

# SO\_GERICHTE VSBES.2016.266 vom 30. Juni 2017

SO Obergericht, 2017-06-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2016.266](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.266)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2016.266 du 30 juin 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2016.266 del 30 giugno 2017

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1969, meldete sich am 5. April 2012 (IV-Stelle Beleg [IV-Nr. 2]) bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an. Als seit einem Unfall vom 7. September 2011 bestehende gesundheitliche Beeinträchtigungen gab sie an: subacromiales Impingement, Bizepspathologie, Tendinopathie Supraspinatussehne und AC-Pathologie Schulter rechts bei Sturz auf die rechte Schulter im September 2011. Sie hatte zuletzt zu 40 % als Reinigungsarbeiterin im [...]» gearbeitet.

1.2 Die Beschwerdegegnerin holte die Akten der Unfallversicherung ein und tätigte eigene medizinische Abklärungen. Vom 10. Juni bis 1. September 2013 gewährte sie der Beschwerdeführerin ein Aufbautraining, während dem auch Taggelder ausgerichtet wurden (IV-Nr. 31). Mit Bericht vom 26. November 2013 (IV-Nr. 39) wurden die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abgeschlossen. Eine Steigerung des Pensums über zwei Stunden täglich hatte nicht erreicht werden können.

1.3 Weiter holte die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Allgemeine Innere Medizin, Neurologie, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates sowie Psychiatrie und Psychotherapie ein. Dieses wurde am 7. Juli 2015 erstattet (IV-Nr. 73.1 ff.).

2. Am 8. Juni 2015 meldete sich die Beschwerdeführerin zum Bezug einer Hilflosenentschädigung an (IV-Nr. 69) und machte insbesondere wegen ihrer zitternden Hand Einschränkungen im Alltag geltend.

3. Nach Erstattung des polydisziplinären Gutachtens holte die Beschwerdegegnerin Situationsberichte zur Frage des Arbeitspensums und der Hilflosenentschädigung ein. Diese datieren vom 16. Oktober 2015 (IV-Nrn. 79 und 80).

4. Mit Vorbescheiden vom 22. und 23. Dezember 2015 (IV-Nrn. 81 und 82) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin in Aussicht, sowohl das Leistungsbegehren bezüglich Hilflosenentschädigung wie auch dasjenige bezüglich beruflicher Massnahmen und Rente abzuweisen. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 5. Januar 2016 (IV-Nr. 83) und 22. März 2016 (IV-Nr. 91) Einwand erheben.

5. Mit Verfügungen vom 31. August 2016 wies die Beschwerdegegnerin das Leistungsbegehren bezüglich beruflicher Massnahmen und einer Rente sowie das Leistungsbegehren bezüglich Hilflosenentschädigung ab (Aktenseite [A.S. 1 ff.]).

6. Gegen die genannten Verfügungen lässt die Beschwerdeführerin am 10. Oktober 2016 (A.S. 7 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

1. Die Verfügungen der IV-Stelle Solothurn vom 31. August 2016 seien vollumfänglich aufzuheben und der Beschwerdeführerin seien eine unbefristete ganze IV-Rente sowie eine Hilflosenentschädigung mindestens leichten Grades auszurichten.
2. Eventualiter seien die angefochtenen Verfügungen aus formellen Gründen aufzuheben und die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zum Erlass einer neuen Verfügung unter Wahrung des rechtlichen Gehörs zurückzuweisen.
3. Subeventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Massgabe, gestützt auf ein aktuelles Obergutachten neu zu verfügen.
4. Subsubeventualiter sei die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Massgabe, gestützt auf ein pharmakologisches Gutachten neu zu verfügen.
5. Es sei subsusubeventualiter in Zusammenhang mit der Verrichtung der alltäglichen Lebensverrichtungen die Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen mit der Massgabe, gestützt auf eine Befragung der beiden Kinder der Beschwerdeführerin neu zu verfügen.
6. Der Beschwerdeführerin sei für das vorliegende Beschwerdeverfahren die unentgeltliche Rechtspflege mit unentgeltlicher Rechtsverbeiständung durch den Unterzeichneten zu gewähren.
7. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolgen.
7. Die Beschwerdegegnerin reicht am 8. November 2016 eine Beschwerdeantwort ein (A.S. 38 f.), die Beschwerdeführerin lässt sich am 12. Dezember 2016 (A.S. 48 ff.) noch einmal vernehmen.
8. Mit Verfügung vom 16. Dezember 2016 (A.S. 67) gewährt das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Giovannelli als unentgeltlichen Rechtsbeistand. Dieser reicht mit Eingabe vom 6. Februar 2017 (A.S. 70 ff.) eine Kostennote zu den Akten.
9. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

## II.

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

### E. 2

- 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in den beiden angefochtenen Verfügungen (A.S. 1 ff.) und ihrer Beschwerdeantwort (A.S. 38 f.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin seit April 2013 sowohl in ihrer bisherigen Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin sowie in jeglichen Verweistätigkeiten (leicht bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit ohne Heben von Lasten über 10 kg und ohne Überkopfarbeiten) eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 % bestehe. Dabei könne sie ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung seien berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht

erfolgsversprechend. Der Invaliditätsgrad betrage 30 %. Das Leistungsbegehren werde daher in Bezug auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente abgewiesen.

Die Abklärungen bezüglich Hilflosenentschädigung hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Schadenminderungspflicht in keiner der alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen sei. Ebenfalls seien die Kriterien der lebenspraktischen Begleitung nicht erfüllt. Das Leistungsbegehren werde in Bezug auf eine Hilflosenentschädigung abgewiesen.

Die Stellungnahme der Abklärungsstelle vom 8. Juli 2016, die nach Erlass des Vorbescheids und Eingang des begründeten Einwands eingeholt worden sei, enthalte keine neuen Aspekte. Es würden einzig ergänzende Ausführungen allgemeiner Natur gemacht. Das Dokument habe daher die Entscheidungsfindung nicht beeinflusst und das rechtliche Gehör sei nicht verletzt worden, obwohl die Stellungnahme der Beschwerdeführerin nicht zugestellt worden sei. Den im Beschwerdeverfahren eingereichten neuen Berichten könnten keine zureichenden Anhaltspunkte für eine relevante Verschlechterung des gesundheitlichen Zustands seit der Begutachtung entnommen werden.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 7 ff.) sowie Stellungnahme (A.S. 48 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe das rechtliche Gehör verletzt, indem sie ihr entscheidrelevante Dokumente vorenthalten habe. Wenn im Vorbescheidverfahren Erkundigungen eingeholt würden, die der Beschwerdeführerin nicht zugestellt würden, stelle dies eine unheilbare Verletzung des rechtlichen Gehörs dar. Gemäss angefochtener Verfügung habe die Beschwerdegegnerin nach eingereichter Einwandbegründung beim Abklärungsdienst Erkundigungen eingeholt. Diese seien ihr nicht zugestellt worden.

Weiter sei der Sachverhalt unrichtig festgestellt worden. Nach dem Begutachtungszeitpunkt sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten, die zu berücksichtigen sei. Dies zeige sich in den Berichten von Dr. med. C. \_\_\_ vom 28. September 2016 und des Radiologen Dr. med. D. \_\_\_ vom 8. September 2016. Das von der Beschwerdegegnerin eingeholte Gutachten äussere sich nicht rechtsgenügend über die widersprechenden Arztberichte und der psychiatrische Gutachter habe sich viel zu kurz mit der Beschwerdeführerin auseinandergesetzt. Dem Gutachten sei weiter die Ursache des Zitterns nicht zu entnehmen und es fehle die Abklärung der vom Radiologen erwähnten Bedrängung des Duralsackes sowie der leichten Pelottierung des Myelons. Eine neurologische Untersuchung unter Berücksichtigung dieses Berichts sei unabdingbar. Auch sei kein strukturiertes Beweisverfahren durchgeführt worden, wie es die neue höchstrichterliche Rechtsprechung verlange.

Die Beschwerdeführerin sei vor der Erkrankung Teilzeit tätig gewesen, weshalb die gemischte Methode zur Anwendung kommen müsse. Dass sie im Haushalt eingeschränkt sei, liege auf der Hand.

Schliesslich sei rätselhaft, weshalb kein leidensbedingter Abzug vorgenommen worden sei. Die Beschwerdeführerin habe im Vergleich zu anderen ein erhöhtes Krankheitsrisiko, was ihren Wert als Arbeitskraft mindere. Hinzu komme die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt.

Im vorliegenden Fall bestehe eine Polypharmazie und die Beschwerdeführerin berichte mehrfach und wiederholt über Antriebslosigkeit und Müdigkeit. Es stelle sich die Frage, ob

durch die vorliegende Medikation überhaupt eine Arbeits- und Erwerbsfähigkeit möglich erscheine.

Bezüglich Hilflosigkeit sei unbeachtet geblieben, dass die Beschwerdeführerin unter anderem schwer depressiv sei und Hilfe beim An- und Auskleiden, Essen, der Körperpflege sowie beim Verrichten der Notdurft benötige. Die Hinweise im Situationsbericht seien absolut willkürlich.

### **E. 3**

3.1 Die Beschwerdeführerin lässt vorab eine Verletzung des rechtlichen Gehörs rügen, da es die Beschwerdegegnerin unterlassen habe, ihr den im Einwandverfahren eingeholten weiteren Situationsbericht vom 8. Juli 2016 (IV-Nr. 93) zuzustellen.

3.2 Das Akteneinsichtsrecht bildet Bestandteil des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 Bundesverfassung [BV, SR 101]). Damit die von einem Entscheid betroffene Person zu den wesentlichen Punkten Stellung nehmen kann, bevor der Entscheid gefällt wird, muss sie vorweg auch in die massgebenden Akten Einsicht nehmen können. Das Akteneinsichtsrecht bezieht sich grundsätzlich auf sämtliche verfahrensbezogene Akten. Damit die Beteiligten die Möglichkeit haben, ein Akteneinsichtsgesuch zu stellen, müssen sie über den Beizug neuer entscheidwesentlicher Akten informiert werden. Dies gilt jedenfalls für Akten, welche sie nicht kennen und auch nicht kennen können. Das Akteneinsichtsrecht wird jedoch grundsätzlich nur auf entsprechendes Gesuch hin gewährt (BGE 132 V 387 E. 6.2 S. 391; Urteile des Bundesgerichts 8C\_978/2012 vom 20. Juni 2013 E. 3.2, 9C\_774/2011 vom 20. April 2012 E. 2.2 und I 193/04 vom 14. Juli 2006 E. 6.2, je mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall hat es die Beschwerdegegnerin unterlassen, der Beschwerdeführerin vor Erlass der angefochtenen Verfügungen den zusätzlich eingeholten Situationsbericht vom 8. Juli 2016 zuzustellen. Verwaltungsbehörden dürfen sich nicht über den elementaren Grundsatz des rechtlichen Gehörs hinwegsetzen und darauf vertrauen, dass solche Verfahrensmängel in einem vom durch den Verwaltungsakt Betroffenen allfällig angehobenen Gerichtsverfahren behoben werden. Eine Rückweisung zur nachträglichen Einholung einer Stellungnahme ist jedoch nur dann angezeigt, wenn das betreffende Dokument geeignet ist, die Entscheidungsfindung zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 5.2 mit Hinweisen).

