

# **SO\_GERICHTE VSBES.2017.118 vom 11. September 2018**

SO Obergericht, 2018-09-11, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.118\\_d20180911](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.118_d20180911)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.118 du 11 septembre 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.118 del 11 settembre 2018

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 7. März 2017 sei aufzuheben.

### **E. 2**

a) Der Beschwerdeführerin seien ab wann rechtens die gesetzlichen IVG-Leistungen (weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches polydisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen.

### **E. 3**

Dem unterzeichneten Rechtsanwalt seien aufgrund kurzfristiger Mandatierung und Aktenzustellung, des vielschichtigen Prozessstoffes und fehlender Instruktionen eine Frist von 30 Tagen zur Ergänzung der Beschwerdebegründung anzusetzen.

### **E. 4**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit Publikums- und Pressenanwesenheit einzuberufen und durchzuführen.

### **E. 5**

Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverbeiständung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

### **E. 5.9**

hiervor), welchen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit zukämen. Dabei präzisierte er bei der unter die Hauptdiagnose des «hochgradigen Verdachts auf systemischen Lupus erythematodes» aufgeführten Diagnose einer «humoralen Entzündungsaktivität August 2013, November 2013 und Mai 2014 » und hielt in Bezug auf diese Hauptdiagnose fest: «aktuell: Alpha-Dysproteinämie sowie Sehnenscheidenganglion M. flexor pollicis longus links, Erhöhung der Antimalarikum-Therapie». Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit wie folgt aus: Von Seiten des Lupus erythematodes bestünden entzündliche Veränderungen mit Arthritiden und

Arthralgien, welche eine manuelle Belastung ungünstig erscheinen liessen. Von Seiten des Hohlrundrückens bestehe eine verminderte Belastbarkeit ebenfalls im Rahmen einer generalisierten Dekonditionierung bei auch Adipositas. Zudem bestehe bei Hypermotilität im Bereich der Ellbogen und der Kniegelenke die Gefahr von Überlastungen bei übermässigem Gewichtseinsatz. Der Beschwerdeführerin sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar. Sie sei als Betriebsschlosserin (Diplom aus [...]) und Pflegehelferin nicht arbeitsfähig. Als Kauffrau (Diplom aus [...]) sei eine zumindest teilweise Tätigkeit vorstellbar. Längerfristig solle die Beschwerdeführerin mit der entsprechenden Rehabilitation, Schulung und der entsprechenden Medikation wieder zumindest zu 75 % arbeitsfähig sein können. Dabei bestehe wahrscheinlich nur eine unwesentlich verminderte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Dies mit medizinischen Massnahmen, die eine multimodale Rehabilitation, wie sie bereits eingeleitet worden sei, umfasse. Zudem mit einer Intensivierung der antientzündlichen Behandlung und der zentralschmerzmodulierenden Behandlung. Begleitende Massnahmen im Sinne einer Unterstützung durch ein Case-Management seien bereits eingeleitet worden. Die Arbeitsfähigkeit sollte durch Anpassungen der statischen Belastungen und der Gewichtsbelastungen in zumindest 75%igem Umfang wieder möglich sein. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei sei zu beachten, dass diese keine gelenkbelastenden Tätigkeiten mit Verminderung von hohen Belastungen für Hände, Schultern, Ellbogen, Knie und Rücken, beinhalteten. 5.16 Im korrigierten Austrittsbericht vom 25. August 2014 (IV-Nr. 37) bestätigten prakt. med. AA.\_\_\_\_, Oberarzt, prakt. med. AB.\_\_\_\_, Assistenzarzt, und lic. phil. AC.\_\_\_\_, Leitung Schmerzzentrum / Psychosomatik, AD.\_\_\_\_, betreffend den Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 23. Juni bis 21. Juli 2014 die bereits durch Dr. med. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 7. Mai 2014 (vgl. E. II. 5.9 hiavor) festgestellten Diagnosen. Die Beschwerdeführerin sei am 23. Juni 2014 zur stationären Rehabilitation im Rahmen des [...] -Programms (Behandlungsprogramm für Patienten mit chronischen Schmerzen) zugewiesen worden. Sie leide seit vielen Jahren an HWS- und LWS-Beschwerden mit Ausstrahlungen in die Arme und Beine. Des Weiteren habe sie über Gelenkbeschwerden fast von allen Gelenken sowie allgemeine Kraftlosigkeit und eingeschränkte Belastbarkeit geklagt. Beim Eintritt sei die Beschwerdeführerin ohne Hilfsmittel klinikmobil gewesen. Es hätten myalgische Beschwerden sowie diffuse Druckdolenz am ganzen Körper bestanden. Die durchschnittliche Schmerzintensität habe sie mit VAS 8/10 angegeben. Die Beschwerden persistierten bis heute in unverändertem Ausmass, so dass die Beschwerdeführerin nur leichteste Tätigkeiten übernehmen könne, es bestehe seit September 2013 eine Arbeitsunfähigkeit als Pflegerin. Die Rehabilitationsziele seien die Verbesserung der Schmerzsymptomatik, die Steigerung der Belastbarkeit sowie die muskuläre Rekonditionierung gewesen. Die Beschwerdeführerin sei ins multimodale Therapieprogramm eingegliedert worden. Im Rahmen des interdisziplinär ausgelegten Schmerzprogramms sei ein besonderes Augenmerk der Rehabilitation auf eine Verbesserung der allgemeinen Kondition, insbesondere auf die Mobilisation und den Aufbau der rumpfstabilisierenden Muskulatur gelegt worden. Daneben seien eine begleitende psychologische Betreuung mit Vermittlung von Schmerz-Copingstrategien sowie entspannenden Übungen, eine individuell angepasste Einzelphysiotherapie, progressive Muskelrelaxation, Qi-Gong, Tai-Chi, Moor, Herz-Kreislauftraining und Gespräche bei der klinischen Psychologin, erfolgt. Die Heublumenwickel seien wegen Unverträglichkeit abgesetzt worden. Innerhalb der Therapie seien isometrische Übungen

