

SO_GERICHTE VSBES.2016.311 vom 28. März 2018

SO Obergericht, 2018-03-28, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2016.311_d20180328

FR: SO_GERICHTE VSBES.2016.311 du 28 mars 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2016.311 del 28 marzo 2018

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Am 14. Oktober 2014 meldete sich A.____ (nachfolgend Beschwerdeführerin), geb. 1969, [...], bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug (berufliche Integration/Rente) an (IV-Stelle Beleg [IV-]Nr. 9). Gleichentags fand ein Früherfassungs-/ Intake-Gespräch statt, an dem nebst der Beschwerdeführerin ein Mitarbeiter der Beschwerdegegnerin sowie Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD) BE-FR-SO, teilnahmen (IV-Nr. 7).

1.2 Der Oberarzt der Psychiatrischen Dienste, [...], Dr. med. C.____, erstattete der Beschwerdegegnerin am 10. November 2014 den gewünschten Bericht (IV-Nr. 16).

1.3 Am 24. Februar 2015 hielt der RAD-Arzt fest, dass er die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten ausserhäuslichen Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch in einer Verweistätigkeit nicht beurteilen könne. Diese Beurteilung müssten die Gutachter übernehmen (IV-Nr. 19, S. 4).

1.4 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 26. Februar 2015 mit, dass sie eine umfassende medizinische Untersuchung als notwendig erachte und hierfür zwei Gutachter vorschlage (IV-Nr. 20).

1.5 Mit Verfügung vom 27. März 2015 eröffnete die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin, dass sie die Kosten für ein Belastbarkeitstraining vom 1. April bis 5. Juli 2015 übernehme, das in der D.____ in [...] durchgeführt werde (IV-Nr. 24). Am 1. Juli 2015 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass dieses Belastbarkeitstraining verlängert werde, und zwar bis 4. Oktober 2015 (IV-Nr. 31).

1.6 Am 20. August 2015 erstellten Dr. E.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, [...], und Dr. med. F.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, [...], das durch die Beschwerdegegnerin veranlasste bidisziplinäre Gutachten (IV-Nr. 39).

1.7 Die Beschwerdegegnerin teilte der Beschwerdeführerin am 23. September 2015 mit, die Kosten für ein Aufbaustraining vom 5. Oktober 2015 bis 10. Januar 2016 in der D.____ zu übernehmen (IV-Nr. 44).

1.8 In ihrem Bericht vom 8. Oktober 2015 hielt Dr. med. G.____, RAD, fest, dass der medizinische Sachverhalt durch das vorliegende Gutachten und die RAD-Präzisierungen ausreichend geklärt sei (IV-Nr. 47, S. 3).

1.9 Am 5. November 2015 teilte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit, dass sie Anspruch auf einen Arbeitsversuch habe, der im Restaurant H.____ in [...] stattfindet (IV-Nr. 54).

E. 2

2.1 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).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid 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. Der Rentenanspruch entsteht frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs nach Artikel 29 Absatz 1 ATSG, jedoch frühestens im Monat, der auf die Vollendung des 18. Altersjahres folgt (Art. 29 Abs. 1 IVG).

3. Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs (resp. der Erhöhung oder Herabsetzung der Rente im Falle einer Revision, Urteil des Bundesgerichts 9C_882/2010 vom 25. Januar 2011 E. 7.2.1) massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 129 V 222).

E. 4

4.1 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine

und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.2 Bei der Beurteilung der Arbeits(un)fähigkeit stützt sich die Verwaltung und im Beschwerdefall das Gericht auf Unterlagen, die von ärztlichen und gegebenenfalls auch anderen Fachleuten zur Verfügung zu stellen sind. 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist.

4.3 Die regionalen ärztlichen Dienste (RAD) setzen gemäss Art. 59 Abs. 2bisIVG die für die Invalidenversicherung nach Artikel 6 ATSG massgebende funktionelle Leistungsfähigkeit der Versicherten fest, eine zumutbare Erwerbstätigkeit oder Tätigkeit im Aufgabenbereich auszuüben. Nach Art. 49 IVV beurteilen sie die medizinischen Voraussetzungen des Leistungsanspruchs. Die geeigneten Prüfmethode können sie im Rahmen ihrer medizinischen Fachkompetenz und der allgemeinen fachlichen Weisungen des Bundesamtes frei wählen (Abs. 1). Die regionalen ärztlichen Dienste können bei Bedarf selber ärztliche Untersuchungen von Versicherten durchführen. Sie halten die Untersuchungsergebnisse schriftlich fest (Abs. 2). Sie stehen den IV-Stellen der Region beratend zur Seite (Abs. 3). Sofern die RAD-Untersuchungsberichte den Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen, auch hinsichtlich der erforderlichen ärztlichen Qualifikationen, haben sie einen vergleichbaren Beweiswert wie ein anderes Gutachten (Urteile des Bundesgerichts 9C_1053/2010 vom 28. Januar 2011 E. 4.2 und 9C_204/2009 vom 6. Juli 2009 E. 3.3.2 mit zahlreichen Hinweisen).

5. Die medizinische Aktenlage präsentiert sich im Wesentlichen wie folgt:

5.1 Dr. med. M.____, FMH Radiologie, N.____, [...], kam am 21. November 2011 nach durchgeführter MRT der LWS zu folgender Beurteilung (IV-Nr. 12, S. 2):

- Hyperlordose der LWS bei leichter Anterolisthesis von LWK5 gegenüber SWKI (Meyerding Grad 1) bei Spondylolyse von L5 bds. mit leichtgradiger Diskusprotrusion mit Riss des Annulus fibrosus und foraminale Enge L5 bds. ohne neurale Kompression
- leichte bis moderate Spondylarthropathie LWK4/5 bds. rechtsbetont mit leichter foraminale Enge L4 rechts ohne Nervenwurzelkompression
- kein Nachweis einer Diskushernie oder posttraumatischen ossären Pathologie

5.2 Dr. med. O.____, Radiologie FMH, N.____, [...], gelangte am 11. November 2013 aufgrund einer Halswirbelsäulen-Untersuchung zur Beurteilung, dass eine erstgradige Anterolisthesis HWK 2/3, am ehesten degenerativ bedingt, bestehe. Sonst liege ein unauffälliger altersentsprechender Befund vor. Bei Verdacht auf eine Diskushernie oder Nervenwurzelkompression empfehle sie, Dr. med. O.____, gegebenenfalls eine MRT der HWS (IV-Nr. 12, S. 1).

5.3 Dr. med. P.____, Innere Medizin und Rheumatologie FMH, [...], stellte in ihrem Bericht vom 5. April 2014 an Dr. med. I.____ folgende Diagnosen (IV-Nr. 17, S. 10):

Was die Arbeitsfähigkeit anbelangt, führte die Ärztin einzig aus, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in der Reinigung tätig sein dürfe. Angaben über dessen Ausmass machte sie keine (IV-Nr. 17, S. 10 f.).

5.4 Am 13. Oktober 2014 fand bei Dr. med. C. ___ ein Erstgespräch «Depressionssprechstunde» statt. In Beachtung der aktuellen Beschwerden, der Vorgeschichte, der somatischen Erkrankungen, der soziobiographischen Anamnese sowie des Befunds stellte Dr. med. C. ___ folgende ■ von jenen vom 10. November 2014 (IV-Nr. 16) leicht abweichende ■ Diagnosen (IV-Nr. 17, S. 6 ff.):

Differentialdiagnose: Verdacht auf Fibromyalgie

Differentialdiagnose: in Korrelation mit einer Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Im Rahmen seiner Beurteilung führte Dr. med. C. ___ u.a. aus, dass die Patientin ihre bisherige Arbeitstätigkeit aufgrund der Schmerzproblematik niedergelegt habe. Zurzeit erfülle sie die Kriterien einer mittelgradigen Depression bei noch eingeschränkt erhaltenen Alltagsfunktionen mit verlangsamter Bewältigung ihrer Verpflichtungen und positivem Ansprechen auf Aktivität; letzteres und auch Wärme hätten bisher zur Linderung der Schmerzen geführt. Die Patientin zeige bezüglich Depression mehrere Risikofaktoren wie hereditäre Vorbelastung (Vater), entsprechend begünstigende Persönlichkeitszüge mit Überengagement und Bedürfnisrückstellung mit Verzicht auf eigene Interessen zugunsten anderer sowie die beschriebene Schmerzproblematik bei Verdacht auf Fibromyalgie, welche oft mit depressiven Beschwerden einhergehe. Differenzialdiagnostisch müsse aufgrund fehlender hinreichender körperlicher Korrelate zur Erklärung des Schmerzbilds bei wiederholten Arztkonsultationen und Arbeitsdispensen auch an eine bisher nicht weiter spezifizierte Somatisierungsstörung gedacht werden. Angaben über die Arbeitsfähigkeit machte Dr. med. C. ___ keine (IV-Nr. 17, S. 8).

