das Arbeitsverhältnis aus gesundheitlichen Gründen am 9. November 2012 auf Ende Januar 2013 auf (IV-Nr. 4). Der letzte effektive Arbeitstag war der 18. Juli 2012 (IV-Nr. 14 S. 2). Die Beschwerdegegnerin stellte zur Festsetzung des Valideneinkommens auf den zuletzt bis Juli 2012 erzielten Lohn von CHF 4'454.00 pro Monat bzw. CHF 57'902.00 pro Jahr (inkl. 13. Monatslohn) ab, was nicht zu beanstanden ist. Im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (Juli 2013) beläuft sich das Valideneinkommen - angepasst an die Nominallohnentwicklung (vgl. Lohnentwicklung 2015 des Bundesamtes für Statistik [BFS], Nominallohnindex Frauen, Verarbeitendes Gewerbe/Herstellung von Waren [2012: 102.0, 2013: 102.7]) ■ auf CHF 58'299.00.

5.2 Da die Beschwerdeführerin seit Juli 2012 keine Erwerbstätigkeit mehr ausübt, sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens die Tabellenwerte der Schweizerischen

Lohnstrukturerhebung (LSE) 2012 des BFS heranzuziehen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, Art. 28a, S. 340 N 90). Nach den fachärztlichen Angaben im interdisziplinären Gutachten vom 16. April 2015 ist die Beschwerdeführerin in der Lage, eine angepasste Verweistätigkeit, bei welcher die linke Hand nicht dominant eingesetzt werden muss, zu 100 % auszuüben, wobei eine um 20 % verminderte Leistungsfähigkeit besteht. Demnach ist in einer angepassten Verweistätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Damit ist die Beschwerdeführerin in der Lage, ein Einkommen von CHF 3'289.60 pro Monat (80 % von CHF 4'112.00 pro Monat; vgl. LSE 2012, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen), d.h. ■ angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Stunden und die Nominallohnentwicklung (Nominallohnindex Frauen, Total [2012: 102.0, 2013: 102.6]) - ein solches von CHF 3'449.60 pro Monat bzw. CHF 41■395.00 pro Jahr zu erzielen.

5.3 Nach der Rechtsprechung ist beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne zu berücksichtigen, dass gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und deshalb in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen. Sodann ist dem Umstand Rechnung zu tragen, dass weitere persönliche und berufliche Merkmale einer versicherten Person, wie Alter, Dauer der Betriebszugehörigkeit, Nationalität oder Aufenthaltskategorie sowie Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können. Die Frage, ob und in welchem Ausmass Tabellenlöhne herabzusetzen sind, hängt von sämtlichen persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls (leidensbedingte Einschränkung, Alter, Dienstjahre, Nationalität/Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad) ab. Der Einfluss sämtlicher Merkmale auf das Invalideneinkommen ist nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen, wobei der Abzug auf höchstens 25 % zu begrenzen ist (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481 f. mit Hinweisen).

Die Beschwerdeführerin ist gemäss den gutachterlichen Feststellungen in einer angepassten Verweistätigkeit, bei welcher die linke Hand nicht dominant eingesetzt werden muss, zu 80 % arbeitsfähig (bei einem Arbeitspensum von 100 %). Begründet wird diese um insgesamt 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit der chronifizierten Schmerzproblematik (IV-Nr. 43.1 S. 19 f.). Aus psychiatrischer Sicht resultieren Beeinträchtigungen vor allem im Bereich der Durchhaltefähigkeit oder der Belastbarkeit, aufgrund der dominanten Schmerzsymptomatik jedoch auch im Bereich der Planung von Aufgaben, die in Abhängigkeit der Befindlichkeit stehen, sowie auch in der Flexibilität, die den Schmerzen unterworfen ist (IV-Nr. 43.3 S. 25). Aus handchirurgischer Sicht ist die Leistungsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit angesichts der Einsetzbarkeit der linken Hand als Hilfshand ebenfalls eingeschränkt (IV-Nr. 43.4 S. 4). Aus rheumatologischer Sicht wird eine um 20 % eingeschränkte Leistungsfähigkeit mit vermehrtem Pausenbedarf und/oder einem verlangsamten Arbeitstempo begründet (IV-Nr. 43.6 S. 7 f.). Interdisziplinär wird jedoch darauf hingewiesen, die Beurteilung der eingeschränkten Leistungsfähigkeit durch die Teilgutachter habe keine kumulative Wirkung, d.h. es sei gesamthaft von einer 20%igen Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszugehen (IV-Nr. 43.1 S. 19).