zur Kräftigung der Rumpf- sowie der Rückenmuskulatur im MTT durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei allen angebotenen Therapien gegenüber aufgeschlossen und motiviert gewesen. Sie habe ihr Therapieprogramm sehr ernst genommen und gute Fortschritte hinsichtlich der Verbesserung der Schmerzsymptomatik bis auf VAS 4-3/10 und einer Gewichtsabnahme erreichen können. Im Verlauf sei es zu einer ersten Veränderung des Verhaltens gegenüber sich selbst gekommen, vor allem in Bezug auf die Akzeptanz ihrer eigenen Grenzen. Sie habe sich Grenzen gesetzt und sich Pausen eingeteilt. Dazu sei sie auch mobiler und belastbarer geworden. Die Beschwerdeführerin habe sich während ihres stationären Aufenthalts stets kardiopulmonal stabil und internistisch sowie laborchemisch unauffällig gezeigt. Sie hätten die Beschwerdeführerin bei einem reduzierten Schmerzniveau in gutem Allgemeinzustand am 21. Juli 2014 wieder nach Hause entlassen können (S. 2 f.). In einer leichten Tätigkeit bestehe eine 50%ige Arbeitsfähigkeit (S. 4).

5.17 Im Bericht vom 1. September 2014 (IV-Nr. 61 S. 8 ff.) bestätigte Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund der Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 25. August 2014 die bereits im Bericht vom 8. August 2014 (vgl. E. II. 5.15 hiervor) gestellten Diagnosen, wobei er betreffend die Hauptdiagnose eines «hochgradigen Verdachts auf systemischen Lupus erythematodes» hinzufügte: «aktuell: Fatigue, generalisierte Beschwerden im Rahmen auch eines Central pain syndroms, humorale Entzündungsaktivität August 2014». Im Weiteren wurde neu die Hauptdiagnose: «Impingement Schulter links bei Tendinitis calcarea Supraspinatussehne» mit den Unterdiagnosen «MRI Schulter links Mai 2014: Tendinitis calcarea Ansatz Infraspinatussehne, Akromion Typ II nach Bigliani mit geringer AC-Gelenksarthrose» und «konservative Therapie» ausgewiesen. Die Beschwerdeführerin sei in der Rehabilitationsklinik V.\_\_\_\_ zur Behandlung gewesen, wobei es ihr während des Aufenthalts etwas besser gegangen sei. Aktuell bestünden jedoch wieder unveränderte Beschwerden wie vor dem Rehabilitationsaufenthalt im Sinne einer Fatigue, einer Leistungsminderung sowie generalisierten Beschwerden nicht nur im Schultergürtel-Nackebereich, wo degenerative Veränderungen bestünden, sondern auch im Becken-Beinbereich. Auch klagte die Beschwerdeführerin über intermittierende Inkontinenz, weshalb am 10. September 2014 eine urodynamische Untersuchung geplant sei. Aktuell sei auch noch eine Abklärung im Schlaflabor in V.\_\_\_\_ vorgesehen. Die Beschwerdeführerin befinde sich noch in Betreuung bei Dr. med. AD.\_\_\_\_. Aktuell zeige sich von Seiten des systemischen Lupus erythematodes eine leichte humorale Entzündungsaktivität ohne Hinweise für einen renalen Befall. Auch hämatologisch bestünden keine Auffälligkeiten im Blutbild. Die Schilddrüse sei im Normbereich. Zur Bestätigung seien nochmals Anti-ds-DNA-Antikörper bestimmt worden. Diese seien nach wie vor, wie bereits November 2013, positiv. In diesem Sinne sei eine Steigerung der Plaquenil-Medikation indiziert, was der Beschwerdeführerin auch so dargelegt worden sei. Eine zentral schmerzmodulierende Behandlung sei wünschenswert und sinnvoll. Es sei der Beschwerdeführerin geraten worden, Solevita, Venlafaxin oder Citalopram einzusetzen. Die jährliche ophthalmologische Kontrolle bei Dr. med. AD.\_\_\_\_ unter Antimalarika sei am 5. September 2014 geplant. Bei fehlendem Effekt von Seiten des Antimalarikums bzw. nach wie vor humoraler Entzündungsaktivität und bestehenden Beschwerden sei eine Intensivierung der Immunsuppression überlegenswert. Die Beschwerdeführerin habe noch Fotografien der Haut vom 19. August 2014 zukommen lassen. Dabei zeige sich eine Rötung vor allem im oberen Thoraxbereich, möglicherweise verstärkt durch vermehrte Sonnenexposition auch im Gesichtsbereich. Heute sei jedoch die Hautveränderung nicht nachweisbar.