Die Beschwerdegegnerin nimmt zwar in beiden angefochtenen Verfügungen Bezug auf den Situationsbericht des Abklärungsdienstes vom 8. Juli 2016 und erklärt diesen zum integrierenden Bestandteil der jeweiligen Verfügung. Jedoch zeigen sowohl der Inhalt des Situationsberichts wie auch die Erwägungen in den angefochtenen Verfügungen, dass in diesem Situationsbericht keinerlei neue Tatsachen enthalten sind, sondern lediglich auf die bereits vorgängig gemachten Situationsberichte verwiesen und an den darin enthaltenen Einschätzungen festgehalten wird. Dementsprechend hat der Situationsbericht vom 8. Juli 2016 die Beschwerdegegnerin in ihrer Entscheidungsfindung nicht beeinflusst. Die Nichtzustellung des Berichts stellt damit keine schwere Verletzung des rechtlichen Gehörs dar, die keiner Heilung zugänglich wäre. Mit Blick auf den Inhalt des Berichts ist die Gehörsverletzung als leicht zu qualifizieren. Da das Versicherungsgericht sowohl die Rechtslage als auch den Sachverhalt frei überprüfen kann, ist unter den gegebenen Umständen eine Heilung des Verfahrensmangels zulässig und geboten. Von einer Rückweisung der Sache zur Gewährung des rechtlichen Gehörs ist auch deshalb abzusehen,

weil diese zu einem formalistischen Leerlauf und damit zu unnötigen Verzögerungen führen würde, die mit dem (der Anhörung gleichgestellten) Interesse der betroffenen Partei an einer beförderlichen Beurteilung der Sache nicht zu vereinbaren sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_210/2007 vom 15. Mai 2008 E. 5.3.2 mit Hinweisen, u.a. auf BGE 132 V 387 E. 5.1 S. 390).

#### **E. 4**

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

4.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird ab September 2011 eine Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht (IV-Nr. 2), d.h. eine Invalidität kann erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im September 2012 vorliegen (vgl. E. II. 3.3). Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 5. April 2012 (IV-Stelle Beleg [IV-Nr. 2]), was hier im Oktober 2012 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch kann demnach frühestens ab Oktober 2012 gegeben sein. Bei einem Anspruchsbeginn im Jahr 2012 sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

4.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage (IV-Revision 6a) haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

#### **E. 5**

5.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

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

5.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht 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 Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). 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.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

6.1 Als hilflos gilt eine Person, die wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit für alltägliche Lebensverrichtungen dauernd der Hilfe Dritter oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 9 ATSG). Versicherte mit Wohnsitz und gewöhnlichem Aufenthalt in der Schweiz, die hilflos sind, haben Anspruch auf eine Hilflosenentschädigung (Art. 42 Abs. 1 Satz 1 IVG). Es ist zu unterscheiden zwischen schwerer, mittelschwerer und leichter Hilflosigkeit (Art. 42 Abs. 2 IVG).

6.2 Die Hilflosigkeit gilt als schwer, wenn die versicherte Person vollständig hilflos ist. Dies ist der Fall, wenn sie in allen alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies der dauernden Pflege oder der persönlichen Überwachung bedarf (Art. 37 Abs. 1 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Massgeblich im Sinne dieser Bestimmung sind die folgenden sechs alltäglichen Lebensverrichtungen: An- und Auskleiden; Aufstehen, Absitzen und Abliegen; Essen; Körperpflege; Verrichtung der Notdurft; Fortbewegung und Kontaktaufnahme (BGE 133 V 450 E. 7.2 S. 463; Urteil des Bundesgerichts 9C\_457/2015 vom 21. Oktober 2015 E. 2.1 mit Hinweisen). Mittelschwer ist die Hilflosigkeit, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in den meisten alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist und überdies einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf oder in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter und überdies dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Artikel 38 angewiesen ist (Art. 37 Abs. 2 IVV). Leichte Hilflosigkeit liegt laut Art. 37 Abs. 3 IVV vor, wenn die versicherte Person trotz der Abgabe von Hilfsmitteln in mindestens zwei alltäglichen Lebensverrichtungen regelmässig in erheblicher Weise auf die Hilfe Dritter angewiesen ist, einer dauernden persönlichen Überwachung bedarf, einer durch das Gebrechen bedingten ständigen und besonders aufwendigen Pflege bedarf, wegen einer schweren Sinnesschädigung oder eines schweren körperlichen Gebrechens nur dank regelmässiger und erheblicher Dienstleistungen Dritter gesellschaftliche Kontakte pflegen kann oder dauernd auf lebenspraktische Begleitung im Sinne von Art. 38 IVV angewiesen ist.

6.3 Weist eine der erwähnten alltäglichen Lebensverrichtungen mehrere Teil-funktionen auf, genügt es für die Annahme einer Hilflosigkeit, wenn die versicherte Person bei einer dieser Teilfunktionen regelmässig in erheblicher Weise auf Fremdhilfe angewiesen ist (BGE 117 V 146 E. 2 S. 148; Urteil des Bundesgerichts 8C\_691/2014 vom 16. Oktober 2015 E. 3.3). Regelmässig ist die Hilfe, wenn die versicherte Person sie täglich oder eventuell (nicht voraussehbar) täglich benötigt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_30/2010 vom 8. April 2010 E. 3 mit Hinweisen). Erheblich ist die Hilfe, wenn die versicherte Person mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung nicht mehr, nur mit unzumutbarem Aufwand oder nur auf unübliche Art und Weise selbst ausüben kann oder wegen ihres psychischen Zustands ohne besondere Aufforderung nicht vornehmen würde, oder wenn sie mindestens eine Teilfunktion einer einzelnen Lebensverrichtung selbst mithilfe von Drittpersonen nicht erfüllen kann, weil sie für sie keinen Sinn hat (Kreisschreiben des Bundesamts für Sozialversicherungen über Invalidität und Hilflosigkeit [KSIH] Rz. 8026).

6.4 Als hilflos gilt auch eine Person, welche zu Hause lebt und wegen der Beeinträchtigung der Gesundheit dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen ist.

Ist nur die psychische Gesundheit beeinträchtigt, so muss für die Annahme einer Hilflosigkeit mindestens ein Anspruch auf eine Viertelsrente gegeben sein. Ist eine Person lediglich dauernd auf lebenspraktische Begleitung angewiesen, so liegt immer eine leichte Hilflosigkeit vor (Art. 42 Abs. 3 IVG). Ein Bedarf an lebenspraktischer Begleitung ist gemäss Art. 38 Abs. 1 IVV gegeben, wenn eine volljährige versicherte Person ausserhalb eines Heimes lebt und infolge Beeinträchtigung der Gesundheit ohne Begleitung einer Drittperson nicht selbstständig wohnen kann, für Verrichtungen und Kontakte ausserhalb der Wohnung auf Begleitung einer Drittperson angewiesen ist oder ernsthaft gefährdet ist, sich dauernd von der Aussenwelt zu isolieren. Zu berücksichtigen ist nur die lebenspraktische Begleitung, die regelmässig und im Zusammenhang mit einer der Situationen nach Art. 38 Abs. 1 IVV erforderlich ist (Art. 38 Abs. 3 Satz 1 IVV).

6.5 Ein Gesuch um Ausrichtung einer Hilflosenentschädigung unterbreitet die IV-Stelle in der Regel dem behandelnden Arzt. Abzuklären sind die Hilflosigkeit sowie der Aufenthaltsort. Die Angaben der versicherten Person sind kritisch zu würdigen. Bei erstmaligen Anmeldungen um eine Hilflosenentschädigung ist immer eine Abklärung an Ort und Stelle durchzuführen (KSIH, RZ 8128 f.). Damit ein Abklärungsbericht vollen Beweiswert genießt, muss er folgende Anforderungen erfüllen: Als Berichterstatter wirkt eine qualifizierte Person, welche Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den seitens der Mediziner diagnostizierten Beeinträchtigungen sich ergebenden Einschränkungen und Hilfsbedürftigkeiten hat. Weiter sind die Angaben der Hilfe leistenden Personen zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext muss plausibel, begründet und detailliert sein bezüglich der einzelnen alltäglichen Lebensverrichtungen sowie der tatbestandsmässigen Erfordernisse der dauernden Überwachung und der Pflege; schliesslich hat er in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben zu stehen. Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage in diesem Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen (Ulrich Meyer / Marco Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum Sozialversicherungsrecht, Bundesgesetz über die Invalidenversicherung, 3. Auflage, 2014, S. 508).

7. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht jeglichen Leistungsanspruch abgesprochen hat. Hierfür sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

7.1 Laut Operationsbericht des E.\_\_\_\_ vom 27. März 2012 (IV-Nr. 13.3 S. 3 f.) wurden bei der Beschwerdeführerin eine Schulterarthroskopie rechts, Débridement, Bizepsstenotomie, Bursektomie, Acromioplastik und eine AC Resektion durchgeführt, dies aufgrund einer Schulterproblematik nach einem Sturz auf die rechte Schulter im September 2011.

7.2 Ein Assessment Neurologie vom 23. Oktober 2012 durch die F.\_\_\_\_ zuhanden der Unfallversicherung (IV-Nr. 18.3) ergab folgende Diagnosen:

In der Beurteilung wurde festgehalten, das bei der Beschwerdeführerin bestehende Zittersymptom beruhe auf einer nicht-organischen Pathologie. Aus organoneurologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit.