Nach der Rechtsprechung ist ein Abzug auf dem Invalideneinkommen insbesondere dann zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_870/2011 vom 24. August 2012 E. 4.1 mit Hinweis). Besteht aber auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch unter Berücksichtigung des Anforderungs- und Belastungsprofils ein genügend breites Spektrum an zumutbaren Verweistätigkeiten, rechtfertigen die betreffenden Einschränkungen grundsätzlich keinen (zusätzlichen) Abzug vom Tabellenlohn (Urteil des Bundesgerichts 9C\_454/2011 vom 30. September 2011 E. 4.3.2). Neben den bereits erwähnten Einschränkungen, die eine um insgesamt 20 % verminderte Leistungsfähigkeit bewirken, bestehen bei der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht weitere Einschränkungen (andauernde Überkopftätigkeiten maximal während einer halben Stunde und höchstens zweimal pro Halbtage, Arbeitsbereich auf Becken- und Lendenhöhe, Möglichkeit zur individuellen Wahl von Wechselpositionen, Einnahme von ergonomisch günstigen Haltungen und Körperpositionen, limitiertes Heben und Tragen von Lasten mit beiden oberen Extremitäten, Beschränkung der knienden und kauenden sowie vorgebeugten Tätigkeiten auf ein Minimum). Ausserdem kann die linke Hand als Hilfshand auch bei einer leidensangepassten Tätigkeit nur sehr eingeschränkt eingesetzt werden. Diese Einschränkungen sind im Tätigkeitsbereich der Beschwerdeführerin (einfache Tätigkeiten vorwiegend körperlicher Art; vgl. auch Lebenslauf [IV-Nr. 3]) geeignet, sich zusätzlich lohnmindernd auszuwirken. Weitere, invaliditätsfremde Abzugsgründe bestehen jedoch nicht. Damit rechtfertigt sich gesamthaft betrachtet ein Abzug in der Höhe von 15 %. Demnach reduziert sich das Invalideneinkommen auf CHF 2'932.15 pro Monat bzw. CHF 35'186.00 pro Jahr. Aus der Gegenüberstellung dieses Einkommens mit dem Valideneinkommen von CHF 58'299.00 ergibt sich ein Invaliditätsgrad von 39.65 % bzw. - aufgerundet (BGE 130 V 121) ■ von 40 %. Somit besteht Anspruch auf eine Viertelsrente ab 1. Juli 2013 (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

6. Mit der angefochtenen Verfügung wurde auch ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen geprüft und verneint. Mit der Beschwerde wird aber einzig eine Rente beantragt. In Bezug auf Eingliederungsmassnahmen enthält die Beschwerde weder einen Antrag noch eine Begründung. Dieser Aspekt der Verfügung vom 2. Juni 2016 hat daher als unangefochten zu gelten und bildet nicht Gegenstand des Beschwerdeverfahrens, sodass sich Ausführungen zu diesem Punkt erübrigen.

7. Nach dem Gesagten ist die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. Juni 2016, worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente abgewiesen wurde, in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufzuheben; der Beschwerdeführerin ist eine Viertelsrente ab 1. Juli 2013 zuzusprechen. Im Übrigen ist die Beschwerde abzuweisen.

## **E. 8**

8.1 Gemäss Art. 61 lit. g ATSG hat der im kantonalen Beschwerdeverfahren obsiegende Beschwerdeführer Anspruch auf Ersatz der Parteikosten. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» eine Reduktion der Parteienschädigung nur, wenn das Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst. Bei Streitigkeiten um die Höhe einer Invalidenrente darf die Parteienschädigung daher nicht allein deswegen reduziert werden, weil der Beschwerde führenden Person nicht die beantragte ganze oder höhere Rente, sondern eine geringere Teilrente zugesprochen wird (Urteil des Bundesgerichts 9C\_288/2015 vom 7. Januar 2016 E. 4.2 mit Hinweisen). Mit vorliegender Beschwerde

wird eine ganze Invalidenrente beantragt (vgl. Rechtsbegehren, Ziff. 1), zugesprochen wird der Beschwerdeführerin eine Viertelsrente. Diese Konstellation, wonach die Beschwerdeführerin im Grundsatz obsiegt und lediglich im Masslichen (teilweise) unterliegt, rechtfertigt nach dem Gesagten die Zusprechung einer vollen Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

Die Parteikosten werden vom Versicherungsgericht festgesetzt und ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses bemessen. Nach § 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 des Gebührentarifs (GT, BGS 615.11) beträgt der Stundenansatz für die Bestimmung der Kosten der berufsmässigen Vertretung CHF 230.00 bis 330.00 zuzüglich Mehrwertsteuer, soweit sie durch Anwälte wahrgenommen wird.

Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 31. Oktober 2016 seine Kostennote eingereicht (A.S. 28 f.). Darin macht er einen Zeitaufwand von insgesamt 5.2 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 sowie Auslagen von insgesamt CHF 158.80 geltend.

Reine Kanzleiarbeit (wie die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen und das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach kann der unter dem Datum vom 5. September 2016 geltend gemachte Aufwand von 0.4 Stunden für die Ausarbeitung des Fristerstreckungsgesuches nicht berücksichtigt werden. Damit ist der zu entschädigende Zeitaufwand auf insgesamt 4.8 Stunden festzusetzen. Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 1'467.50 (Honorar von CHF 1'200.00, Auslagen von CHF 158.80 und MwSt. von CHF 108.70).

Der Beschwerdeführerin wurde mit Verfügung vom 25. Oktober 2016 die unentgeltliche Rechtspflege bzw. Rechtsverbeiständung ab Prozessbeginn unter dem Vorbehalt, dass ihre Rechtsschutzversicherung weiterhin keine Leistungen mehr übernimmt, bewilligt (A.S. 25 f.; vgl. E. I. 2.3 hiervor). Zuzugleich ihres (teilweise) Obsiegens ist die bewilligte unentgeltliche Rechtsverbeiständung gegenstandslos geworden.

8.2 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 bis 1'000.00 festgelegt. Da die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Verfahren unterliegt, hat sie die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. In teilweiser Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. Juni 2016 aufgehoben. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Juli 2013 Anspruch auf eine Viertelsrente; im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die Beschwerdegegnerin wird verpflichtet, der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 1'467.50 (inkl. Auslagen und Mehrwertsteuer) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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