5.5 Dr. med. C. ___ gelangte in seinem Bericht vom 10. November 2014 zu folgenden, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Diagnosen (IV-Nr. 16):

Differentialdiagnose: Verdacht auf Fibromyalgie

Differentialdiagnose: in Korrelation mit Verdacht auf eine Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

Eine Arbeitsdispens sei ■ so hielt Dr. med. C. ___ weiter fest ■ nicht ausgestellt worden; die Arbeitsfähigkeit sollte in einem halbstationären Rahmen der Tagesklinik ermittelt werden. Den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin bezeichnete er als besserungsfähig. Dann folgten in seinem Bericht eine Anamnese, Notizen über die angegebenen Beschwerden sowie die erhobenen Befunde und Angaben über therapeutische Massnahmen/Prognose. Anzumerken sei ■ so Dr. med. C. ___ am Schluss seiner Ausführungen ■, dass es sich im vorliegenden Fall um zahlreiche körperliche Erkrankungen in Korrelation und Wechselwirkung mit der Depression handle. Deshalb sei eine Ermittlung der Arbeitsfähigkeit sehr schwierig realisierbar. Aus diesem Grunde werde ein Tagesklinikaufenthalt zur diagnostischen Klärung und Evaluation der Funktionsfähigkeit sowie der Ressourcen zur weiteren Bestimmung der Arbeitsfähigkeit und raschen Besserung empfohlen (IV-Nr. 16).

5.6 Der RAD-Arzt Dr. med. B. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 24. Februar 2015 fest, dass er aufgrund der vorhandenen Akten keine abschliessende medizinische Beurteilung vornehmen könne. Als weitere medizinische Abklärung sei ein bidisziplinäres

Gutachten zu veranlassen, das die Fachdisziplinen Psychiatrie und Rheumatologie enthalten müsse. Die Fragestellung könne die übliche sein. Im Hinblick auf eine berufliche Eingliederung seien speziell das Zumutbarkeitsprofil von Interesse. Er könne die Arbeitsfähigkeit in der angestammten ausserhäuslichen Tätigkeit als Raumpflegerin nicht beurteilen. Diese Beurteilung müssten die Gutachter vornehmen. Das Gleiche gelte für die Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit (IV-Nr. 19, S. 4).

5.7 Vom 14. Januar bis 10. April 2015 befand sich die Beschwerdeführerin in teilstationärer Behandlung bei den Q.____ in [...]. Die Oberärztin R.____ und die Psychologin Dr. rer. medic. S.____ diagnostizierten in ihrem Bericht vom 10. April 2015 (IV-Nr. 36, S. 2 ff.) in psychiatrischer Hinsicht eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F 33.11) sowie akzentuierte Persönlichkeitszüge mit überangepasst dependenten Zügen (ICD-10 Z73.1). Andere relevante Diagnosen seien ein weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom mit Hyperlordose (DD: Verdacht auf Fibromyalgie, DD: in Korrelation mit einer Somatisierungsstörung).

Die Beschwerdeführerin sei als Tochter italienischstämmiger Gastarbeiter in die Schweiz gekommen. Nach Abschluss von Primar- und Sekundarschule ohne Klassenwiederholungen und mit guten Schulnoten habe sie die Handelsschule besucht und drei Jahre in der Disposition gearbeitet. Seither habe sie diverse Tätigkeiten im Bürobereich ausgeübt. Von 1992 bis 2002 sei sie bei der Post angestellt gewesen (vorwiegend Briefversand im Dreischichtbetrieb; in der Folge habe sie sich mit verschiedenen Tätigkeiten beschäftigt [Büro, Tankstellenbetrieb]). Ein Versuch der Selbständigkeit in Italien (Tierzucht mit Straussenfarm auf dem Land der Eltern) sei aufgrund der finanziellen Situation gescheitert. Im Anschluss daran habe die Beschwerdeführerin von 2006 bis 2010 als Inspektorin im Reinigungswesen in einem Hotel gearbeitet. Sie habe die Stelle wegen Mobbing gekündigt und sei seither im Stundenlohn im Reinigungswesen angestellt gewesen, zuletzt bis 3. Oktober 2014 (Arbeitspensum 25 - 50 %). Die 1997 geschlossene Ehe sei 1999 geschieden worden. Die 2006 geschlossene Ehe werde als gut beschrieben, sei aber überschattet vom Streit um Alimente für die jüngste Tochter (des Ehemanns).

Bei Eintritt zeige sich eine wache, allseits orientierte, in den kognitiven Grundfunktionen adäquate, absprachefähige und differenzierte, sehr zierliche Patientin. Sie sei im Kontakt freundlich zugewandt, vermittele keinen von Schmerzen geplagten Eindruck. Subjektiv würden Konzentrationsstörungen mit Kurzzeitgedächtnisproblemen und Verlegen von Gegenständen beklagt. Psychomotorik und Sprache seien adäquat, das formale Denken kohärent. Es bestünden ungerichtete Ängste im Rahmen innerer Unruhezustände, weiter passive Todeswünsche ohne konkrete suizidale Absichten, keine Fremdgefährdung. Affektiv liege eine depressive Grundstimmung vor. Es bestünden ein Verlust der Freude und Interessen mit sozialem Rückzug, Insuffizienz- und Schuldgefühle (im Hinblick auf die Störungsentwicklung mit Beendigung der Arbeit), innere Unruhe und Gereiztheit. Schlafstörungen hätten sich unter Medikation gebessert. Weiter lägen ein Verlust des Appetits mit Gewichtsverlust, wenig Libido und hypochondrische Beschwerden vor. Im Mittelpunkt der therapeutischen Einzelgespräche seien äusserst hohe Leistungsanforderungen der Patientin und inadäquate Bewältigungsstrategien gestanden, die zu permanenten körperlichen Verspannungen und Schmerzen geführt hätten. Die Beschwerdeführerin habe sich therapiemotiviert und umstellungsbereit gezeigt. Sie habe begonnen zu lernen, ihre Bedürfnisse zu artikulieren und Hilfe anzunehmen. Diese Schritte sollten weiterhin therapeutisch vertieft werden. In der Ergotherapie habe die

Beschwerdeführerin mit der Zeit den inneren Druck reduzieren und durch Pausen sowie abwechslungsreiche Tätigkeiten auch die Schmerzen in ihrer Intensität beeinflussen können. Sie sei in der Lage gewesen, durch die Teilnahme an der kognitiven Therapie ihre Konzentration und Aufmerksamkeit zu verbessern. Die Beschwerdeführerin sei in stabilisiertem Zustand entlassen worden. Sie werde eine ambulante Psychotherapie bei lic. phil. T.____ aufnehmen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit machten die Ärztin und die Psychologin der Psychiatrischen Dienste nicht (IV-Nr. 36, S. 2 ff.).