7.3 Im psychiatrischen Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2012, ebenfalls zuhanden der Unfallversicherung (IV-Nr. 18.2), wurde keine

psychiatrische Diagnose gestellt. Es lasse sich zwar ein leichtgradiges depressives Syndrom mit Bedrücktheit und affektiver Instabilität erfragen, was jedoch den Schweregrad einer depressiven Episode nach ICD-10 nicht erfülle. Was den Tremor anbelange, finde sich kein ausreichender Hinweis für eine bewusstseinsfremde Genese der Symptomatik im Sinne einer Konversionsstörung. Auch gebe es keine Hinweise für eine gestörte Schmerzverarbeitung im Sinne einer Somatisierungsstörung. Es müsse daher am ehesten von einer bewusstseinsnahen Genese der Symptomatik ausgegangen werden. Aus psychiatrischer Sicht betrage die Arbeitsfähigkeit 100 %.

7.4 Gemäss Arztbericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, E.\_\_\_\_, Orthopädie, vom 27. Dezember 2013 (IV-Nr. 40) wurde bei der Beschwerdeführerin am 5. März 2013 eine Rearthroskopie durchgeführt. Eine Biopsie habe keine Anzeichen eines Infekts gezeigt. Die Symptomatik habe sich mit der Rearthroskopie nicht verbessert.

7.5 Der Hausarzt, Dr. med. J.\_\_\_\_, berichtete am 24. Januar 2014 (IV-Nr. 43 S. 1 ff.) über eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit seit dem 14. September 2011. Diagnosen seien eine Prellung der Schulter rechts und eine Bursitis am Ellbogen links.

7.6 Der damals behandelnde Psychotherapeut, Dr. med. K.\_\_\_\_, stellte im Bericht vom 11. Februar 2014 (IV-Nr. 44) folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin sei seit dem 27. Oktober 2012 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Vom 18. November 2013 bis 16. Januar 2014 habe ein stationärer Aufenthalt bei den L.\_\_\_\_ stattgefunden. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt, die Beschwerdeführerin sei auf Hilfe von Drittpersonen im Haushalt angewiesen.

7.7 Dem Arztbericht der L.\_\_\_\_ vom 4. April 2014 (IV-Nr. 45) lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome (ICD-10 F33.2), sowie eine anhaltende somatoforme Schmerz- und dissoziative Bewegungsstörung (ICD-10 F44.4 / F54.4) vorlägen. Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 18. November 2013 bis 30. Januar 2014 (Dauer des stationären Aufenthalts) 100 % betragen. Die Beschwerdeführerin sei seit September 2011 auf Hilfe von Drittpersonen bei den alltäglichen Lebensverrichtungen angewiesen.

7.8 Gemäss Austrittsbericht der M.\_\_\_\_ vom 16. März 2015 (IV-Nr. 73.8) befand sich die Beschwerdeführerin vom 19. Januar bis 6. März 2015 in einem stationären Aufenthalt. Als Diagnosen wurden festgehalten:

Die Beschwerdeführerin habe beim Eintritt in die Klinik geäussert, sich zunehmend depressiver zu fühlen. Es bestünden zahlreiche Probleme in der Familie. Konzentration und Merkfähigkeit seien eingeschränkt gewesen, formale Denkstörungen habe es keine gegeben. Der Antrieb sei reduziert, die Beschwerdeführerin in der Affektivität ratlos, deprimiert, hoffnungslos, innerlich unruhig. Die Beschwerdeführerin sei zuerst auf die Kriseninterventionsstation und dann ■ in stabilem Zustand ■ in das offen geführte Behandlungszentrum für Psychosomatik aufgenommen worden. Bei Eintritt habe der chronische Paarkonflikt im Vordergrund gestanden. In den gruppentherapeutischen Gesprächen sei es hauptsächlich um die Beeinträchtigung des rechten Arms gegangen. Die Beschwerdeführerin sei darin bestärkt worden, bei manuellen Arbeiten auf die linke Hand auszuweichen. Sie habe sich anfangs motiviert gezeigt, dies umzusetzen, was ihr aber zunehmend weniger gelungen sei. Die Beschwerdeführerin habe weiter an der Kunst- und Bewegungstherapie teilgenommen. Vor allem bei Bewegung mit Musik habe sie grosse

Freude gezeigt. Sie habe der Patientengruppe einen Einblick in den Bauchtanz gegeben und diese dabei motivierend und humorvoll angeleitet. Dabei habe es Momente gegeben, in denen sich ihr rechter Arm harmonisch habe mitbewegen lassen. Auf ruhigere Aufgaben habe sie sich weniger einlassen können. In der Kunsttherapie sei es ihr nach anfänglicher Scham und Angst gelungen, aus der Isolation herauszutreten. Beim Gestalten habe sie ihre zitternde Hand immer wieder miteinbeziehen können. Die Beschwerdeführerin sei in einer stabilen psychischen Verfassung entlassen worden.

7.9 Drei Berichte von Dr. med. N.\_\_\_\_, Oberärztin Neurologie, vom 15. Januar, 31. Januar und 23. April 2013 (IV-Nr. 73.7 S. 1 ff.), äussern sich über einen bei der Beschwerdeführerin bestehenden Halte- und Aktionstremor des rechten Arms, bislang therapieresistent. In den Berichten vom 15. und 31. Januar 2013 wird der dringende Verdacht auf einen posttraumatischen dystonen Tremor geäussert, während am 23. April 2013 dann mit grösster Wahrscheinlichkeit von einer dissoziativen Störung im Sinne einer posttraumatischen Verarbeitungsstörung bei Status nach Unfallereignis am 7. September 2011 ausgegangen wird.

7.10 Am 7. Juli 2015 wurde die Beschwerdeführerin durch die Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ polydisziplinär begutachtet. Das Gutachten wurde von folgenden Fachpersonen erstattet (IV-Nr. 73.1 ff.):

7.10.1 Im Bereich Allgemeine Innere Medizin ergeben sich keine nennenswerten Befunde.

7.10.2 In neurologischer Hinsicht wird als Befund ein irregulärer intermittierender Tremor des rechten Arms erhoben. Dieser trete in Ruhe wie auch bei Bewegungen auf. Frequenz und Amplitude seien inkonstant. Durch Festhalten mit der linken Hand werde er zeitweise unterdrückt. Bei Ablenkung zeige sich insgesamt eine deutliche Verminderung des Tremors, der zeitweise ganz abklinge. Beim Ablenkungsmanöver (Zahlenschreiben auf die Stirn) falle ein Ergebnis auf, das einem unterstatistischen Wert entspreche. In der Beurteilung wird festgehalten, seit einem Sturz auf die rechte Schulter am 7. September 2011 würden chronische Schulter-Arm-Schmerzen rechts und ein chronisches Zittern des rechten Arms beklagt. Ein halbes Jahr nach dem Unfall habe man einen orthopädischen Eingriff durchgeführt. Die Beschwerdeführerin berichte, die Schmerzen seien nach dem Unfall aufgetreten, das Zittern erst nach der Operation. Gemäss Aktenlage habe sich dieses aber schon vor der Operation manifestiert. Die behandelnde Neurologin sei von einem verstärkten physiologischen Tremor ausgegangen. Umfassende pharmakologische Behandlungsversuche seien ohne Einfluss auf das Zittern geblieben. Aus den vom E.\_\_\_\_ zusätzlich angeforderten Akten ergebe sich, dass die behandelnde Neurologin nach Durchführung der Zusatz-Diagnostik (einschliesslich Tremoranalyse, Elektroneurographie, Laboruntersuchungen und quantitativer EEG-Untersuchung) ihre Diagnose revidiert habe und mit grösster Wahrscheinlichkeit von einer dissoziativen Störung im Sinne einer posttraumatischen Verarbeitungsstörung ausgegangen sei. Die Beschwerdeführerin habe im Rahmen der Begutachtung angegeben, der Tremor habe stetig zugenommen. Inzwischen sei es zu einer Ausweitung auf die ganze rechte Körperseite gekommen. Sie beklage weitreichende Einschränkungen in den alltäglichen Verrichtungen. In der neurologischen Untersuchung zeige sich eine unspezifische Hemisymptomatik rechts, mit Angabe einer durchgehenden Hemihypästhesie rechts, die unscharf und wechselnd begrenzt sei und den Rumpf ausspare, überdies eine durchgehend verminderte Willkürmotorik der Arm- und Beinmuskulatur rechts, am rechten Bein mit teilweise ausbleibender Willkürinnervation, was mit der intakten Gehfähigkeit nicht vereinbar sei. Am rechten Arm zeige sich ein

irregulärer intermittierender Tremor, sowohl in Ruhe als auch bei Halteinnervation und bei Zielbewegungen. Frequenz und Amplitude des Tremors seien inkonstant. Mit Ablenkungsmanöver zeige sich insgesamt eine deutliche Verminderung des Tremors bis zu zeitweisem Verschwinden. Eine Dystonie wie auch ein anderweitiges extrapyramidales Syndrom könnten anlässlich der durchgeführten neurologischen Untersuchung nicht festgestellt werden. Eine mit der präsentierten schweren Parese der rechten Arm- und Beinmuskulatur einhergehende Atrophie oder Tonusveränderung der Muskulatur liege nicht vor. Auch das Reflexmuster zeige keine Pathologie. Das irreguläre Muster des Tremors, der zunehmende Schweregrad, die zunehmende Ausdehnung mit nun geltend gemachter schwerer Funktionseinschränkung der rechten Körperseite sowie das Fehlen einer organoneurologisch fassbaren Ursache des Tremors und der therapiefraktäre Verlauf sprächen klar für eine funktionelle, nicht organische Grundlage der Symptomatik. Diagnostisch sei von einem funktionellen Tremor bei Fehlverarbeitung des Unfallereignisses vom September 2011 und der nachfolgenden Schulterarthroskopie auszugehen. Aufgrund der gesamten Datenlage sei hier klar von einer nicht organischen Ursache des Tremors und der geltend gemachten Funktionseinschränkung auszugehen. Aus rein neurologischer Sicht könne daher keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Tätigkeit als Reinigungsangestellte wie auch in einer anderweitig vergleichbaren Tätigkeit gesehen werden. Es bestehe eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit.