5.18 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, hielt in

seiner Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 (IV-Nr. 39 S. 2 ff.) folgende versicherungsmedizinische Beurteilung fest: Das Hauptproblem der Beschwerdeführerin sei das Fibromyalgiesyndrom mit Fatigue. Wie der letzte Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ zeige (vgl. E. II. 5.17 hiervor), habe auch der stationäre Aufenthalt in V.\_\_\_\_ keine nachhaltige Wirkung gezeigt. Die Fibromyalgie könne jedoch versicherungsmedizinisch keine Arbeitsunfähigkeit begründen. Die Arbeitsfähigkeit sei aber für mittelschwere bis schwere Arbeiten durch den Lupus erythematodes eingeschränkt. Leichte und leicht-mittelschwere Tätigkeiten seien gemäss Dr. med. J.\_\_\_\_ zu mindestens 75 % zumutbar. Doch beziehe er wohl das chronische Schmerzsyndrom in seine Beurteilung mit ein. Rein bezogen auf den remittierten Lupus gebe es keinen Grund, warum eine leichte Tätigkeit nicht zu 100 % zumutbar sein sollte. Eine solche Tätigkeit sei auch unter Berücksichtigung der Schulterschmerzen links und der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule (s. Dr. med. L.\_\_\_\_) vollumfänglich zumutbar (S. 3). Die 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit, wie Büroarbeit, sei immer gegeben gewesen, dies bis auf eine leichte vorübergehende Einschränkung von November 2013 - April 2014, d.h. bis die Krankheit auf das Antimalarikum angesprochen habe. Hingegen bestehe für mittelschwere und schwere Arbeiten, also auch als Pflegehelferin, aktenkundig ab dem 17. Februar 2014 (Arztzeugnis Dr. med. I.\_\_\_\_, Dossier 9.5.14 S. 4) eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Doch aufgrund des Intake-Gesprächs vom 22. November 2013 und dem rheumatologischen Bericht vom 19. November 2013 (Dossier 14.6.14 S. 16) mit der erstmaligen Verdachtsdiagnose des Lupus, müsse der Beginn der Arbeitsunfähigkeit auf November 2013 festgelegt werden. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Hochgradiger Verdacht auf systemischen Lupus erythematodes – DD undifferenzierte Konnektivitis – Krankheitsbeginn Herbst 2012 mit entzündlichen Arthralgien – ANA-Positivität niedrigtitrig, Anti-DNA-Positivität, Rheumafaktor und Anti-CCP-Negativität – Handgelenksarthritiden rechtsbetont – humorale Entzündungsaktivität August 2013 und November 2013 – Glukokortikoid-Therapie mit deutlicher Beschwerdelinderung – Remission unter Antimalarikum-Therapie seit Februar 2014 – aktuell: im Vordergrund stehendes Central pain Syndrome Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Periarthropathia humeroscapularis calcarea links – Radiologisch Osteochondrose C5/6 mit Facettenarthrose April 2014 – Vitamin D3 Mangel – Fibromyalgie (Chronic Central pain Syndrome) – Hohlrundrücken – Abortive Hypermobilität (Ellbogen, Kniegelenke) – Zystische Mastopathie – Status nach Hysterektomie – Adipositas