5.8 Gestützt auf die Unterlagen sowie die rheumatologische und die psychiatrische Untersuchung stellten Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____ in ihrem bidisziplinären Gutachten vom 20. August 2015 folgende Diagnosen (IV-Nr. 39, S. 19):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

DD: Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60.3)

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Der anschliessenden Konsensbeurteilung lässt sich entnehmen, dass sich die Explorandin im Oktober 2014 bei der IV gemeldet und Rückenbeschwerden angegeben habe. Nach Einholen der Arztberichte habe sich eine kombinierte körperliche und psychische Problematik gezeigt, weswegen das aktuelle Gutachten in Auftrag gegeben worden sei. Aus somatischer Sicht könnten die Rückenbeschwerden teilweise nachvollzogen werden, wobei sich auch Hinweise auf eine multilokuläre Problematik mit Anzeichen einer Chronifizierung finden liessen. Es lasse sich dadurch eine Einschränkung für körperlich belastende Tätigkeiten begründen, während eine adaptierte Tätigkeit in vollem Umfang möglich sein sollte. Aus psychiatrischer Sicht zeigten sich in den letzten Jahren neben Hinweisen auf eine Persönlichkeitsproblematik mit depressiver Symptomatik auch psychosozial belastende Faktoren, die den Zustand beeinflussten. Eine konsequente psychiatrische Behandlung finde aktuell allerdings nicht statt, obwohl die Explorandin einige Zeit in der Tagesklinik behandelt worden sei. Eine adaptierte Tätigkeit sollte die Explorandin zumindest mit einer Leistungseinschränkung durchführen können. Zur Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, dass der Explorandin aufgrund der körperlichen Problematik keine schweren, körperlich belastenden Tätigkeiten möglich seien. In der Tätigkeit als Raumpflegerin bestehe eine Einschränkung von 30 %, während für eine körperlich leichte Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. In der Haushaltstätigkeit könne aufgrund der körperlichen Situation eine 10%ige Einschränkung begründet werden. Aus psychiatrischer Sicht sei der Explorandin eine körperlich adaptierte Tätigkeit ohne Zeitdruck und ohne Übernahme von Verantwortung mit 30 % Leistungseinschränkung möglich. Zusammenfassend sei davon auszugehen, dass eine körperlich adaptierte Tätigkeit mit einer Einschränkung von 30 % möglich sei. Im Haushalt könne höchstens eine 10%ige Einschränkung begründet werden. Diese Einschränkungen bestünden mit grosser Wahrscheinlichkeit seit Ende 2011. Am Schluss hielten die Gutachter fest, dass die Prognose etwas unklar sei. Es zeigten sich Hinweise auf eine Chronifizierung. Zudem wirke sich die psychosoziale Situation ungünstig auf den Gesamtzustand aus, die besser geregelt werden sollte. Die Explorandin verhalte sich zudem eher zurückhaltend und passiv (IV-Nr. 39, S. 19 f.).

5.9 Als Fazit hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ am 8. Oktober 2015 fest, dass aus somatischen Gründen für die Tätigkeit als Raumpflegerin wie auch eine dem vorliegenden somatischen Leistungsprofil entsprechend angepasste Tätigkeit seit Ende 2011 von einer

Arbeitsunfähigkeit von 100 % auf Dauer auszugehen sei. In psychiatrischer Hinsicht sei seit Oktober 2014 für jede angepasste Tätigkeit von einer dauerhaften Leistungseinschränkung von 30 % auszugehen. Somit ergebe sich für eine dem somatischen und psychiatrischen Leistungsprofil angepasste Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % seit Oktober 2014. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht zu veranlassen, da der medizinische Sachverhalt durch das vorliegende Gutachten und die RAD- Präzisierungen hinreichend geklärt sei (IV-Nr. 47, S. 3).

5.10 Dr. med. I.____ bezeichnete in ihrem Verlaufsbericht vom 30. Dezember 2015 den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als stationär. Sie wies auf die teilstationäre Behandlung in der Tagesklinik der Q.____ (Bericht vom 10. April 2015, vgl. E. II. 5.7 hiervor) hin «mit leichter Besserung». Bei den therapeutischen Massnahmen führte die Ärztin «Einzelspsychotherapie bei einer niedergelassenen Psychologin, intermittierend physiotherapeutische Behandlung ()» an. Die letzte ärztliche Kontrolle habe am 18. Dezember 2015 stattgefunden (IV-Nr. 62).

5.11 Dr. med. K.____ und Psychologin L.____ stellten in ihrem Bericht vom 27. Juli 2016 an die Beschwerdegegnerin folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 72):

DD: kombinierte Persönlichkeitsstörungen (ICD-10 F61.0) mit überangepasst dependenten, zwanghaften und ängstlich-vermeidenden Anteilen

DD: V.a. Fibromyalgie

DD: in Korrelation mit einer Somatisierungsstörung (diagnostiziert von den Q.____ in [...] im April 2015)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit blieben spezifische (isolierte) Phobien (ICD-10 F40.2) mit Panikattacken (Dunkelangst sowie Angst vor Spitälern [seit Kindheit], Angst vor Schmerzen, Angst vor dem Tod, Angst, etwas Schlimmes mitanzusehen zu müssen). Die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 23. Dezember 2015 bei ihnen in Behandlung. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Raumpflegerin sei sie zu 70 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei stationär. Hierauf führten die beiden Berichterstatter die Anamnese, die angegebenen Beschwerden sowie erhobenen Befunde an und beantworteten die gestellten Fragen wie folgt: Die Patientin sei durch ihre körperlichen Schmerzen (Rückenschmerzen und Fibromyalgie) massiv eingeschränkt. Ebenso sei sie aufgrund ihrer psychischen Leiden beeinträchtigt, was eine geringe Belastbarkeit, rasche Ermüdbarkeit und Überforderung zur Folge habe und die depressive Symptomatik somit verstärke. Die bisherige Tätigkeit sei ihr zu maximal zwei bis zweieinhalb Stunden pro Tag zuzumuten. Die Patientin leide unter starken körperlichen Schmerzen, die auch massive psychische Folgen hätten und die Symptomatik verstärkten. Die Arbeitszeit von maximal zweieinhalb Stunden pro Tag dürfe nicht überschritten werden. Aufgrund ihrer Schmerzen müsse jederzeit mit mindestens einer leichten Einschränkung der Leistungsfähigkeit gerechnet werden. Zur Frage der Zumutbarkeit anderer Tätigkeiten hielten die Berichterstatter fest, die Patientin möchte unbedingt arbeiten; ihre Schmerzen liessen dies jedoch nur eingeschränkt zu. Körperliche Tätigkeiten seien für die Patientin kaum zu bewältigen. Auch bei kognitiver Anstrengung und Leistungserwartungen sei sie schnell überfordert, was zu Panikattacken und depressiven Einbrüchen führe. Bei diesen Tätigkeiten, die sich die Patientin frei einteilen könne, dürfte es sich um keine körperlich sowie kognitiv zu anspruchsvolle Arbeit handeln bzw. um solche ohne Druck und

Leistungserwartungen. Sie könne voraussichtlich mittel- bis langfristig maximal 20 - 30 % arbeiten (IV-Nr. 72).

5.12 Als erneutes Fazit hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ am 15. September 2016 fest, durch die beiden, seit der letzten RAD-Stellungnahme resp. dem Vorbescheid von November 2015 neu vorliegenden medizinischen Berichte sei keine massgebende Änderung des medizinischen Sachverhalts ausgewiesen. Die im August 2015 gemachten Aussagen zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten und einer angepassten Tätigkeit hätten weiterhin Gültigkeit. Anschliessend wiederholte die RAD-Ärztin die Angaben im bidisziplinären Gutachten zum Leistungsprofil. Weiter führte sie aus, dass dieses Leistungsprofil im Rahmen der stattgehabten beruflichen Eingliederung keine Anwendung gefunden zu haben scheine. Die bisher angedachten auf dem ersten Arbeitsmarkt gefundenen Arbeitsmöglichkeiten hätten dem Leistungsprofil für eine angepasste Tätigkeit nicht entsprochen. Auch habe die Beschwerdeführerin bisher ausschliesslich selbstständig versucht, eine Arbeit zu finden. Sie dürfte aber damit, was aus dem Gutachten hervorgehe, überfordert sein. Auch in den Protokollnotizen werde dies beschrieben: Durch dieses Aktiv-Sein-Müssen, um eine neue Arbeitsstelle zu finden, habe sie enormen innerlichen Druck, was z.B. auch zu Magen-/Darmproblemen führe. Nun habe die Versicherte eine Tätigkeit aufgenommen, die dem Leistungsprofil für eine angepasste Tätigkeit wiederum nicht entspreche. Es sei aufgrund des Dossiers nicht klar, welche körperlichen Anforderungen diese neue Tätigkeit genau beinhalte. Das Tätigkeitsprofil dürfte aber nahe an das Profil im Reinigungsbereich herankommen. Somit handle es sich hier eher um eine neue Tätigkeit, die der ehemaligen, angestammten Tätigkeit entspreche. Insofern stimme das neue Leistungspensum von 25 % mit dem Gutachten überein. Bei Fortsetzung dieser eigentlich «unangepassten» Tätigkeit sei aber eine Zunahme an Invalidität zu erwarten. Es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin die aktuelle, leidensinadäquate Tätigkeit nicht längerfristig durchhalten können. Hier wäre eine Hilfe bei der Jobsuche einer dem Leistungsprofil adäquaten Arbeitsstelle mit Unterstützung der IV aus medizinischer Sicht wünschenswert; dies sei jedoch nicht Sache der Medizin. Die durch die Beschwerdegegnerin gestellten Fragen beantwortete Dr. med. G.____ wie folgt: Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. An der RAD-Beurteilung vom 8. Oktober 2015 werde festgehalten. So sei durch die beiden, seit der letzten RAD-Stellungnahme resp. seit dem Vorbescheid von November 2015 neu vorliegenden medizinischen Berichte keine massgebende Änderung des medizinischen Sachverhalts ausgewiesen. Die im August 2015 gemachten Aussagen zur Arbeitsfähigkeit in der angestammten und angepassten Tätigkeit hätten weiterhin Gültigkeit (IV-Nr. 76, S. 2 f.).