7.10.3 Im orthopädischen Teil wird dargelegt, bei der Untersuchung der oberen Extremitäten, die nur durch gutes Zureden habe durchgeführt werden können, sei eine einwandfreie Beweglichkeit der rechten Schulter aufgefallen, dies aktiv wie passiv, mit nur endgradigen Schmerzangaben. Die Palpation der Schulter habe, im Gespräch mit der Beschwerdeführerin, keine Schmerzen ausgelöst. Durch bestimmte Ablenkungsmanöver sei es möglich gewesen, das Zittern zu unterbrechen. In Anbetracht der unauffälligen klinischen Untersuchung sei auf bildgebende Untersuchungen verzichtet worden. Zusammenfassend sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin nach einem Sturz auf die rechte Schulter am 7. September 2011 zunächst keine Schmerzen verspürt habe und sie später zum Hausarzt gegangen sei. Wegen Schmerzpersistenz sei eine kernspintomographische Untersuchung veranlasst worden, die eine Tendinose der Supraspinatussehne ohne Kontinuitäts-Unterbruch ergeben habe. Eine Läsion der Rotatorenmanschette habe nicht bestanden. Wegen einer therapierefraktären Impingement-Symptomatik sei am 27. März 2012 eine Schulter-Arthroskopie durchgeführt worden mit Débridement, Biceps-Tenotomie, Bursectomie, Acromioplastik und AC-Gelenksresektion. Die Schmerzen hätten damit nicht behoben werden können. Zum Ausschluss eines Infekts sei am 5. März 2013 eine Re-Arthroskopie mit Débridement und Biopsie-Entnahme erfolgt. Aktuell würden unverändert permanente Schmerzen in der rechten Schulterregion angegeben, dennoch scheine, bei einwandfreier Schulterbeweglichkeit und praktisch unauffälligem palpatorischem Befund, vordergründig der ausgeprägte Tremor der rechten oberen Extremität von grösserer Bedeutung zu sein. Aus rein orthopädischer Sicht könne eine schmerzbedingte Arbeitseinschränkung in adaptierter Tätigkeit von mindestens 30 % attestiert werden. Diese Einschätzung gelte auch für die angestammte Tätigkeit im Reinigungsdienst, vorausgesetzt dass die Beschwerdeführerin keine schweren Lasten von mehr als 10 kg heben oder Überkopf-Arbeiten durchführen müsse. Diese Beurteilung gelte ab 22. April 2013 (sechs Wochen nach dem zweiten arthroskopischen Eingriff). Bereits damals sei eine Verbesserung der aktiven Beweglichkeit beschrieben worden. Dagegen seien schwere

körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten von mehr als 10 kg oder Überkopf-Arbeiten seit dem Unfall nicht mehr zumutbar. Der Einschätzung des Hausarztes, der als einziger die Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht zu 100 % als arbeitsunfähig erachte, könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht zugestimmt werden.

7.10.4 Die psychiatrische Begutachtung erfolgte in zwei Teilen, weil sich die Beschwerdeführerin zwischenzeitlich in einem stationären Aufenthalt befunden hatte. Anlässlich der Untersuchung vom 20. Januar 2015 hatte die Beschwerdeführerin angegeben, es gehe ihr nicht gut. Sie könne ihren Arm wegen des Zitterns nicht gebrauchen. Zudem habe sie dauernd Schmerzen im rechten Arm. Die Beschwerden bestünden seit einem Unfall im September 2011. Die Schmerzen seien nicht so schlimm wie das Zittern. Sie sei deswegen nicht gerne mit anderen zusammen. Sie habe sich oft überlegt, ihrem Leben ein Ende zu setzen und sei nur wegen der Kinder da. Des Weiteren beklage sie sich über finanzielle Schwierigkeiten. Ihre Stimmung sei nicht gut. Ihr Leben sei ruiniert und sie sei dauernd gereizt. Sie weine auch viel, weil sie an sich und die Zukunft denken müsse. Manchmal gebe sie nach Aussen den Anschein, fröhlich zu sein, innerlich sei sie dies aber nicht. Freuen könne sie sich gar nicht. An ihren Kindern könne sie sich indessen sehr wohl freuen. Energie habe sie keine. Manchmal würde sie am liebsten das Haus nicht verlassen. Sie habe manchmal grosse Angst und höre zuweilen Stimmen im Ohr, die ihr sagten, sie solle ihrem Leben ein Ende setzen. Sie könne nur mit Tabletten schlafen, vergesse viel und könne sich nicht konzentrieren. Der Appetit sei nicht mehr so gut wie früher, das Gewicht aber stabil. Ihr Selbstvertrauen sei nicht mehr so wie früher. Die Beziehung zum Ehemann sei nicht gut. Er habe sich verändert, seit sie krank sei. Sie habe früher schon Freundinnen gehabt, habe sich aber seit dem Auftreten der Krankheit zurückgezogen. Die Freundinnen würden sich über das Zittern der Hand lustig machen. Hobby habe sie keines. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie morgens zwischen 07.00 und 09.00 Uhr aufstehe. Danach sitze sie, manchmal gehe sie in der Wohnung herum, sie wisse nicht wie lange. Bei der Erledigung der Haushaltsarbeiten seien ihr Schwiegermutter und Tochter behilflich. Manchmal staubsauge sie mit der linken Hand, zeitweise helfe sie der Tochter bei der Zubereitung einer Mahlzeit. Schwierigkeiten habe sie beim Kochen, da sie Vieles vergesse. Sie mache dabei ausserdem nur Sachen, die nicht gefährlich seien. Manchmal gehe sie mit ihrer Schwiegermutter nach draussen spazieren, sie selber gehe nicht alleine nach draussen, weil sie Angst habe. Am Abend sitze sie herum. Manchmal schaue sie fern, doch eigentlich habe sie keine Lust dazu. Zwischen 03.00 und 04.00 Uhr morgens gehe sie jeweils ins Bett. Sie könne nicht vorher schlafen. Bis dann bleibe sie einfach sitzen, mache nichts.

Auf die Frage, ob sie noch Geschwister habe, schildere die Beschwerdeführerin, sich diesbezüglich nicht erinnern zu können, sie könne sich nur an zwei Schwestern erinnern. Die Mutter sei im Moment gerade zu Besuch in Lausanne, sie wohne in der Türkei, der Vater sei gestorben. Sie wisse auch nicht, wie viele Jahre sie zur Schule gegangen sei und sie könne sich nicht daran erinnern, ob sie einen Beruf erlernt habe. Sie wisse auch nicht, wann sie in die Schweiz gekommen sei.

Bei der psychiatrischen Befunderhebung wird festgehalten, es lasse sich erst am Ende der Untersuchung, bei der Verabschiedung, ein Zittern der rechten Hand feststellen. In ihren Angaben sei die Beschwerdeführerin weitschweifig. Auf die ihr gestellten Fragen gehe sie zeitweise gar nicht wirklich ein. Die Stimmung sei zu Beginn ausgeglichen. Bei der Beschwerdeschilderung sei diese bedrückt, die Beschwerdeführerin weine zeitweise, zuweilen auch laut und ungehemmt wie ein kleines Kind. Im nächsten Moment sei die

Stimmung dann wieder völlig ausgeglichen, um im nächsten Augenblick erneut zu weinen. Beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen, sei die Stimmung durchwegs ausgeglichen. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität. Die Beschwerdeführerin hinterlasse einen sehr vitalen Eindruck. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gehemmt, verlangsamt, noch an Ideen verarmt, jedoch auf die geklagten Beschwerden eingeengt, in inhaltlicher Hinsicht sei er unauffällig. Die Beschwerdeschilderung sei oft vage, diffus und verallgemeinernd sowie wenig fassbar. Es lasse sich häufig eine Dramatisierungstendenz erkennen. Die Angaben seien oft inkonsistent und zum Teil widersprüchlich. Während der gesamten Untersuchung hinterlasse sie lediglich bei den Fragen, die ihr offenbar wichtig erschienen, einen konzentrierten Eindruck. Auffassungsstörungen oder Ermüdungszeichen seien während der Untersuchung klinisch nicht festgestellt worden.

Der psychiatrische Gutachter kommt in seiner Beurteilung zum Schluss, anlässlich der aktuellen Untersuchung liessen sich anamnestisch die Symptome der ausgeprägten Einschlafstörung, der erheblichen Müdigkeit, der absoluten Energielosigkeit, der völligen Lustlosigkeit, der andauernd gereizt-aggressiven und sehr häufigen traurigen Stimmung, der Freudlosigkeit, der Vergesslichkeit, der schlechten Konzentrationsfähigkeit, des verminderten Selbstwertgefühls sowie des Gefühls einer allgemeiner Sinnlosigkeit und der zeitweiligen Suizidgedanken eruieren. Diese Symptome erfüllten die zur Diagnosestellung einer depressiven Episode notwendigen Kriterien. In der aktuellen Untersuchung sei die Stimmung zunächst ausgeglichen, beim Gespräch über die Beschwerden tauchten zeitweise eine bedrückt-traurige Stimmung und ein Weinen auf, zeitweise spreche die Beschwerdeführerin aber auch wie völlig unbeteiligt über ihre Beschwerden. Die affektive Modulationsfähigkeit sei leichtgradig eingeschränkt, nicht jedoch die Vitalität, die Beschwerdeführerin hinterlasse einen sehr vitalen Eindruck. Die subjektiv von ihr geklagte ausgeprägte Energielosigkeit und erhebliche Müdigkeit liessen sich klinisch in der aktuellen Untersuchung nicht feststellen. Auffallend sei auch die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin einen sehr konzentrierten Eindruck hinterlasse in Momenten, die ihr offenbar als wichtig erschienen. Darüber hinaus gebe es Momente, in denen sie sich wie keine Mühe zu geben scheine, sich zu konzentrieren. Allgemein seien ihre Angaben inkonsistent und zum Teil widersprüchlich. Der Schweregrad der Depression aktuell sei insgesamt, unter Berücksichtigung all dieser Faktoren, als leicht- bis mittelgradig zu beurteilen. Gegen einen ausschliesslichen mittelgradigen oder gar schwergradigen Schweregrad der Depression spreche die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung einen sehr vitalen Eindruck hinterlasse, Ermüdungszeichen liessen sich zudem nicht erkennen. Beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen, sei die Stimmung zudem ausgeglichen. Ebenfalls für einen nur leichten bis mittelgradigen Schweregrad der Depression spreche die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin lediglich mit Saroten ret. 50 bis 100 mg und Lyrica 150 mg behandelt werde. Darüber hinaus sei die Sitzungsfrequenz von einer Sitzung vierzehntäglich bis monatlich ebenfalls als Ausdruck eines leichten bis mittelgradigen und nicht eines schweren Schweregrads der Depression zu betrachten. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit Oktober 2012 in Behandlung ihres Psychiaters, Herrn Dr. med. K.\_\_\_\_. Im November 2013 sei sie in die L.\_\_\_\_ eingewiesen worden. Im Vergleich mit den Befunden des diesbezüglichen Arztberichtes vom 4. April 2014 lasse sich heute insofern eine Verbesserung erkennen, als dass die Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung nicht einen andauernd niedergeschlagenen, verzweifelten oder freudlosen Eindruck