Grad II (BMI 39,5) In der angestammten Tätigkeit als Pflegerin bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % ab November 2013. In einer dem Leiden angepassten Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Es sei keine zusätzliche Leistungseinschränkung zu berücksichtigen. Es sei eine länger als ein Jahr andauernde Arbeitsunfähigkeit von 20 % und mehr ausgewiesen. Es könnten berufliche Massnahmen erfolgsversprechend durchgeführt werden. Die Fibromyalgie habe sich als therapierbar erwiesen. Der Lupus sei erfolgreich behandelt. 5.19 Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt im «ausführlichen ärztlichen Bericht» vom 30. November 2014 (IV-Nr. 48 S. 2 ff.) zur medizinischen Anamnese wiederkehrende Rückenschmerzen und eine Schwellung am Handgelenk fest. Zurzeit seien Handgelenksschmerzen vorhanden. Seit dem 17. Februar 2014 sei die Beschwerdeführerin arbeitsunfähig. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Hochgradiger Verdacht auf Lupus erythematodes; Fibromyalgie; Hohlrundrücken; Impingement Schulter links bei Tendinitis calcarea». 2014 seien teigige Schwellungen der Handgelenke vorhanden gewesen, wobei

die Beweglichkeit der Handgelenke in alle Richtungen eingeschränkt gewesen sei. Im Vergleich zur Voruntersuchung vom Frühjahr 2014 habe sich der Zustand gebessert. Die Beschwerdeführerin könne mittelschwere und leichte Tätigkeiten noch regelmässig verrichten (S. 9). Diese dürften keine Nässe, Kälte, kein Bücken / Heben / Tragen von Lasten enthalten und kein Klettern oder Steigen. Die Arbeitsleistung sei herabgesetzt, weil die Beschwerdeführerin in der Gebrauchsfähigkeit der Hände und des Rückens eingeschränkt sei. Die Beschwerdeführerin könne indes eine Bildschirmarbeit und Arbeiten am Arbeitsplatz ohne Hilfe einer anderen Person verrichten. Zu Hause könne die Beschwerdeführerin die Arbeit ebenfalls ohne Hilfe einer anderen Person ausführen (S. 10). Die letzte Tätigkeit in der Pflege könne die Beschwerdeführerin nicht vollschichtig verrichten. Diese sei der Beschwerdeführerin höchstens für 4 - 5 Stunden täglich zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit könnte die Beschwerdeführerin indes vollschichtig ausüben. Die festgestellten Einsatzbeschränkungen bestünden auf Dauer seit 2014. Der derzeitige Gesundheitszustand könne durch Medikamente verbessert werden (S. 11). Eine Besserung der Leistungsfähigkeit könne durch berufliche Rehabilitation bewirkt werden. Es sei keine Nachuntersuchung erforderlich (S. 12). 5.20 Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 30. März 2015 (IV-Nr. 59 S. 2) Folgendes fest: Der kleine gynäkologische Eingriff wegen der Blaseninkontinenz habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (Bericht vom 3. November 2014, IV-Nr. 53 S. 5). Dasselbe gelte für das leichte obstruktive Schlafapnoesyndrom (Bericht Schlafmedizin vom 31. Juli 2014, vgl. E. II.