5.13 Am 18. Oktober 2016 führte Dr. med. U.____, FMH Radiologie/diagnostische Neuroradiologie, N.____, [...], auf Zuweisung von Dr. med. K.____ bei der Beschwerdeführerin eine MRT der LWS und des ISG durch (IV-Nr. 77, S. 2 f.).

5.14 In ihrer Aktennotiz vom 2. November 2016 hielt die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ fest, dass die Bewertung der neu eingebrachten MRI-Befunde der Lendenwirbelsäule von Oktober 2016 im Vergleich zu jener aus dem Jahr 2011 keine das Leistungsprofil verändernde Einschätzung der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ergebe (IV-Nr. 79).

5.15 Am 11. November 2016 berichtete V.____, Fachärztin für Neurologie, W.____, [...], dem behandelnden Psychologen X.____, Y.____, [...], über die Untersuchung der Beschwerdeführerin in der ambulanten Sprechstunde. Sie diagnostizierte eine isthmische

Spondylodese L5/S1 mit leichter Radikulopathie L5 und S1 links. Im Weiteren berichtete sie, dass bei der Beschwerdeführerin seit vielen Jahren Lumboischialgien bei isthmischer Spondylolisthese L5 gegen S1 bestünden. Dadurch komme es zu einer leichten Radikulopathie S1 beidseits und milder auch L5 links, wobei die neurogene Problematik nicht im Vordergrund stehe. Wahrscheinlich sei die Beschwerdeführerin vorwiegend durch die Instabilität eingeschränkt (IV-Nr. 80, S. 13 f.).

5.16 Im Bericht vom 15. November 2016 an Dr. med. Z.____, Fachärztin für Innere Medizin, [...], diagnostizierte Dr. med. AA.____, orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Sportmedizin, [...], bei der Beschwerdeführerin ein chronisches Lumbalsyndrom bei Spondylolisthesis vera L5/S1 und eine Bandscheibenprotrusion L4/5. Weiter führte Dr. med. AA.____ aus, er habe mit der Beschwerdeführerin ein längeres Gespräch wegen der Invalidenversicherung und der Erwerbsunfähigkeit von 30 % geführt. Seitens des Achsenskeletts könne hier keine Erhöhung beantragt werden. Rein orthopädisch handle es sich um eine ausgeprägte und zunehmende Störung der Statik im sagittalen Profil. Er halte daher die Vorstellung in einem Wirbelsäulenzentrum mit Therapie der gegenwärtigen Problematik mittels röntgengesteuerten Infiltrationen, aber auch die Darlegung der Zukunftsperspektiven für sehr sinnvoll (IV-Nr. 80 S. 15 f.).

6. In ihrer Beschwerde hat die Beschwerdeführerin keine konkreten Rügen vorgebracht, sondern auf bereits vorliegende «Begründungen und Beweise» verwiesen (A.S. 9). Damit bezieht sie sich auf die Ausführungen des behandelnden Psychiaters Dr. med. K.____ vom 15. November 2016. Dr. med. K.____ bringt vor, durch die aktuellen bildgebenden Befunde (MRI vom 18. Oktober 2016; EMG-Untersuchung vom 7. November 2016) sei eindeutig eine Verschlechterung dokumentiert. Aus psychiatrischer Sicht seien diese somatischen Beschwerden für die Beschwerdeführerin extrem belastend, da sie sehr motiviert sei und auch unbedingt arbeiten möchte, aber ihre Arbeit unter diesen Umständen und mit diesen Beschwerden nicht ausführen könne; dies habe zu sehr starken Selbstzweifeln und einer Sinn- und Perspektivlosigkeit geführt und die Beschwerdeführerin schliesslich in eine noch weiter exazerbierende Depression mit vagen Todeswünschen abgedrängt. Er, der behandelnde Psychiater, sei der Meinung, dass es für die Beschwerdeführerin, trotz ihrer starken Motivation, unter diesen Umständen unmöglich sein werde zu arbeiten, ihrer jetzigen Arbeit nachzugehen und/oder eine adäquate Arbeit zu finden (A.S. 5 f.).

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich bei ihrer Beurteilung in erster Linie auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. E.____ und Dr. med. F.____ (IV-Nr. 39). Es ist daher zunächst zu prüfen, ob das Gutachten als beweiswertig gelten kann.

7.1 Zu behandeln ist zunächst das rheumatologische Teilgutachten.

7.1.1 Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. F.____ gibt zunächst die wichtigsten Vorakten und die Angaben der Beschwerdeführerin anlässlich seiner Untersuchung vom 13. Juli 2015 wieder. Es folgen der internistische und rheumatologische Status, der neurologische Status und die Ergebnisse der aktuellen Laboruntersuchungen sowie der früheren und aktuellen radiologischen Untersuchungen. In seiner rheumatologischen Beurteilung führt der Gutachter aus, bei der Beschwerdeführerin bestehe seit Jahren eine chronische lumbovertbrale Rückenschmerzproblematik mit Akzentuierung erstmals im Jahr 2001 sowie erneuter Exazerbation in den Jahren 2011 und 2014. Neben den vorwiegend lumbovertebralen bis lumbosacralen Schmerzen seien zunehmende

weichteilrheumatische Beschwerden im Sinne eines rechtsbetonten multilokulären Schmerzsyndroms aufgetreten, das im Rahmen einer rheumatologischen Abklärung durch Dr. med. P.____ im April 2014 auch im Sinne eines generalisierten weichteilrheumatischen Syndroms mit Zeichen einer Fibromyalgie bezeichnet worden sei. Bei fehlenden Hinweisen auf eine relevante degenerative oder entzündliche rheumatologische Grundkrankheit sei empfohlen worden, eine körperliche Aktivität aufrechtzuerhalten und Schmerzcopingstrategien umzusetzen, wobei die Ausübung der Tätigkeit in der Reinigung als weiterhin möglich bezeichnet worden sei (vgl. IV-Nr. 17, S. 10 f.). Im Rahmen der aktuellen Begutachtung könnten die bereits von Dr. med. P.____ im April 2014 festgehaltenen Diagnosen wie auch die damals beschriebenen Befunde überwiegend in gleicher Art und Weise bestätigt werden. Im Vordergrund stehe ein auch die Arbeitsfähigkeit beeinflussendes, chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom aufgrund vermehrter Ausstrahlungen in das Gesäss, auch mit möglicher lumbospondylogener Komponente rechts bei jedoch derzeit fehlenden Hinweisen auf eine lumboradikuläre Schmerz- oder Reizsymptomatik sowie sensomotorische Ausfälle. Neben der seit Jahren bestehenden chronischen lumbovertebralen bis lumbosacralen Schmerzproblematik, die vorwiegend unter körperlicher Belastung symptomatisch sei, bestünden multilokuläre Schmerzen mit Betonung auch der rechten Körperhälfte im Sinne von weichteilrheumatischen Beschwerden mit Erfüllung der Kriterien für das Vorliegen einer Fibromyalgie, dies insbesondere unter Berücksichtigung sämtlicher positiver Tenderpoints. Dabei zeichneten sich einerseits über die Jahre auch bereits Hinweise auf eine vorliegende Chronifizierung mit wahrscheinlich auch bestehender Schmerzfehlerverarbeitung ab. Andererseits habe die Beschwerdeführerin auch in den letzten Jahren gelernt, mit diesen Beschwerden umzugehen. Sie bemühe sich zunehmend auch aktiv, sich vermehrt körperlich zu belasten, was insgesamt auch hinsichtlich einer fortschreitenden muskulären Dekonditionierung als günstig bezeichnet werden könne. Die von der Beschwerdeführerin ebenfalls vermehrt seit Jahren beschriebenen Schulter-/Nackengürtelbeschwerden seien ausschliesslich tendomyotischer Natur, was auch durch multiple Tender- und Triggerpunkte im Schulter-/Nackengürtelbereich erklärt werden könne und wodurch keine Funktionseinschränkung zu erklären sei.