hinterlasse. Zudem lasse sich auch keine ausgeprägte Antriebsstörung erkennen, im Gegenteil wirke die Versicherte sehr vital. Des Weiteren liessen sich anlässlich der aktuellen Untersuchung die Symptome einer dissoziativen Bewegungsstörung, eines zeitweiligen Tremors und der Schmerzen im Bereiche des rechten Armes nachweisen. Den somatischen Akten könne entnommen werden, dass sich diese Beschwerden nicht hinreichend durch eine körperliche Störung erklären liessen. Aus psychiatrischer Sicht müsse gesagt werden, dass sich Belastungen nachweisen liessen, welche schwerwiegend genug seien, um in einem ursächlichen Zusammenhang mit den zu diagnostizierenden dissoziativen Störungen gemischt im Sinne von Konversionsstörungen zu stehen. Diesbezüglich seien insbesondere die den Akten zu entnehmenden ■ von der Beschwerdeführerin in der aktuellen Untersuchung jedoch nur andeutungsweise thematisierten ■ erheblichen Ehekonflikte zu nennen. Die Angaben während der aktuellen Untersuchung seien zum Teil als geradezu grotesk zu beurteilen, beispielsweise wenn die Beschwerdeführerin erkläre nicht zu wissen, wo und wie sie in der Türkei aufgewachsen sei oder ob sie eine Berufslehre durchlaufen habe. Diese Angaben seien als Ausdruck einer erheblichen histrionischen Ausgestaltungstendenz zu werten, differenzialdiagnostisch sei auch an eine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz zu denken. Als weiterer Ausdruck für eine erhebliche histrionische Ausgestaltungstendenz sei die Tatsache zu nennen, dass die Beschwerdeführerin angebe nicht zu wissen, wie viele Geschwister sie habe. Anlässlich der Begutachtung durch Prof. Dr. med. H. \_\_\_ vom Dezember 2012 habe sie angegeben, sieben Geschwister zu haben, von denen eines bereits verstorben sei. Damals sei es ihr offenbar auch noch problemlos möglich gewesen anzugeben, dass sie sieben Jahre lang die Schule besucht habe. Mit anderen Worten sei davon auszugehen, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung von Prof. Dr. med. H. \_\_\_ auch keine ausgeprägtere histrionische Ausgestaltungstendenz oder eine differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehende bewusstseinsnahe Ausgestaltungstendenz vorgelegen hätten. Aufgrund dieser erheblichen histrionischen Ausgestaltungstendenz und der inkonsistenten sowie zum Teil widersprüchlichen Angaben liessen sich keine verlässlichen Aussagen über die Ressourcen und das Fähigkeitsniveau, gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP, machen. Innerfamiliär sei die psychosoziale Funktionsfähigkeit, insbesondere in der Beziehung mit den Kindern, den beiden Schwestern und der Mutter als weitgehend intakt zu beurteilen, diesbezüglich könne nicht von einem sozialen Rückzug in allen Belangen des Lebens ausgegangen werden. Eine schwerwiegende psychiatrische Komorbidität lasse sich, aufgrund der aktuellen Untersuchungsbefunde, nicht diagnostizieren. Chronische körperliche Begleitkrankheiten könnten zudem nicht nachgewiesen werden. Von einer Therapieresistenz der den Beschwerden zugrunde liegenden Konflikte könne nicht ausgegangen werden, da es bezüglich der Depression bis heute im Verlauf seit der Hospitalisation in der L. \_\_\_, Ende 2013 bis Anfang 2014, zu einer Verbesserung gekommen sei.

Aufgrund der Beschwerden von Seiten der rezidivierenden depressiven Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode, insbesondere der Müdigkeit, der wechselhaften Stimmung, der Vergesslichkeit, der Konzentrationsstörung und des verminderten Selbstvertrauens, aber auch unter Berücksichtigung der inkonsistenten und zum Teil widersprüchlichen Angaben sowie der erheblichen histrionischen Ausgestaltungstendenz der Beschwerdeführerin mit einer differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden bewusstseinsnahen Aggravationstendenz, sei aus rein psychiatrischer Sicht von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in

der zuletzt ausgeübten und auch in einer alternativen Tätigkeit von 20 % auszugehen, dabei mitberücksichtigt sei eine gleichzeitig vorhandene Verminderung der Leistungsfähigkeit. Der Beginn dieser Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der diesbezüglichen unpräzisen Angaben nicht genau festgelegt werden. Zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. med. H. \_\_\_ vom Dezember 2012 habe noch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden. Approximativ könne davon ausgegangen werden, dass eine 20%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ab etwa Anfang 2013 vorliege. Verlässliche Aussagen betreffend Ressourcen und verbleibenden Fähigkeiten liessen sich aufgrund der inkonsistenten und zum Teil widersprüchlichen Angaben sowie einer erheblichen histrionischen Ausgestaltungstendenz mit einer differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehenden bewusstseinsnahen Aggravationstendenz nicht machen. Aufgrund der Beschwerden von Seiten der dissoziativen Störungen gemischt und der akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszüge lasse sich keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen. Aus therapeutischer Sicht werde die Weiterführung der bestehenden Gesprächsbehandlung mit etwas intensiverer Sitzungsfrequenz empfohlen, zusätzlich die Weiterführung der bestehend psychopharmakologischen Therapie. Allerdings sollte die Beschwerdeführerin zu einer verbesserten Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme motiviert werden. Aus psychiatrischer Sicht wären berufliche Massnahmen indiziert. Spezielle Anforderungen an einen künftigen Arbeitsplatz seien dabei nicht zu nennen. Aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin subjektiv überzeugt davon sei, keiner Tätigkeit mehr nachzugehen, dürften auch berufliche Massnahmen als nicht sinnvoll zu betrachten sein. Dementsprechend sei auch die Prognose als ungewiss zu beurteilen.

Anlässlich der zweiten Untersuchung vom 18. Juni 2015 (nach einem stationären Aufenthalt) habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sich seit der ersten psychiatrischen Begutachtung vom 15. Januar 2015 nichts verändert habe, resp. bis heute alles schlechter geworden sei. Sie hätte von der Klinik aus noch länger im stationären Aufenthalt bleiben müssen, doch sie habe nach zwei Monaten wegen ihrer Kinder wieder nach Hause zurückkehren wollen. Seit dem Klinikaufenthalt habe sie nun eine Spitex, mit welcher sie sprechen und auch spazieren gehen könne. Diese komme einmal wöchentlich vorbei, auch weil sie keine sozialen Kontakte mehr habe. Sie habe sämtliche Kontakte abgebrochen wegen ihres Zitterns, sie schäme sich deswegen. Ihr psychischer Zustand habe sich durch den Klinikaufenthalt nicht verbessert, insbesondere das Zittern nicht. Auf gezielte und direkte Befragung erkläre sie, die Stimmung sei zeitweise gereizt. Manchmal weine sie ohne Grund, sie sei auch traurig. Alles mache sie traurig, nichts mache ihr Freude. Energie und Kraft habe sie keine mehr. Sie sei immer müde und möchte immer schlafen. Des Weiteren sei sie vergesslich und die Konzentration sei schlecht. Nach Ängsten befragt, erkläre sie, dass sie Angst habe, sich etwas anzutun, aber auch dass ihr Arm so bleibe, wie er jetzt sei oder sogar schlechter werde. Des Weiteren befürchte sie, von jemandem abhängig zu werden. Für kurze Strecken gehe sie schon alleine nach draussen, beispielsweise in die Migros Brot einkaufen. Dann schildere sie, dass sie nicht alleine nach draussen gehen könne aus Angst, erneut unter Suizidgedanken zu leiden. Des Weiteren berichte die Beschwerdeführerin, mit ihrer Cousine eine gute Beziehung zu pflegen. Darüber hinaus habe sie mit der Ehefrau eines Cousins, der im gleichen Haus wohne, ebenfalls Kontakt, diese helfe ihr manchmal bei der Erledigung der Wäsche. Mit der Schwester in Lausanne pflege die Versicherte eine gute Beziehung, sie sehe sie etwa einmal pro Monat. Mit ihrer Cousine sei sie gerne zusammen, sie könne gut mit ihr sprechen.

Bei der Befunderhebung hält der Experte fest, wie schon bei der ersten Untersuchung halte die Beschwerdeführerin während der gesamten Exploration den rechten Arm angewinkelt und die Hand unter ihrer Tasche versteckt. Ein Zittern lasse sich nicht erkennen. Bei der Verabschiedung strecke sie die rechte Hand zitternd zur Verabschiedung entgegen. Während der 60 Minuten dauernden Exploration spreche sie spontan und viel, in ihren Angaben sei sie weit ausholend und weitschweifig. In der aktuellen Untersuchung gehe sie auf die gestellten Fragen stets ein. Die Stimmung sei ausgeglichen beim Gespräch über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen. Bei der Beschwerdeschilderung sei die Stimmung bedrückt, einige wenige Male weine die Beschwerdeführerin, jedoch nicht laut oder ungehemmt wie bei der ersten Untersuchung. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt als leicht- bis mittelgradig eingeschränkt zu beurteilen. Die Beschwerdeführerin hinterlasse einen vitalen Eindruck. Die Beschwerdeschilderung sei oft verallgemeinernd und vage sowie wenig fassbar, es lasse sich häufig eine Dramatisierungstendenz erkennen. Während der gesamten eine Stunde dauernden Exploration liessen sich klinisch keine Konzentrations-, Aufmerksamkeits- oder Auffassungsstörungen und auch keine Ermüdungszeichen feststellen.