#### **E. 5.10**

hiervor) erstmals im Bericht vom 1. September 2014 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) ausgewiesene Diagnose eines «Impingement Schulter links bei Tendinitis calcarea Supraspinatussehne», wurde im Bericht vom 21. April 2015 (vgl. E. II. 5.22 hiervor) wie folgt präzisiert: «MRI Schulter links Mai 2014: Tendinitis calcarea Ansatz Infraspinatussehne, Akromion Typ II nach Bigliani mit geringer AC-Gelenksarthrose, Einriss Labrumbasis anterior / superior». Diese Diagnose wurde durch den rheumatologischen Gutachter im Rahmen einer diagnostizierten «Tendinitis calcarea der linken Schulter mit leichtgradiger AC-Gelenksarthrose» bestätigt. Damit besteht zwischen den beiden rheumatologischen Fachärzten Übereinstimmung. Es ist daher nicht weiter darauf einzugehen. In Bezug auf das anlässlich der am 6. Mai 2014 durch Dr. med. J.\_\_\_\_ durchgeführten Sonografie der Handgelenke (vgl. E. II. 5.11 hiervor) festgestellte Sehnenscheidenganglion der Sehne M. flexor pollicis longus, das er sodann im Bericht vom 8. August 2014 (vgl. E. II. 5.15 hiervor) der Hauptdiagnose eines «hochgradigen Verdachts auf SLE» unterordnete, stellte der rheumatologische Gutachter eine «beginnende Arthrose am rechten Handgelenk» fest. Diese gutachterliche Feststellung vermag einzuleuchten, da er bei der Untersuchung der Beschwerdeführerin reduzierte Sensationen an der rechten Hand, suggestiv für Ulnaris und eines positiven Tinel-Test, feststellte (IV-Nr. 79.3 S. 4). Insgesamt vermögen die Berichte des behandelnden Rheumatologen Dr. med. J.\_\_\_\_ das rheumatologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ nicht zu entkräften. 6.4.2 Eingehend auf die Berichte des orthopädischen Chirurgen Dr. med. L.\_\_\_\_ ist augenfällig, dass er im Bericht vom 4. November 2013 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) aufgrund der beklagten Schwäche und Schmerzen in beiden Händen, besonders links, erstmals eine «Tendovaginitis stenans de Quervain linkes Handgelenk und Verdacht auf ein CTS rechts» diagnostizierte. Dies aufgrund der bei der klinischen Untersuchung erhobenen Befunde eines positiven Hoffmann-Tinel-Zeichens und eines auslösbaren Phalen-Zeichens am rechten Handgelenk,

sowie eines Druckschmerzes des 1. Strecksehnenfaches und Schmerzen beim Finkelstein-Test. Diese Diagnose bestätigte er sodann in den weiteren Berichten vom 10. Juli 2014 und 26. April 2016 (vgl. E. II. 5.12, 5.23 hiervor). Auch die Hausärztin Dr. med. I. \_\_\_ wies im Bericht vom 30. November 2014 (vgl. E. II. 5.19 hiervor) auf Handgelenksschmerzen hin, die sich aber seit dem Frühjahr 2014 gebessert hätten. Bei der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung stellte Prof. Dr. med. D. \_\_\_ diesbezüglich fest, die Beschwerdeführerin habe die Handgelenk- und Handschmerzen als 5 von 10 auf einer visuellen Analogskala geschätzt. Im Handgelenkbereich gebe es fast immer ein Kribbeln und Ameisenlaufen zusammen mit den Gelenkschmerzen, die für ein passageres Karpaltunnelsyndrom suggestiv seien. Andere Handsymptome, insbesondere rechts, seien eher Ulnarnerv orientiert (IV-Nr. 79.3 S. 3). Gestützt auf die festgestellten reduzierten Sensationen an der Hand rechts, suggestiv für Ulnaris, eines positiven Tinel-Test, sowie eines beidseitig negativen Finkelstein-Tests für de Quervain Tenosynovitis (IV-Nr. 79.3 S. 4) ist nachvollziehbar, dass der rheumatologische Experte lediglich die Diagnose einer beginnenden Arthrose am rechten Handgelenk auswies und im Übrigen die von Dr. med. L. \_\_\_ festgestellten Diagnosen nicht bestätigte. Aus den Berichten von Dr. med. L. \_\_\_ geht insgesamt hervor, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jahren eine gesundheitliche Problematik im Bereich der Wirbelsäule besteht. So hielt er im Bericht vom 4. November 2013 (vgl. E. II. 5.4 hiervor) u.a. ein «statisch-muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung nach Brügger unter vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose; eine Osteochondrose C5/C6 mit Fazettengelenksarthrose sowie Mehretagendiscopathien der LWS mit Fazettenarthrose am stärksten L4/L5» fest, wobei er im Bericht vom 15. April 2014 sodann ein «akutes HWS-Syndrom» auswies (vgl. E. II. 5.7 hiervor) und im Bericht vom 10. Juli 2014 (vgl. E. II. 5.12 hiervor) geringgradige Anpassungen an den Diagnosestellungen vornahm, die er im Bericht vom 4. Oktober 2013 bestätigte (vgl. E. II.