Während das multilokuläre Schmerzsyndrom im Rahmen eines chronischen Schmerzsyndroms möglicherweise auch im Zusammenhang mit der psychischen Problematik gesehen werden müsse und dadurch keine eigentliche Beeinträchtigung im Sinne einer objektivierbaren Behinderung erklärt werden könne, finde sich im Rahmen des chronischen lumbovertebralen bis rechtsbetonten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms eine Diagnose von Krankheitswert, die sich auch bezüglich Arbeitsfähigkeit vor allem bei der Tätigkeit als Raumpflegerin teilweise einschränkend auswirke. Schwere wie auch repetitiv mittelschwere körperlich belastende Tätigkeiten sowie Tätigkeiten, die ausschliesslich stehend oder auch verbunden mit permanentem Bücken zu verrichten seien, seien der Beschwerdeführerin langfristig nicht mehr zuzumuten. In der angestammten Tätigkeit als Raumpflegerin seien vor allem Tätigkeiten, die mit vermehrter Hebelarmfunktion oder mit vermehrtem Bücken verbunden seien, als ungünstig zu bezeichnen. Folglich resultiere unter Berücksichtigung auch leichterer, nicht wirbelsäulenbelastender Reinigungsarbeiten eine maximale Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 30 %. Der Beschwerdeführerin wäre die angestammte Tätigkeit weiterhin zu 70 % möglich. Bezüglich sämtlicher körperlich leichten und insbesondere die lumbale Wirbelsäule belastenden Tätigkeiten, durchgeführt in Wechselbelastung,

abwechslungsweise sitzend, stehend wie auch gehend, könne keine eigentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aus rein rheumatologischer Sicht ausgewiesen werden. Die Einschränkung von 30 % könne ab Ende 2011 angenommen werden, was dem Zeitpunkt der diagnostischen Abklärungen mittels MRI der LWS sowie auch subjektiver Angabe einer deutlichen Akzentuierung der Beschwerden entspreche (IV-Nr. 39, S. 10 ff.).

7.1.2 Die Ausführungen von Dr. med. F.____ basieren auf den vollständigen Vorakten (einschliesslich der am 13. August 2015 nachgelieferten Unterlagen, vgl. IV-Nr. 38) und einer persönlichen Untersuchung, die am 13. Juli 2015 stattfand. Auf dieser Basis gelangt Dr. med. F.____ zu schlüssigen Ergebnissen, die in nachvollziehbarer Weise hergeleitet und begründet werden. Der Gutachter nimmt zu den Angaben der Beschwerdeführerin Stellung und setzt sich damit auseinander. Das rheumatologische Teilgutachten wird damit den allgemeinen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (E. II. 4.1 hiervor) gerecht. Zu den Ergebnissen der früheren bildgebenden und klinischen Untersuchungen äussert sich das Gutachten ebenfalls. Wie der Gutachter darlegt, lassen sich seine Ergebnisse weitgehend mit der Einschätzung der behandelnden Rheumatologin Dr. med. P.____ (vgl. E. II. 5.3 hiervor) vereinbaren. Auch zu den übrigen Akten, die bei Erstattung des Gutachtens vorgelegen sind, bestehen keine erheblichen Widersprüche. Das rheumatologische Teilgutachten bildet demnach eine taugliche Grundlage für die Beurteilung der Situation, wie sie sich im Zeitpunkt der Begutachtung präsentiert hat.

7.1.3 Der behandelnde Psychiater Dr. med. K.____ macht in seinem Schreiben an das Versicherungsgericht vom 15. November 2016 (A.S. 5 f.) geltend, aus neuen bildgebenden Untersuchungen (MRI vom 18. Oktober 2016; EMG vom 11. November 2016) ergebe sich eine Verschlechterung der organisch nachweisbaren Befunde. Der Bericht des Röntgeninstituts AB.____ über die MRT der LWS und ISG vom 18. Oktober 2016 (E. II. 5.12 hiervor) erwähnt diesbezüglich eine im Verlauf zunehmende neuroforaminale Einengung beidseits im Segment LWK 5 mit möglicher Irritation der Nervenwurzeln L5 foraminal beidseits, eine im Verlauf zunehmende Facettengelenksarthrose in den Segmenten LWK 4/5 und LWK5/SWK1 sowie eine neu aufgetretene leichte Bandscheibenprotrusion im Segment LWK 4/5. Die Neurologin Dr. med. V.____ gelangt in ihrem Schreiben vom 11. November 2016 (E. II. 5.14 hiervor) nach Darstellung der Ergebnisse der elektromyographischen Untersuchung zum Ergebnis, durch die seit vielen Jahren bestehenden Lumboischialgien bei isthmischer Spondylolisthese L 5 gegen S 1 komme es zu einer leichten Radikulopathie S1 beidseits und milder auch L5 links. Sie denke aber, dass die neurogene Problematik nicht im Vordergrund stehe und die Beschwerdeführerin vorwiegend durch die Instabilität eingeschränkt sei. Aus diesem Grund werde noch eine Vorstellung beim Wirbelsäulenchirurgen Dr. med. AA.____ erfolgen. Wie sich dessen Stellungnahme vom 15. November 2016 (E. II. 5.15 hiervor) entnehmen lässt, geht er von einer ausgeprägten und zunehmenden Störung der Statik im sagittalen Profil aus, welche aber nach seiner Einschätzung die Beurteilung durch die Invalidenversicherung und namentlich die Zumutbarkeit einer leichten, wechselbelastenden Tätigkeit nicht in Frage stellt. Im gleichen Sinn äussert sich ■ bezogen auf die MRT-Befunde vom 18. Oktober 2016 ■ auch die RAD-Ärztin Dr. med. G.____ in ihrer Aktennotiz vom 2. November 2016 (IV-Nr. 79).

Zusammenfassend geht aus den Stellungnahmen von Dr. med. V.____ und von Dr. med. AA.____ hervor, dass die durch den Psychiater Dr. med. K.____ erwähnten Ergebnisse der bildgebenden Untersuchungen weder aus neurologischer noch aus orthopädischer Sicht zu

einer erheblichen Veränderung des durch den Gutachter Dr. med. F.____ formulierten Zumutbarkeitsprofils geführt haben. Da somit keine Anhaltspunkte für eine den Leistungsanspruch beeinflussende Veränderung bestehen, die während des hier zu beurteilenden Zeitraums bis zum Erlass der Verfügung vom 2. November 2016 eingetreten wäre, erübrigen sich weitere Abklärungen zu dieser Frage. Es kann für den gesamten relevanten Zeitraum auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. F.____ abgestellt werden.

7.2 Zu beurteilen bleibt die Beweiskraft des psychiatrischen Teilgutachtens (IV-Nr. 39, S. 11 ff.).

7.2.1 Das Teilgutachten des Psychiaters Dr. med. E.____ basiert auf den vollständigen Vorakten (einschliesslich der am 13. August 2015 nachgereichten Unterlagen, vgl. IV-Nr. 37) und einer eigenen Untersuchung durch den Gutachter, die am 11. August 2015 stattfand. Inhaltlich führt Dr. med. E.____ aus, es zeigten sich Hinweise auf eine mögliche Persönlichkeitsproblematik. Die Beschwerdeführerin sei schon seit der Kindheit etwas verhaltensauffällig, wie sie heute beschreibe, indem sie teilweise auch aggressiv reagieren könne. Sie habe zudem auch schulische Schwierigkeiten gehabt. Sie habe eine Bürogehilfen-Ausbildung absolviert. Sie sei einige Zeit bei der Post tätig gewesen, bis die Arbeit zu belastend geworden sei. Sie habe dann auch als Verkäuferin gearbeitet und dann zusammen mit ihrem Ehemann versucht, in Italien eine selbständige Tätigkeit aufzunehmen, was fehlgeschlagen sei. Schliesslich sei sie dann vorwiegend in Teilzeit in Reinigungsfirmen tätig gewesen, wo es dann auch zu Problemen mit Mitarbeitern und Vorgesetzten und teilweisen Kündigungen gekommen sei. Die erste Ehe sei bereits nach zwei Jahren schlecht verlaufen und getrennt worden. In der jetzigen Ehe gebe es dauernd Schwierigkeiten mit der Ex-Frau des Ehemanns, der noch drei Kinder aus dieser Beziehung habe, die keinen Kontakt mehr zu ihm wollten. Er sei ziemlich hoch verschuldet, und es bestehe eine Lohnpfändung. Dadurch sei die finanzielle Situation sehr knapp. Die Beschwerdeführerin gebe verschiedene belastende Umstände an, die sie in den letzten Jahren verfolgt hätten. Sie habe unter Beschwerden zu leiden begonnen und sich nicht mehr in der Lage gefühlt, einer Arbeit nachzugehen. Sie sei psychiatrisch abgeklärt worden, wobei eine depressive Störung festgestellt worden sei. Sie sei einige Zeit in der Tagesklinik behandelt worden. Eine regelmässige psychiatrische Behandlung werde zurzeit allerdings nicht durchgeführt.