Die Beurteilung fällt folgendermassen aus: Die Beschwerdeführerin gebe eine allgemeine Verschlechterung all ihrer Beschwerden seit Januar 2015 im Verlauf bis heute an. Dem Austrittsbericht vom 16. März 2015 sei hingegen zu entnehmen, dass sich die Stimmung während der Hospitalisation aufgehellt habe, der Antrieb stärker geworden und die geringfügig intermittierende Schlafstörung vollständig wieder verschwunden sei. Es werde auch berichtet, dass die Beschwerdeführerin, vor allem bei Bewegung mit Musik, grosse Freude gezeigt habe, und dass sie eine Patientengruppe motivierend und humorvoll angeleitet habe. Sie sei schliesslich in einer stabilen psychischen Verfassung wieder nach Hause entlassen worden. Es ergebe sich dadurch eine erhebliche Diskrepanz zwischen den von ihr in der aktuellen Untersuchung gemachten Angaben und den Angaben im Austrittsbericht, was letztlich als Ausdruck einer bewusstseinsnahen Dramatisierungs- und Aggravationstendenz betrachtet werden müsse. Entsprechend den Werten der am 9. Februar 2015 und 22. Juni 2015 durchgeführten Blutkonzentrationsbestimmungen könne davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin die ihr verordneten Psychopharmaka einnehme. Während der aktuellen Untersuchung beklage sie sich lediglich noch über Schmerzen im Bereich der rechten Schulter und des rechten Armes und nicht mehr über Schmerzen im Bereiche der gesamten rechten Körperhälfte. Im Vergleich mit den Befunden vom 15. Januar 2015 sei es diesbezüglich zu einer gewissen Verbesserung gekommen. Im Vergleich mit den damals während der gutachterlichen Untersuchung von der Beschwerdeführerin gemachten subjektiven Angaben bezüglich ihrer depressiven Beschwerden lasse sich keine Verschlechterung erkennen, befundmässig sei es bezüglich der Depression sogar eher zu einer gewissen Verbesserung gekommen. Beim Gespräch vor allem über Themen, die nicht die Beschwerden betreffen, sei die Stimmung ausgeglichen. Die Beschwerdeführerin sei sozial gut eingebettet, auch wenn sie mit ihren Freundinnen keinen Kontakt mehr pflege. Die Beziehung mit ihren Kindern, ihren Geschwistern, einer Cousine und der Ehefrau eines Cousins sei als weitgehend intakt zu beurteilen. Bezüglich der im Januar psychiatrisch aus gutachterlicher Sicht gestellten Diagnosen sei es bis heute zu keinen wesentlichen Veränderungen gekommen. Dementsprechend könne nach wie vor von einer 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sowohl in der zuletzt ausgeübten wie auch in einer alternativen Tätigkeit ausgegangen werden. Während der Hospitalisation vom 19. Januar bis 6. März 2015 habe selbstredend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit

bestanden.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt ihren ablehnenden Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 7. Juli 2015 (IV-Nr. 73.1 ff.). Es ist zunächst dessen Beweiswert zu prüfen.

8.1 Das Gutachten wurde von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärzten erstellt. Mit dem Einbezug von insgesamt vier Disziplinen erfolgte eine sehr umfassende Abklärung. Es beruht auf umfassender Aktenkenntnis und Analyse. Auf die von der Beschwerdeführerin dargelegten Beschwerden wird ausführlich eingegangen. In dieser Hinsicht genügt das Gutachten den Anforderungen an eine verwertbare Expertise vollumfänglich. Sodann sind sämtliche Einschätzungen, die von den jeweiligen Teilgutachtern getroffen werden, inhaltlich nachvollziehbar, sodass die zusammenfassende Diagnosenauflistung als einleuchtend hergeleitet zu betrachten ist. Dementsprechend liegen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen vor:

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Chronisches Schmerzsyndrom der rechten Schulter
  - Status nach Sturz auf den dorsalen Bereich der rechten Schulter mit Prellung (7. September 2011)
  - bildgebend posttraumatische Supraspinatus-Tendinose, keine Läsion der Rotatorenmanschette (MRT vom 3. November 2011)
  - Status nach arthroskopischer Schulter-Operation mit Débridement und Biceps-Tenotomie, Bursectomie und Acromioplastik mit AC-Gelenksresektion 27. März 2012
  - Status nach Re-Arthroskopie mit subacromialem Débridement und Biopsie-Entnahme zum Ausschluss eines Infektes und subacromialer Infiltration mit einem Corticoid-Derivat (5. März 2013)
  - unklarer Haltungs- und Bewegungs-Tremor rechte Hand und rechter Unterarm bestehend seit Unfall 7. September 2011 und Progredienz seit Operation vom 27. März 2012
2. Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode (ICD-10 F33.0)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

3. Nicht organischer funktioneller Tremor des rechten Arms bei Fehlverarbeitung
  - nach Unfall mit Verletzung der rechten Schulter vom 7. September 2011, Status nach arthroskopischer Revision am 29. März 2012
  - mit progredienter Ausweitung mit Entwicklung einer nicht organischen Hemisymptomatik rechts
4. Dissoziative Störungen gemischt (Konversionsstörung) (ICD-10 F44.7)
5. Probleme in der Beziehung zum Ehepartner (ICD-10 J0 163.0)
6. Akzentuierte histrionische Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73.1)

Wie in der zusammenfassenden Beurteilung korrekt festgehalten wird, arbeitete die Beschwerdeführerin bis zu einem Unfallereignis vom 7. September 2011 (Sturz auf die rechte Schulter) als Reinigungsangestellte. Seither war sie nicht mehr erwerbstätig. Die Beschwerdeführerin hat selber angegeben, unmittelbar nach dem Sturz keine Schmerzen verspürt zu haben, diese hätten sich erst später eingestellt. Weil diese in der Folge weiter bestanden, erfolgte ein operativer Eingriff. Während des im postoperativen Verlauf durchgeführten dreimonatigen Belastbarkeitstrainings konnte lediglich eine Restleistungsfähigkeit von 10 % bis 15 % erreicht werden. Die Gutachter weisen darauf hin, dass in der Beurteilung der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 23. Oktober 2012 der Beschwerdeführerin hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit bescheinigt worden war. In Bezug auf den Arm-Tremor, der aus Sicht der Beschwerdeführerin die einschränkendste Beeinträchtigung zu sein scheint, wird nachvollziehbar dargelegt, dass dafür keine somatische Ursache zu finden ist. Auch die behandelnde Neurologin geht nach durchgeführten Zusatzabklärungen von einem dissoziativen Zittern aus. Es ist den gutachterlichen Ausführungen darüber, dass die Auswirkung der körperlichen Funktionsstörung auf die Arbeitsfähigkeit in der somatischen Beurteilung nach den Gesichtspunkten der Objektivierbarkeit erfolgen muss, zu folgen. Daher liegt aus rein neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor.

Aus rein orthopädischer Sicht wird eine schmerzbedingte Arbeitseinschränkung in einer adaptierten Tätigkeit von 30 % attestiert. Diese Einschätzung ist gestützt auf die erhobenen Befunde und die gestellten Diagnosen nachvollziehbar. Das zumutbare Tätigkeitsprofil beinhaltet auch die angestammte Arbeit als Reinigungsangestellte, wobei keine schweren Lasten von mehr als 10 kg gehoben oder Überkopf-Arbeiten durchgeführt werden können. Dies scheint im Hinblick auf die bestehende Schulterproblematik nachvollziehbar, was auch die Beschwerdeführerin im Übrigen nicht explizit moniert. Ebenfalls schlüssig ist die retrospektive Festlegung dieser Einschätzung, die ihre Geltung ab dem Arztbericht des E. \_\_\_ vom 22. April 2013 (IV-Nr. 43 S. 42 f.) beansprucht, mithin sechs Wochen nach dem zweiten arthroskopischen Eingriff der rechten Schulter. In diesem Bericht wird eine Verbesserung der aktiven Beweglichkeit beschrieben.

In psychiatrischer Hinsicht wird umfassend dargelegt, dass aus fachärztlicher Sicht die bestehende depressive Störung nicht über einen leichten bis mittelgradigen Schweregrad hinausgeht. Diese Einschätzung ist gestützt auf die während der beiden Untersuchungen erhobenen Befunde, die sich weitestgehend entsprechen, zu teilen. In beiden Untersuchungen hinterliess die Beschwerdeführerin einen vitalen Eindruck, wohingegen sich ihre Beschwerdeschilderung anlässlich der zweiten Untersuchung insbesondere nicht mit den Feststellungen der behandelnden Personen während des stationären Aufenthalts vom 19. Januar bis 6. März 2015 gemäss Bericht vom 26. März 2015 (IV-Nr. 73.8) deckte. Die Diagnosestellung, die durch die Aufführung der bestehenden Symptomatik (Müdigkeit, wechselhafte Stimmung, Vergesslichkeit, Konzentrationsstörung, vermindertes Selbstvertrauen) hergeleitet wird, ist nachvollziehbar. Ebenso nachvollziehbar ist aber auch der dargelegte Umstand, dass die Beschwerdeführerin zum Teil inkonsistente und widersprüchliche Angaben machte und eine erhebliche histrionische Ausgestaltungstendenz zeigt. Hier ist vor allem auf die diffusen Angaben anlässlich der ersten Untersuchung bezüglich Familien- und Berufsanamnese hinzuweisen. Die Beschwerdeführerin konnte in der Vergangenheit stets Angaben zu diesen Themen machen und auch während der zweiten gutachterlichen Untersuchung bestanden in dieser Hinsicht keine Probleme. Die im Rahmen

der ersten gutachterlichen Untersuchung getätigten Äusserungen, nicht zu wissen, ob sie Geschwister oder eine Berufsausbildung abgeschlossen habe, werden vor diesem Hintergrund einleuchtend als bewusstseinsnahe Aggravationstendenz gesehen. Trotzdem kommt der psychiatrische Gutachter zum Schluss, dass aufgrund der bestehenden Symptomatik von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 20 % für sämtliche Tätigkeiten auszugehen sei. Den Beginn dieser Einschränkung legt er auf Anfang 2013 fest und erklärt dies schlüssig damit, dass zum Zeitpunkt der Begutachtung durch Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_ im Dezember 2012 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit festgelegt worden sei. Aufgrund der Beschwerden von Seiten der dissoziativen Störungen gemischt und der akzentuierten histrionischen Persönlichkeitszüge lässt sich aus gutachterlicher Sicht auf nachvollziehbare Weise keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen.

8.2 Entgegen der von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Behauptung setzt sich das Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ sehr wohl mit widersprechenden Arztberichten auseinander. Bezüglich des Berichts von Dr. med. K.\_\_\_\_ (behandelnder Psychotherapeut) vom 11. Februar 2014 wird erklärt, die Beschwerdeführerin habe in der gutachterlichen Untersuchung entgegen dieses Berichts nicht andauernd traurig und angespannt gewirkt und es lasse sich keine andauernde depressive Grundstimmung oder Ängstlichkeit mehr erkennen. So wird die Diskrepanz zwischen den festgestellten Schweregraden der Depression erklärt. Weiter wird korrekterweise festgehalten, dass der behandelnde Psychiater keine Beschwerdevalidierung gemacht, sondern lediglich die subjektiv geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin unkritisch übernommen hat. Schliesslich ist auch auf den Umstand hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen. Auffallend ist weiter, dass die ambulante Psychotherapie der Beschwerdeführerin maximal alle 14 Tage stattfindet, was ■ wie auch die Dosierung der Medikamente ■ nicht auf einen höheren als den gutachterlich diagnostizierten Schweregrad schliessen lässt. Bezüglich des Arztberichtes der L.\_\_\_\_ vom 4. April 2014, in welchem ebenfalls eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode ohne psychotische Symptome diagnostiziert wurde (sowie eine anhaltende somatoforme Schmerz- und dissoziative Bewegungsstörung) wird ebenfalls auf die fehlende Beschwerdevalidierung hingewiesen. Zudem wird ■ wie vom Gutachter richtig dargelegt ■ der Schweregrad der diagnostizierten somatoformen und dissoziativen Störung nicht näher begründet. In somatischer Hinsicht sind schliesslich den Akten keine ärztlichen Einschätzungen zu entnehmen, die den gutachterlichen Beurteilungen widersprechen würden.