#### **E. 5.14**

hiervor). Eine Änderung des Gesundheitszustands sei jedoch offensichtlich dadurch entstanden, als es wegen des Absetzens von Plaquenil zu einer Verschlechterung des Lupus erythematoses gekommen sein könne (s. Mitteilung von Dr. med. I. \_\_\_ vom 22. Januar 2015, IV-Nr. 54 S. 2). Plaquenil habe gemäss dem augenärztlichen Bericht der Klinik S. \_\_\_ vom 15. Oktober 2014 wegen den Nebenwirkung einer Gesichtsfeldveränderung sistiert werden müssen. Die Untersuchung in der Augenklinik des AE. \_\_\_ vom 12. Dezember 2014 (vgl. IV-Nr. 53 S. 3 f.) habe Befunde ergeben, die gegen eine medikamentös toxische Maculopathie sprächen und die Wiederaufnahme der Plaqueniltherapie sei wieder gestattet worden. Ob diese nun wieder aufgenommen oder eine Ersatztherapie installiert worden sei, sei unbekannt. Anhand eines Verlaufsberichts müsse nun man von Dr. med. I. \_\_\_ und nach Möglichkeit auch vom Rheumatologen des K. \_\_\_ Dr. med. J. \_\_\_ wissen, ob Beschwerdeführerin nun wieder eine sog. Basistherapie erhalte und ob sich damit der Zustand bezüglich des Lupus erythematoses wieder gebessert habe. 5.21 Dr. med. I. \_\_\_ bestätigte im Bericht vom 8. April 2015 (IV-Nr. 60) folgende Diagnosen: «Lupus erythematoses, Haltungsinsuffizienz (fixierte Brustkyphose), Arterieller Hypertonus, Dyslipidämie, Tendinitis calcarea, Inkontinenz, Depression». Betreffend des muskulo-skelettalen Systems bestünden diese Krankheiten. Insbesondere der Lupus führe zu Schwellungen an den Handgelenken. Zudem habe sich nun auch eine recht ausgeprägte Depression entwickelt. Aktuell sei keine Arbeitsfähigkeit gegeben. Unter intensiver Therapie sei es jedoch möglich, dass sich wieder eine Teilarbeitsfähigkeit entwickle. 5.22

Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt im Arztbericht vom 21. April 2015 (IV-Nr. 63 S. 3 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Systemischer Lupus erythematodes – DD: undifferenzierte Konnektivitis – Krankheitsbeginn Herbst 2012 mit entzündlichen Arthralgien – ANA-Positivität niedrigtitrig, Anti-dsDNA-Positivität (November 2013, Mai 2014), Rheumafaktor und Anti-CCP-Negativität – Handgelenksarthritiden rechtsbetont – humorale Entzündungsaktivität August 2013 und November 2013 – Glukokortikoid-Therapie mit deutlicher Beschwerdelinderung – keine Hinweise für toxische Makulopathie, Wiederaufnahme der Plaquenil-Behandlung März 2015 – humorale Entzündungsaktivität seit November 2013 – Plaquenil-Therapie Februar 2014 - September 2014, Wiederbeginn April 2014 – aktuell: Wiedereinleiten der Plaquenil-Behandlung bei humoraler Entzündungsaktivität, Chronic central pain-Syndrome – Fibromyalgie (Chronic central pain-Syndrome) – Mittelschwere Depression – Adipositas Grad III (BMI 36,61 kg/m<sup>2</sup> März 2015) – Impingement Schulter links bei Tendinitis calcarea – MRI Schulter links Mai 2014: Tendinitis calcarea Ansatz Infraspinatussehne, Akromion Typ II nach Bigliani mit geringer AC-Gelenksarthrose, Einriss Labrumbasis anterior / superior – konservative Therapie – MRI HWS April 2014 ([...]): Chondrose C5/6 mit Diskusherniation ohne neurale Affektion – Hohlrundrücken – MRI LWS Oktober 2013: leichte Diskopathie L3-S1, Fazettenarthrosen L2-S1, Verdacht auf Spondylolyse L5 rechts, keine Listhesis, keine Spinalstenose Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Vitamin D3-Mangel November 2013 – aktuell: Mangel Mai 2014 – Leichtes obstruktives Schlaf-Hypopnoe-Syndrom, Diagnose Juli 2014 – Abortive Hypermotilität (Ellbogen, Kniegelenke) – Zystische Mastopathie – Zystenentfernungen 1974 und 2001 links – Status nach Zystopexie bei Blasensenkung – vermehrte Belastungs-Inkontinenz – Inkontinenz-Schlingen-Einlage November 2014 – Tendovaginitis stenans de Quervain links und Verdacht auf CTS rechts – Dyslipidämie – Arterielle Hypertonie Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsschlosserin 100 %, als gelernte Bürokräft (Diplom aus [...]) 25 % und als Pflegehelferin (SRK-Kurs) 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei aktuell sich verschlechternd. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen und ergänzende medizinische Abklärungen im Sinne einer Begutachtung notwendig. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch intermittierend bestehende entzündliche Veränderungen mit Arthritiden und Arthralgien von Seiten des systemischen Lupus erythematodes aus. Zudem bestünden degenerative Veränderungen und eine Adipositas, welche erhebliche Belastungen auch vor dem Hintergrund der generalisierten Dekonditionierung ungünstig erscheinen liessen. Eine mittelschwere oder sogar schwere Arbeit sei aufgrund dieser Situation sicherlich nicht zumutbar. Inwieweit die chronische Schmerzproblematik aus psychologischer / psychiatrischer Sicht überwindbar sei, könne nicht beurteilt werden. Die bisherige Tätigkeit im Sinne der Arbeit als Betriebsschlosserin und Pflegehelferin sei nicht mehr zumutbar. Als gelernte Bürokräft bestehe eine sicherlich verwertbare Arbeitsfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin für eine Büroarbeit zu 100 % arbeitsfähig. Dabei bestehe nur eine unwesentliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. Dies mit dem Weiterführen der immunsuppressiven Behandlung sowie Durchführung einer Psychotherapie sowie unterstützenden Massnahmen im Sinne eines Case-Managements, das die Beschwerdeführerin von der Case-Management-Stelle [...] erhalten sollte. Diese sei bisher involviert gewesen. Aus rheumatologischer Sicht