Insgesamt zeigten sich Hinweise auf eine auffällige Persönlichkeitsstruktur. Zumindest müssten akzentuierte Persönlichkeitszüge in Betracht gezogen werden. Nach der Beschreibung der Beschwerdeführerin schienen vorwiegend emotional instabile Züge eine Rolle zu spielen, wobei durchaus auch die Frage einer Persönlichkeitsstörung diskutiert werden könne. In der Untersuchung zeigten sich Hinweise auf subdepressive Verstimmungen. Gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin bestünden eine Kraftverminderung, Stimmungsschwankungen, teilweise kognitive Beeinträchtigungen und eine etwas negativistische Haltung. Sie gebe auch Schlafstörungen und Appetitschwankungen an. Es könne daher eine allenfalls leichte depressive Störung angenommen werden. Immerhin sei die Beschwerdeführerin in der Lage, sich um ihre Tiere zu kümmern, Interessen nachzugehen. Sie kümmere sich auch um den Haushalt. Sie sei in der Lage, sich an äussere Regeln zu halten. Sie könne Aufgaben planen und strukturieren, sich an verschiedene Situationen anpassen und die fachlichen Kompetenzen anwenden. Sie sei in der Lage, Entscheidungen zu fällen und Urteile zu bilden. In der Durchhaltefähigkeit

scheine sie subjektiv vermindert zu sein, auch in der Selbstbehauptungsfähigkeit. Sei pflege aufgrund von Enttäuschungen angeblich keine Kontakte mehr zu anderen Personen, sei aber in der Kontaktfähigkeit offenbar nicht wesentlich beeinträchtigt, auch nicht in der Gruppenfähigkeit. Sie pflege auch familiäre Beziehungen und gehe Aktivitäten nach. In der Selbstpflege und Verkehrsfähigkeit sei sie nicht beeinträchtigt. Dadurch müsse angenommen werden, dass die Beschwerdeführerin im Alltag nicht wesentlich eingeschränkt sei, was wiederum gegen eine gravierende affektive Störung spreche. Von den Psychiatrischen Diensten [...] sei auf eine rezidivierende depressive Störung hingewiesen, aber nicht begründet worden, warum eine rezidivierende Störung vorliege. Das Ausmass sei als mittelstark eingestuft worden, doch habe die Beschwerdeführerin in stabilisiertem Zustand entlassen werden können. Es sei somit von einer Besserung der depressiven Störung auszugehen. Die Körperbeschwerden würden im Sinne einer somatoformen Überlagerung ungünstig durch die depressive Störung beeinflusst, wobei doch einige Befunde vorlägen, welche die Beschwerden zumindest teilweise erklärten. Insgesamt könne aus psychiatrischer Sicht eine verminderte Belastbarkeit begründet werden, aber nicht eine grundsätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jede Tätigkeit. Nicht nachvollziehbar sei, warum die Beschwerdeführerin im Arbeitstraining derart geringe Leistungen erbringe; dies könnte auch dann nicht nachvollzogen werden, wenn eine mittelschwere depressive Störung angenommen würde. Es sei anzunehmen, dass sich der Einfluss der Persönlichkeit und die psychosozialen Umstände negativ auf die Leistungsfähigkeit auswirkten, was aber bei der Beurteilung aus versicherungsmedizinischer Sicht nicht berücksichtigt werden könne.

Zur Arbeitsfähigkeit führt Dr. med. E.____ aus, die Beschwerdeführerin sei allgemein als vermindert belastbar einzustufen. Sie sei nicht in der Lage, Verantwortung zu übernehmen. Sie sollte auch nicht Arbeiten unter hohem Zeitdruck durchführen müssen. Vorgegebene, klar strukturierte Tätigkeiten seien ihr möglich. Bei einer derartigen Tätigkeit sei eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % wegen Verlangsamung und höherem Pausenbedarf anzunehmen. Diese Einschränkung bestehe seit Aufnahme der psychiatrischen Therapie im Oktober 2014. Während der Behandlungszeit in der Tagesklinik zwischen 14. Januar und 10. April 2015 habe eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden. Zur Frage nach Massnahmen aus psychiatrischer Sicht hält Dr. med. E.____ fest, zurzeit werde keine konsequente psychiatrische Therapie durchgeführt. Seit der Behandlung in der Tagesklinik sei keine konsequente Anschlussbehandlung durchgeführt worden, was dringend umgesetzt werden sollte (IV-Nr. 39, S. 16 ff.).

7.2.2 Das Gutachten basiert auf vollständigen Grundlagen. Die Beschwerdeführerin weist zwar in ihrer Stellungnahme vom 24. November 2015 zum Vorbescheid darauf hin, dass die psychologische Problematik seit 1999 präsent sei (IV-Nr. 57, S. 1). Der Bericht von Dr. med. C.____ vom 10. November 2014 (IV-Nr. 16) und der Eintrag über das Erstgespräch vom 13. Oktober 2014 (IV-Nr. 17, S. 6 ff.) erwähnen in diesem Zusammenhang eine ambulante psychiatrische Behandlung wegen einer ersten Depression im Rahmen des Scheidungsverfahrens im Jahr 1999. Für die aktuelle Beurteilung messen sie diesem Umstand aber keine Bedeutung zu. Es bestehen zudem keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich um eine länger dauernde intensive Behandlung gehandelt hätte. Im Rahmen der gutachterlichen Exploration wurde die Scheidung zwar thematisiert. Eine anschliessende längere Behandlung fand jedoch keine Erwähnung (vgl. IV-Nr. 39, S. 11 ff.). Wenn Dr. med. E.____ vor diesem Hintergrund die damalige Therapie nicht als relevant erachtet, lässt

sich dies nicht beanstanden und stellt den Beweiswert seines Gutachtens unter dem Aspekt der Vollständigkeit nicht in Frage.

7.2.3 Die gutachterlichen Ausführungen sind nachvollziehbar und widerspruchsfrei. Sie stimmen mit der Aktenlage überein; daraus ergibt sich namentlich, dass die ambulante psychiatrische Behandlung bei den Psychiatrischen Diensten im Oktober 2014 begonnen wurde, dies nach einer Zuweisung durch die Hausärztin Dr. med. I.____ bei Verdacht auf eine rezidivierende Depression, gegenwärtig mittelschwere Episode (IV-Nr. 17, S. 6 ff.; vgl. auch IV-Nr. 16). Der Oberarzt Dr. med. C.____ empfahl bereits am 10. November 2014 eine Abklärung in der Tagesklinik (IV-Nr. 16, S. 4). Der teilstationäre Aufenthalt fand schliesslich vom 14. Januar bis 10. April 2015 statt. Die im Austrittsbericht (IV-Nr. 36, S. 2 ff.; vgl. auch IV-Nr. 62, S. 3) enthaltenen Diagnosen und Angaben werden im Gutachten von Dr. med. E.____ berücksichtigt und plausibel eingeordnet. Korrekt sind auch die Feststellungen des Gutachters, die Beschwerdeführerin habe gemäss Bericht in stabilisiertem Zustand entlassen werden können, und die im Austrittsbericht vorgesehene Anschlussbehandlung (ambulante Psychotherapie bei lic. phil. T.____, IV-Nr. 36, S. 5) sei in der Folge bis zur psychiatrischen Begutachtung, die am 11. August 2015 stattfand, nicht durchgeführt worden. Die aktenkundigen Eingliederungsbemühungen und deren ungünstige Ergebnisse hat Dr. med. E.____ ebenfalls in seine Beurteilung einbezogen. Auch die Darstellung der Befunde und die daraus abgeleiteten zu den psychiatrisch begründeten Einschränkungen sowie zur Arbeitsfähigkeit sind nachvollziehbar und überzeugend ausgefallen. Das Gutachten bildet damit auch inhaltlich eine taugliche Beurteilungsgrundlage.