8.3 Die Beschwerdeführerin lässt weiter geltend machen, es sei im vorliegenden Fall kein strukturiertes Beweisverfahren erfolgt, wie es die bundesgerichtliche Rechtsprechung seit BGE 141 V 281 verlange. Diesbezüglich ist zunächst zu sagen, dass die bei der Beschwerdeführerin diagnostizierte Konversionsstörung gemäss ICD-10 F44.7 unter den Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt wird und diese Diagnose nicht im Katalog gemäss BGE 140 V 8 als unter die Schmerzrechtsprechung fallend aufgelistet ist. Hingegen fallen die dissoziative Bewegungsstörung und die dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörung darunter (BGE 140 V 8 E. 2.2.1.3 S. 13 mit Hinweisen). Nachdem es sich bei der Diagnose der Konversionsstörung gemäss ICD-10 um eine Mischung zwischen der dissoziativen Amnesie (ICD-10 F44.0) und der dissoziativen Sensibilitäts- und Empfindungsstörung handelt (ICD-10 F44.6), ist die Frage, ob auch diese als unter die Schmerzrechtsprechung fallend zu werten ist, nicht abwegig. Sie kann aber offen bleiben. Selbst wenn dem so wäre, würde die Indikatorenprüfung (die mit dem

vorhandenen Gutachten durchgeführt werden kann) ergeben, dass die entsprechende Störung nicht als invalidisierend zu betrachten ist. Es kann hierfür auf die Stellungnahme des RAD vom 29. September 2015 (IV-Nr. 78) verwiesen werden, in welcher die massgebenden Kriterien umfassend und schlüssig abgehandelt werden: Der Schweregrad der Störung ist bekannt, es wird mehrfach darauf hingewiesen, dass das Zittern des Armes in der Untersuchung nicht durchgehend auffällt und bei Ablenkung sogar ganz wegfällt. Dies hat indessen nicht nur der psychiatrische Gutachter festgestellt, sondern auch die übrigen Fachärzte. Zum Behandlungserfolg / -resistenz wird auf die regelmässige ambulante psychiatrische Behandlung seit 2012 und die medikamentöse Behandlung mit Psychopharmaka sowie die beiden stationären Hospitalisationen hingewiesen, wobei die Compliance als gegeben erachtet werden kann. Eine Behandlungsresistenz liegt nicht vor, zumal während zweier stationärer Aufenthalte jeweils eine Besserung der Symptomatik erzielt werden konnte. Eine Komorbidität ist mit einer depressiven Störung vom leichten bis mittelgradigen Ausmass nicht gegeben. Leichte bis mittelgradige depressive Störungen rezidivierender oder episodischer Natur fallen praxisgemäss einzig dann als invalidisierende Krankheiten in Betracht, wenn sie erwiesenermassen therapieresistent sind (Urteil des Bundesgerichts 9C\_434/2016 vom 14. Oktober 2016 E. 6.3). Von einer Therapieresistenz kann angesichts der momentanen Medikation und der ambulanten Psychotherapie im maximal 14-Tage-Takt nicht gesprochen werden. In Bezug auf die Persönlichkeit sind die histrionischen Persönlichkeitszüge zu nennen. Wie im Gutachten richtig geschlossen, lassen sich aufgrund der erheblichen histrionischen Ausgestaltungstendenz nur wenig verlässliche Angaben über Ressourcen und Fähigkeitsniveau machen. Zumindest ergeben sich aufgrund der Angabe der Beschwerdeführerin, sie habe den letzten stationären Aufenthalt abgebrochen, um sich um den 16-jährigen Sohn zu kümmern sowie der Erkenntnisse aus der Bewegungs- und Kunsttherapie durchaus Hinweise auf vorhandene Ressourcen. Was den sozialen Kontext anbelangt, so sind über den ganzen Krankheitsverlauf erhebliche psychosoziale Belastungen beschrieben, allen voran die konfliktbehaftete Beziehung zum Ehemann und die finanziellen Probleme. Die Beschwerdeführerin pflegt aber durchaus soziale Kontakte zur Mutter, einer Schwester, einer Cousine und der Ehefrau eines Cousins. In Bezug auf die Konsistenz ist zu erkennen, dass das Ausmass des Zitterns gemäss gutachterlicher Untersuchungen offensichtlich nicht andauernd vorhanden ist und durch Ablenkung zuweilen verschwindet. Ähnlich ist auch bei der Untersuchung der Schulter eine freie aktive und passive Beweglichkeit aufgefallen. Im Gutachten ist wiederholt die Rede von einer bewusstseinsnahen Dramatisierungs- und einer Aggravationstendenz. Die Behauptung der Beschwerdeführerin, in den Alltagsaktivitäten eine hochgradige Einschränkung zu erleben, widerspricht dem intakten sozialen Umfeld. Insofern lassen sich die vom Bundesgericht aufgestellten Kriterien prüfen, wobei sich ergibt, dass die Konversionsstörung nicht als invalidisierend zu werten ist.

8.4 Schliesslich ergeben sich auch aus den neuen, nach der Begutachtung und angefochtenen Verfügungen eingegangenen Berichten, keine Erkenntnisse, die zu einer anderen Einschätzung führen würden.

Im Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 28. September 2016 (Beilage 3 zur Beschwerde vom 10. Oktober 2016) wird erwähnt, die Beschwerdeführerin befinde sich nunmehr seit dem 20. Januar 2016 bei ihr in Behandlung. Die neu behandelnde Psychotherapeutin diagnostiziert eine rezidivierende Depression,

zeitweise mittelschwere und schwere depressive Episoden nach Unfall (ICD-10 F33.1 und 2), ein chronisches Schmerzsyndrom infolge Unfall und Schmerzen in der rechten Schulter (somatische Ursache), psychisch verstärkt (ICD-10 F45.4). Sie gibt an, eine Dissoziation als Krankheitsbild nicht feststellen zu können, bevor somatische Befunde ausgeschlossen werden könnten, die das Zittern und die Schmerzen erklärten. Offensichtlich ist Dr. med. C.\_\_\_\_ in dieser Hinsicht nicht dokumentiert, da sich eine somatische Ursache aufgrund der Aktenlage ausschliessen lässt. Ihre Angabe, dass das Zittern konstant vorhanden und nicht psychisch oder emotional beeinflussbar sei, widerspricht den Feststellungen der Gutachter. Weshalb die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsunfähig sein solle, wird nicht näher begründet und was die von der Beschwerdeführerin geklagten Beschwerden anbelangt, so enthalten diese keine Angaben, die nicht schon vorher bekannt gewesen wären.

Im Bericht von Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Radiologie, vom 8. September 2016 (Beilage 4 zu Beschwerde vom 10. Oktober 2016) ist die Rede von einer rechtslateralen Bandscheibenhernie mit Bedrängung des Duralsackes und leichter Pelottierung des Myelons in C5/6 ohne Myelopathie. Aufgrund der Tatsache, dass explizit keine Myelopathie festgestellt und auch keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wird, ist auch in diesem Bericht, obwohl eine neue Diagnose gestellt wird, keine invalidisierende Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu sehen. Weitere Abklärungen erübrigen sich damit.

8.5 Nach dem Gesagten erweist sich das polydisziplinäre Gutachten der B.\_\_\_\_ als voll beweiskräftig und es kann auf die darin getroffene Beurteilung abgestellt werden. Demgemäss ergibt sich, dass die Beschwerdeführerin schwere körperliche Tätigkeiten mit Heben von Lasten über 10 kg oder Überkopf-Tätigkeiten seit dem Unfall vom 7. September 2011 nicht mehr ausüben kann. In einer leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeit ist ihr ab April 2013 eine 30%ige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu attestieren. Dies gilt auch für die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft. Seit Januar 2013 besteht aus psychiatrischer Sicht eine Einschränkung von 20 %. Die aus somatischer und psychiatrischer Sicht gemachten Einschränkungen sind nicht additiv zu sehen. In Bezug auf berufliche Massnahmen wird im Gutachten schliesslich einleuchtend darauf hingewiesen, dass aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin subjektiv überzeugt davon sei, keiner Tätigkeit mehr nachgehen zu können, solche als nicht sinnvoll zu betrachten seien.

## **E. 9**

9.1 Die in der angefochtenen Verfügung bezüglich Rentenanspruch vorgenommene Invaliditätsbemessung ist in Bezug auf die herangezogenen Zahlen unbestritten geblieben und nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdegegnerin aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit 2011 keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und auch keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, zur Ermittlung des Validen- und Invalideneinkommens einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen und die betriebsüblichen Wochenstunden aufgerechnet. Der gewählte Tabellenlohn (TA1\_tirage\_skill\_level 2014, Total Kompetenzniveau 1, Frauen, CHF 4'300.00) erscheint im Lichte des Zumutbarkeitsprofils korrekt. Nach Aufrechnung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41,7 Stunden ergibt sich ein Einkommen von CHF 53'793.00 für ein 100-%-Pensum.

9.2 Die Beschwerdeführerin lässt monieren, dass bei ihr ein Einkommensvergleich gemacht worden und nicht die gemischte Methode zur Anwendung gekommen sei. Die Beschwerdegegnerin hat diesbezüglich Abklärungen getätigt, die im Situationsbericht vom 16. Oktober 2015 (IV-Nr. 79) festgehalten sind. Die darin getroffenen Feststellungen sind nicht zu beanstanden. Es ist mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung einem 100 % Pensum nachgehen würde. Sie war vor dem Unfall während Jahren erwerbstätig, die Kinder sind mittlerweile erwachsen und bedürfen keiner mütterlichen Betreuung mehr. Die finanzielle Situation in der Familie ist prekär. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen des Intake-Gesprächs (IV-Nr. 14) selber erwähnt, sie würde 100 % arbeiten, wenn sie gesund wäre. Die zuletzt ausgeführte Erwerbstätigkeit erfolgte nur deshalb in einem 40 %-Pensum, weil die Beschwerdeführerin keine andere Stelle gefunden hatte. Die Anwendung der allgemeinen Methode erweist sich daher als korrekt.