7.2.4 Zu prüfen bleibt, ob sich aus den nach der Erstellung des Gutachtens eingereichten Unterlagen Hinweise auf Aspekte ergeben, die bei der psychiatrischen Begutachtung unberücksichtigt geblieben sind. Wie sich dem Bericht der Psychologin L.____ und des Psychiaters Dr. med. K.____ vom 27. Juli 2016 (IV-Nr. 72; E. II. 5.10 hiervor) entnehmen lässt, steht die Beschwerdeführerin seit 23. Dezember 2015 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung, wobei wöchentliche Gespräche stattfänden. Die gestellten Diagnosen stimmen weitgehend mit denjenigen überein, welche die Psychiatrischen Dienste nach dem teilstationären Aufenthalt in der Tagesklinik (bis 10. April 2015; IV-Nr. 36, S. 2 ff.; E. II. 5.7 hiervor) gestellt haben. Gegenüber dem Gutachten von Dr. med. E.____ hat sich die Situation insofern verändert, als die Beschwerdeführerin wieder eine Tätigkeit als Reinigungskraft (mit einem Pensum von zweieinviertel Stunden pro Tag) aufgenommen hat (IV-Nr. 72, S. 3). Was die angegebenen Beschwerden anbelangt, stehen im Bericht der Psychologin L.____ und des Psychiaters Dr. med. K.____ die Schmerzangaben stark im Vordergrund. Die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 70 % wird denn auch in erster Linie mit den starken körperlichen Schmerzen begründet. Konkrete Aspekte, die im Gutachten von Dr. med. E.____ unerkannt oder unberücksichtigt geblieben wären, enthält der Bericht über die einige Monate später begonnene Psychotherapie nicht. Namentlich bildet die Einschätzung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik und der sich daraus ergebenden Auswirkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen keinen solchen Aspekt (Urteil des Bundesgerichts 9C_186/2013 vom 12. Juli 2013 E. 3.2.3 mit Hinweis). Ebenso wenig lassen sich dem Bericht Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass sich die psychische Verfassung der Beschwerdeführerin in der Zeit seit der Begutachtung erheblich verändert hätte.

Nichts Anderes gilt für den Bericht vom 15. November 2016, den Dr. med. K.____ an das Versicherungsgericht gesandt hat. In diesem Schreiben bezieht er sich auf in der Zwischenzeit durchgeführte bildgebende Untersuchungen. Deren Beurteilung beschlägt jedoch nicht den Fachbereich eines Psychiaters. Eine seine Disziplin betreffende Veränderung vermag der behandelnde Psychiater mit diesem Hinweis nicht darzutun. Wie bereits dargelegt (E. II. 7.1.3 hiervor), enthalten die Unterlagen auch aus somatischer Sicht keine Hinweise auf eine erhebliche Veränderung des Zumutbarkeitsprofils.

7.3

7.3.1 Wie das Bundesgericht mit dem Urteil BGE 143 V 409 vom 30. November 2017 klargestellt hat, sind auch die Folgen von lege artis diagnostizierten leichten bis mittelschweren depressiven Störungen an den Grundsätzen von BGE 141 V 281 zu messen. Für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sind daher systematisierte Indikatoren beachtlich, die ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen einzuschätzen. Gemäss altem Verfahrensstandard eingeholte Gutachten ■ wie hier dasjenige vom 20. August 2015 (IV-Nr. 39) ■ verlieren nicht per se ihren Beweiswert. Vielmehr ist im Rahmen einer gesamthaften Prüfung des Einzelfalls mit seinen spezifischen Gegebenheiten und den erhobenen Rügen entscheidend, ob ein abschliessendes Abstellen auf die vorhandenen Beweisgrundlagen vor Bundesrecht standhält (Urteil des Bundesgerichts 9C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 6.3.1 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 8 S. 309).

7.3.2 Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren einzugehen. Im Gutachten vom 20. August 2015 wird hierzu angeführt, dass zurzeit keine konsequente psychiatrische Therapie durchgeführt werde. Die Explorandin sei einige Zeit in der Tagesklinik in Behandlung gewesen. Seit dem Austritt aus der Tagesklinik im April 2015 habe sie zwei Termine bei einer Psychiaterin wahrgenommen. Sie sei unsicher, wie es nun dort weiterlaufe. Ansonsten stehe sie bei Bedarf bei der Hausärztin Dr. med. I.____ in Behandlung. Eine konsequente Anschlussbehandlung werde seither nicht durchgeführt, was jedoch dringend umgesetzt werden sollte (IV-Nr. 39, S. 12, 18). Diese Ausführungen des Gutachters sind zutreffend. Das Fehlen einer konsequenten Anschlussbehandlung nach dem teilstationären Aufenthalt spricht tendenziell gegen einen hohen Schweregrad. In der Zwischenzeit wurde Ende 2015 eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen, welche wöchentliche Gespräche, eine medikamentöse Behandlung und Akupunktur umfasst (vgl. IV-Nr. 72, S. 4). Der Therapiebericht vom 27. Juli 2016 (IV-Nr. 72) verweist aber in erster Linie auf die Schmerzsymptomatik und damit verbundene Einschränkungen. Eine Verbesserung der auch in einer angepassten Tätigkeit auf bloss 30 % bezifferten Arbeitsfähigkeit wird nicht erwartet. Von einer konsequenten, zielgerichteten Behandlung kann unter diesen Umständen nicht gesprochen werden.

Die Beschwerdeführerin hat verschiedene durch die Beschwerdegegnerin finanzierte Arbeitsversuche absolviert. Dabei konnte das Pensum nicht dauerhaft über zweieinhalb Stunden gesteigert werden. Regelmässig wirkten sich invaliditätsfremde Gründe, wie insbesondere die private Situation (finanzielle Probleme, Konflikt mit Ex-Frau und Töchtern des Ehemanns), negativ aus (vgl. IV-Nr. 28, S. 2; 48, S. 2). Seit 1. Mai 2016 ist sie mit einem Pensum von bis zu 25 % als Hauswartin bei der Motorfahrzeugkontrolle in [...] angestellt (vgl. IV-Nr. 73). Es kann somit festgehalten werden, dass die

Beschwerdeführerin versucht hat, im Rahmen der durch sie erlebten ■ insbesondere schmerzbedingten ■ Grenzen einer Erwerbstätigkeit nachzugehen. Aus Sicht des psychiatrischen Gutachters ist allerdings nicht nachvollziehbar, warum das Pensum nicht über ein derart niedriges Niveau gesteigert werden konnte, und er weist auf den Einfluss invaliditätsfremder Faktoren hin.

7.3.3 Beim Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der Schmerzstörung ■ resp. der hier diagnostizierten depressiven Störung, gegenwärtig leichtes bis mittelgradiges Ausmass (ICD-10 F32.0) ■ zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 429 f.). Der psychiatrische Gutachter Dr. med. E. ___ zieht die Diagnose einer Persönlichkeitsstörung in Betracht, beschränkt sich aber letztlich auf die Kodierung einer akzentuierten Persönlichkeit mit emotional instabilen und überangepassten Zügen (ICD-10 Z73.1). Eine solche Z-Codierung weist keinen selbständigen Krankheitswert auf, kann sich aber bei der Bewältigung anderweitiger Beeinträchtigungen erschwerend auswirken. Die körperliche Problematik vermag, wie aus dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. F. ___ hervorgeht, einen Teil der geklagten Beschwerden zu erklären. Auf diesen Umstand weist auch der psychiatrische Teilgutachter Dr. med. E. ___ hin (IV-Nr. 39, S. 17 f.). Zusammenfassend sind unter dem Aspekt der Komorbidität die somatischen Befunde zu berücksichtigen, die einen Teil der Symptomatik erklären. Gleichzeitig erschwert der Umgang mit diesen Beschwerden auch das Bewältigen der psychischen Störung.