9.3 Weiter ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin im vorliegenden Fall keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat. Ein solcher kann gewährt werden, wenn wie vorliegend das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt wird. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf jedoch 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 8C\_724/2012 vom 8. Januar 2013 E. 4.4). Die Frage, ob aufgrund der Umstände ein Abzug vom Tabellenlohn angezeigt ist oder nicht, ist eine Rechtsfrage, welche das Gericht frei zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72). Hat der Versicherungsträger einen Abzug gewährt, bildet dessen Bemessung dagegen eine Ermessensfrage. Bei deren Überprüfung im Rahmen der Angemessenheitskontrolle darf das Gericht sein Ermessen nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen. Es muss sich somit auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abweichende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 S. 73 ff., 126 V 75 E. 6 S. 81). Das Tätigkeitsprofil der Beschwerdeführerin erweist sich insofern als eingeschränkt, als dass ihr nur noch leichte bis mittelschwere Tätigkeiten in jeglicher Branche zuzumuten sind, wobei sie keine Lasten über 10 kg heben und keine Überkopfarbeiten verrichten kann. Den psychischen und somatischen Beeinträchtigungen wird bereits mit der Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf ein 70-%-Pensum Rechnung getragen. Ansonsten weist das Tätigkeitsprofil keine Einschränkungen aus, welche die Beschwerdeführerin bei einer Hilfsarbeit, wie sie die Arbeiten im Kompetenzniveau 1 darstellen, behindern würden. Weitere Merkmale, die einen leidensbedingten Abzug rechtfertigen würden, sind vorliegend nicht zu sehen. Insbesondere haben das Alter oder die Nationalität im hier angewendeten Kompetenzniveau keinen Einfluss. Die Beschwerdegegnerin hat ihr Ermessen daher nicht unterschritten, indem sie keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen hat.

Damit beträgt der Invaliditätsgrad, wie von der Beschwerdegegnerin ermittelt, 30 %. Ein Rentenanspruch wurde zu Recht verneint. Berufliche Massnahmen wurden im Sinne eines Aufbautrainings bereits versucht, wobei diese nicht den gewünschten Erfolg gebracht haben. Aufgrund der subjektiven Krankheitsüberzeugung sind weitere berufliche Massnahmen nicht zielführend, was auch im Gutachten festgehalten wird. Daher besteht auch kein Anspruch auf solche. Die Beschwerde ist in diesen Punkten abzuweisen.

11. Zur Frage, ob der Beschwerdeführerin eine Hilflosenentschädigung zusteht, hat die Beschwerdegegnerin einen Abklärungsbericht erstellen lassen, der am 16. Oktober 2015 von einem Abklärungsfachmann erstellt wurde (IV-Nr. 80). Die Abklärung fand am 24. November 2015 bei der Beschwerdeführerin zu Hause statt, anwesend war neben ihr selbst auch T.\_\_\_\_, eine ambulante psychiatrische Pflegerin. Das Gutachten der B.\_\_\_\_ lag dem Abklärungsfachmann ebenfalls vor. Wie bereits erwähnt, wurde in diesem Gutachten auf die Widersprüchlichkeiten bezüglich Aussagen zu Einschränkungen in den Alltagsaktivitäten und dem intakten sozialen Umfeld hingewiesen. Auch in den Schilderungen der Beschwerdeführerin im Rahmen der Abklärung finden sich solche Widersprüche. So hat die Beschwerdeführerin beispielsweise angegeben, beim Kochen kaum etwas festhalten zu können und sich die Nahrung zerkleinern lassen zu müssen. Demgegenüber scheint es ihr problemlos möglich zu sein, die regelmässigen Physiotherapietermine alleine mit dem Bus wahrzunehmen. Die gemäss Abklärungsbericht festgestellten bzw. geltend gemachten Beeinträchtigungen stellen allesamt keine regelmässige und erhebliche Dritthilfe dar (Hilfe beim Schuhe binden, Zerkleinern von gewissen Nahrungsmitteln, Haare kämmen, Verabreichen von Shampoo) bzw. lassen sich einige Vorgänge mit entsprechenden Hilfsmitteln vereinfachen. Die Gefahr einer beträchtlichen Isolation zu Hause besteht insofern nicht, als dass die Beschwerdeführerin durchaus soziale Kontakte innerhalb der Familie pflegt, manchmal selber einkaufen und mit öffentlichen Verkehrsmitteln selbständig zur Physiotherapie geht. Sie wird seit März 2015 einmal wöchentlich von einer ambulanten psychiatrischen Pflegerin aufgesucht. Dabei geht es offenbar darum, mit ihr etwas nach Draussen zu gehen. Bezüglich einer Hilflosenentschädigung aus psychischen Gründen ist zu sagen, dass die Voraussetzungen dafür alleine schon deshalb nicht erfüllt sind, weil die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine (Viertels)Rente hat. Was den Haushalt anbelangt, so wurde bis anhin offensichtlich keine Hilfe von aussen in Anspruch genommen. Die Beschwerdeführerin lebt nicht alleine, weshalb ihr Ehemann und die Kinder sie in gewissen Belangen unterstützen können. Die vereinzelte Inanspruchnahme von Hilfe stellt im vorliegenden Fall keine Hilflosigkeit im Sinne des Gesetzes dar. Zudem sind die Hilfestellungen, die sich die Beschwerdeführerin zukommen lässt, eher im Sinne eines sekundären Krankheitsgewinns zu sehen. Die geltend gemachten Einschränkungen gründen in subjektiver Hinsicht alle auf dem Zittern, für welches es keine somatische Ursache gibt. Das Zittern war in den Untersuchungssituationen und auch während des stationären Aufenthalts mehrfach nicht zu beobachten. Wenn die Beschwerdeführerin gestützt auf die festgestellten Beeinträchtigungen im Rahmen eines 70%igen Pensums einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann, ist sie konsequenterweise auch im Haushalt nicht derart eingeschränkt, dass eine Hilflosigkeit ausgewiesen wäre. Die Beschwerdegegnerin hat demnach einen Anspruch auf Hilflosenentschädigung zu Recht abgelehnt. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

12.1 Aufgrund des Prozessausgangs hat die Beschwerdeführerin grundsätzlich keinen Anspruch auf Ausrichtung einer Parteientschädigung im kantonalen Beschwerdeverfahren. Die Gehörsverletzung und deren faktische Heilung (vgl. E. II. 3. hiervor) können jedoch nicht ohne Folgen für die Verfahrenskostenauflegung bleiben. Das Bundesgericht hat entschieden, bei einer Verletzung des rechtlichen Gehörs durch die Verwaltung mit anschliessender Heilung im gerichtlichen Verfahren rechtfertigt es sich, der Gehörsverletzung durch Zusprache einer reduzierten Parteientschädigung und teilweiser Auflegung der Gerichtskosten Rechnung zu tragen (Urteil des Bundesgerichts 9C\_234/2008 vom 4. August 2008 E. 5.1). Eine Entschädigung ist dann geschuldet, wenn nennenswerte (zusätzliche) Kosten entstanden sind, die ohne die Gehörsverletzung nicht angefallen wären (so das Urteil des Bundesgerichts I 329/05 vom 10. Februar 2006 E. 2.3.2). Dies trifft hier zu, wobei der zusätzliche Aufwand gering ausfiel. Entsprechend diesen Ausführungen rechtfertigt es sich, die Beschwerdegegnerin zur Vergütung von pauschal 2 Stunden (ca. 15 % des geltend gemachten Aufwandes) zu verpflichten (vgl. Lorenz Kneubühler, Gehörsverletzung und Heilung, ZBl 1998 97 ff. 119; Benjamin Schindler, die «formelle Natur» von Verfahrensgrundrechten, ZBl 2005 169 ff. 193). Der übrige geltend gemachte Aufwand ist zufolge Erteilung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]).

Der Rechtsbeistand Denis G. Giovannelli hat am 6. Februar 2017 (A.S. 71 f.) eine Kostennote eingereicht. Er macht damit einen Kostenersatz von insgesamt CHF 2'596.30 geltend ■ basierend auf einem zeitlichen Aufwand von 11,7 Stunden (zu je CHF 200.00) und Auslagen von CHF 64.00. Darin enthalten ist auch Kanzleiaufwand im Sinne eines Weiterleitens von Verfügungen des Versicherungsgerichts, was in jeder der fünf aufgelisteten Positionen aufgeführt wird. Weiter wird Aufwand für ein Fristerstreckungsgesuch (Position vom 2. Dezember 2016) geltend gemacht. Sowohl Kanzleiaufwand als auch Fristerstreckungsgesuche sind im Stundenansatz bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen. Es ist daher ein Abzug von pauschal ■ da nicht explizit ausgewiesen ■ 0,5 Stunden vorzunehmen, womit sich der Aufwand auf 11,2 Stunden beläuft. Hiervon hat die Beschwerdegegnerin 2 Stunden (zu je CHF 200.00 zzgl. MwSt zu 8 %), damit CHF 216.00 (inkl. 8 % MwSt), als Parteientschädigung zu bezahlen. Dies entspricht ca. 15 % des gesamten Aufwandes.

Der übrige Aufwand von 9,2 Stunden und die Auslagen werden zufolge unentgeltlicher Rechtspflege durch den Kanton entschädigt. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GebT, BGS 615.11) CHF 180.00. Die Auslagen von CHF 64.00 sind ausgewiesen. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt von 8 % (CHF 137.60) auf total CHF 1'720.00. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_, zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 198.70 (Differenz zum vollen Honorar), wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

12.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall haben die Beschwerdegegnerin CHF 90.00 (zufolge Gehörsverletzung wiederum ein Anteil von 15 %) und die Beschwerdeführerin CHF 510.00 an die Verfahrenskosten zu bezahlen. Die der Beschwerdeführerin anteilmässig auferlegten Verfahrenskosten sind jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 216.00 (inkl. MwSt) zu bezahlen.
3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Rechtsanwalt Denis G. Giovannelli, wird auf CHF 1'720.00 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleiben der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 198.70 (inkl. MwSt), wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).
4. An die Verfahrenskosten von CHF 600.00 haben die Beschwerdegegnerin CHF 90.00 und die Beschwerdeführerin CHF 510.00 zu bezahlen. Die der Beschwerdeführerin auferlegten Verfahrenskosten von CHF 510.00 sind infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während 10 Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin	Die Gerichtsschreiberin
Weber-Probst	Weber

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