7.3.4 Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) enthält die Expertise keinen Hinweis auf eine (erhebliche) Einschränkung der sogenannten «komplexen Ich-Funktionen». Hinweise auf «Ich-Störungen», so Dr. med. K. ___ am 27. Juli 2016, lägen keine vor (IV-Nr. 72, S. 4). Gegeben sind jedoch akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional instabil; überangepasst).

7.3.5 Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist insbesondere betreffend die Familienverhältnisse Ressourcen auf, auf die die Beschwerdeführerin zurückgreifen kann. Bis auf das fehlende Verständnis für die gesundheitliche Situation habe die Beschwerdeführerin ■ wie dies dem Austrittsbericht der Q. ___ vom 30. April 2015 entnommen werden kann ■ die Ehe als gut beschrieben; diese werde jedoch vom Streit um Alimente für die jüngste Tochter überschattet (IV-Nr. 36, S. 4). Dadurch gebe es in der Beziehung Schwierigkeiten (IV-Nr. 39, S. 15), was indes nicht als aussergewöhnlich zu bezeichnen ist. So hat der Ehemann die Beschwerdeführerin auch zur gutachterlichen Untersuchung vom 13. Juli 2015 gefahren, weil sie unsicher gewesen sei, die Praxis zu finden (IV-Nr. 39 S. 15). Im Weiteren lässt sich den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin im Gutachten entnehmen, dass sie zwischenmenschlich keine Probleme habe. Zwar hat sie angegeben, seit zweieinhalb Jahren keine Freundinnen mehr zu haben. Doch diskutiere sie mit den Arbeitskolleginnen und Arbeitskollegen vor Arbeitsbeginn. Weiter hat die Beschwerdeführerin einen Hund und geht mit diesem regelmässig spazieren (IV-Nr. 39, S. 13).

7.3.6 Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) ist festzustellen, dass die Beschwerdeführerin in einer geregelten Beziehung lebt. Sie hat ihren Aussagen zufolge eine Tagesstruktur, wozu neben der ausgeübten Erwerbstätigkeit als Hauswartin

auch das Erledigen der Haushaltarbeiten gehöre (IV-Nr. 39, S. 13). Weiter kümmert sie sich um ihren Hund und führt diesen regelmässig aus.

7.3.7 Zusammenfassend lassen sich den Akten und namentlich dem bidisziplinären Gutachten eine ganze Reihe von Informationen entnehmen, die es erlauben, die massgebenden Indikatoren zu beurteilen: Eine psychotherapeutische Behandlung wurde seit Oktober 2014 durchgeführt, dies allerdings mit wechselnder, zeitweise stark reduzierter Intensität. Eingliederungsversuche sind mehrfach dokumentiert, bewegten sich aber durchwegs auf einem sehr geringen Pensum, ohne dass sich aus einer rein medizinischen Sicht erklären liesse, warum eine Steigerung nicht möglich war. Stattdessen enthalten die Akten Hinweise auf psychosoziale Umstände, die sich ungünstig auswirkten. Es besteht eine somatische Komorbidität, die einen Teil der Symptomatik zu erklären vermag. Die akzentuierten Persönlichkeitszüge erschweren den Umgang mit dem Beschwerdebild. Das soziale Umfeld mit der intakten Ehe ist geeignet, sich tendenziell positiv auszuwirken. Die Alltagsaktivitäten mit Haushaltarbeiten und regelmässigen Spaziergängen mit dem Hund bewegen sich im Normbereich. In der Gesamtbetrachtung erscheint es als plausibel, dass die psychische Symptomatik, namentlich die depressive Störung, die durch die somatischen Befunde bewirkten Einschränkungen negativ beeinflusst und zu einer Reduktion des Leistungsvermögens im gutachterlich bezifferten Ausmass von 30 % in einer dem somatischen Leiden angepassten Tätigkeit führt. Auf das bidisziplinäre Gutachten und die darin enthaltene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit kann somit auch unter Berücksichtigung der mit BGE 143 V 409 modifizierten Rechtsprechung abgestellt werden.

8. Der Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. II. 3 hiervor).

8.1 Bei der Bemessung des Valideneinkommens ist vom zuletzt erzielten Lohn auszugehen, wenn davon ausgegangen werden kann, dass die versicherte Person im Gesundheitsfall weiterhin dieselbe Tätigkeit ausüben würde. So verhält es sich nicht, denn die Beschwerdeführerin hatte ihr Pensum schon lange vor der IV-Anmeldung reduziert. Die Beschwerdegegnerin hat daher zu Recht statistische Werte herangezogen. Praxisgemäss ist auf die Ergebnisse der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abzustellen. Massgebend ist die Tabelle A1_tirage_skill_level der LSE 2014. Danach belief sich der Zentralwert des Lohns (Total) von Frauen im Kompetenzniveau 1 auf CHF 4'300.00 pro Monat (Bruttolohn, berechnet auf 12 Monate).

8.2 Das Invalideneinkommen ist, da die Beschwerdeführerin das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen nur teilweise ausschöpft, ebenfalls auf statistischer Grundlage zu ermitteln. Massgebend ist auch hier der bereits erwähnte Tabellenwert von CHF 4'300.00. In dieser Konstellation erübrigt sich ein ziffernmässiger Einkommensvergleich: Der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit (hier: 30 %) unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301; Urteil des Bundesgerichts 8C_358/2017 vom 4. August 2017 E. 2.2).

8.3 Der Invaliditätsgrad hängt somit davon ab, ob bei der Bestimmung des Invalideneinkommens ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist und wie hoch dieser gegebenenfalls ausfällt.

Beim Einkommensvergleich unter Verwendung statistischer Tabellenlöhne ist 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, ist von sämtlichen vorgenannten persönlichen und beruflichen Umständen des konkreten Einzelfalls abhängig. 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 mit Hinweisen; BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301).

Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vorgenommen; dem ist insofern beizupflichten, als weder das Lebensalter der Beschwerdeführerin noch ihr Aufenthaltsstatus oder das Pensum ■ es ist von einem vollen Pensum bei reduzierter Leistung auszugehen ■ eine über die Leistungsminderung hinausgehende Verdiensteinbusse erwarten lassen. Vor diesem Hintergrund kann offenbleiben, ob der Umstand, dass die Beschwerdeführerin auch in einer adaptierten Tätigkeit aus psychischen Gründen eingeschränkt ist, einen Abzug rechtfertigt. Ein solcher wäre auf höchstens 10 % zu bemessen. Der resultierende Invaliditätsgrad von 30 % (ohne Abzug) oder 37 % (mit einem Abzug von 10 %) begründet keinen Rentenanspruch. Die Beschwerde ist im Rentenpunkt unbegründet.

9. Die Beschwerdegegnerin hat im angefochtenen Entscheid auch den Anspruch auf weitere berufliche Massnahmen verneint. Zur Begründung hat sie angeführt, dass die Beschwerdeführerin durch die berufliche Eingliederung der IV unterstützt und begleitet worden sei. Vom 1. April bis 9. November 2015 habe sie in der D.____ an einem Belastbarkeits- und anschliessend Aufbautraining teilnehmen können. Am 10. November 2015 habe die Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch im Restaurant H.____ begonnen, der 1. Dezember 2015 habe abgebrochen werden müssen. Ein erneuter Arbeitsversuch bei der J.____ ab 1. März 2016 habe am 10. März 2016 abgebrochen werden müssen. Per 1. Mai 2016 habe sie selbständig eine Anstellung von zirka 25 % als Hauswartin gefunden. Während den beruflichen Massnahmen habe die Beschwerdeführerin ein Taggeld der Invalidenversicherung bezogen. Nach einem angemessenen Unterstützungszeitraum werde nun die berufliche Eingliederung abgeschlossen (IV-Nr. 78, S. 1). Vor diesem Hintergrund ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden, welches im Übrigen unbestritten geblieben ist. Da die Beschwerdeführerin auch während des Beschwerdeverfahrens der Meinung gewesen ist, sie könne kein Pensum von mehr als zweieinhalb Stunden pro Tag ausüben, hat es ihr an der subjektiven Eingliederungsfähigkeit für die Verwertung des gutachterlich festgestellten Leistungsvermögens gefehlt.

10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

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

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

Häfliger

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