sollten mit der Basistherapie und den zentral schmerzmodulierenden Massnahmen sowie der psychotherapeutischen Begleitung einerseits die Arthritisschübe und die Müdigkeit positiv beeinflusst werden, ebenso sollten sich die Schmerzen durch die letztgenannten Tätigkeiten mindern. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten zumutbar. Dabei sollte es sich um eine leichte bis maximal mittelschwere Arbeit ausserhäuslich handeln. Die Haushaltführung sei für eine maximal mittelschwere Tätigkeit zumutbar, da die Arbeitsabläufe eingeteilt werden könnten. Bei den Tätigkeiten sollten das Hantieren von schweren Lasten sowie das Verharren in monotonen Körperpositionen vermieden werden. Dabei bestehe eine unwesentlich verminderte Leistungsfähigkeit. 5.23 Der die Beschwerdeführerin seit 4. Oktober 2013 behandelnde Dr. med. L. \_\_\_ hielt aufgrund der letzten Untersuchung vom 10. September 2014 im Arztbericht vom 26. April 2015 (IV-Nr. 61 S. 1 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Statisch muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung nach Brügger unter vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose – Osteochondrose C5/C6 mit Facettengelenksarthrose und rezidivierenden Schmerzsyndromen – Mehretagendiskopathie der LWS mit Facettenarthrose am stärksten L4/L5 und chronisch rezidivierendem LES-Syndrom – Impingement rechte Schulter durch Tendinosis calcarea – Impingement linke Schulter und Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne bei AC-Arthrose – Tendovaginitis stenosans de Quervain linke Hand und Verdacht auf CTS rechts – Impingement rechte Hüfte mit initialer Koxarthrose – Systemischer Lupus erythematosus (Herbst 2012) – Vitamin D3-Mangel – Fibromyalgie Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Zystische Mastopathie – Adipositas – Status nach Hysterektomie In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Seniorenbetreuerin sei die Beschwerdeführerin von 1. Oktober 2013 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit aufgrund einer bestehenden Schwäche und Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule sowie der oberen und unteren Extremitäten aus. Damit sei die bisherige Tätigkeit nicht mehr ausführbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Der Beschwerdeführerin seien keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Es bestehe eine umfassende Belastungsinsuffizienz des gesamten Bewegungsapparats. 5.24 Der die Beschwerdeführerin seit dem 23. Januar 2015 behandelnde Dr. med. AF. \_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Arztbericht vom 11. Mai 2015 (IV-Nr. 64) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest: Mittelgradige depressive Episode (ICD-10 F32.10), zumindest seit Januar 2015 Die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betreuerin seit dem 1. Januar 2015 zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Es bestehe eine vollumfängliche Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, wobei eine verminderte Leistungsfähigkeit von 100 % bestehe. Ein Versuch einer Wiedereingliederung in eine körperlich nicht belastende Tätigkeit wäre nach Stabilisierung der derzeit vorliegenden Symptomatik vorstellbar. Dies zu 2 - 4 Stunden täglich. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 30 - 50 % aufgrund der chronischen Schmerzen. 5.25 Dr. med. B. \_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2015 (IV-Nr. 67 S. 2 f.) die folgende versicherungsmedizinische Verlaufsbeurteilung fest: Aus den zitierten Berichten ergebe sich ein widersprüchliches Bild der Beschwerdeführerin und deren Arbeitsfähigkeit. Während der Bericht von Dr. med. J. \_\_\_ vom 21. April 2015 (vgl. E. II. 5.22 hiervor) ausführliche Befunde enthalte und seine Beurteilung nachvollziehbar begründet werde,

treffe dies auf den psychiatrischen Bericht von Dr. med. AF.\_\_\_\_ vom 11. Mai 2015 (vgl. E. II.

### **E. 5.22**

hiervor) wies er entzündliche Veränderungen mit Arthritiden und Arthralgien aus. Im Bericht vom 1. September 2014 (vgl. E. II. 5.17 hiervor) legte er zudem dar, es seien nochmals Anti-ds-DNA-Antikörper bestimmt worden. Diese seien nach wie vor, wie bereits November 2013, positiv. Diese Ausführungen können gestützt auf die am 14. November 2013 durchgeführte 2-Phasen-Ganzkörper-Skelettszintigrafie von Dr. med. R.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.5 hiervor) verifiziert werden. Daher kann den Ausführungen des rheumatologischen Gutachters gefolgt werden. In Bezug auf die durch Dr. med. J.\_\_\_\_ weiter ausgewiesenen Diagnosen sowohl eines Hohlrundrückens als auch – basierend auf den bildgebenden Untersuchungen vom 9. und 22. Oktober 2013 sowie vom 23. April 2014 (vgl. E. II. 5.2 f., 5.8 hiervor) – einer radiologischen Osteochondrose C5/C6 mit Fazettengelenksarthrose bzw. Diskusherniation ohne neurale Affektion (vgl. E. II. 5.1, 5.6, 5.9, 5.15, 5.17, 5.22 hiervor) ist davon auszugehen, dass der rheumatologischen Gutachter diese Diagnosen unter die Diagnose «Spondylose des Axialskeletts, am meisten LWS, aber auch BWS und HWS» subsumierte. Dazu führte er aus, die Beschwerdeführerin habe klar degenerative mechanische Axialskelettschmerzen, am meisten im BWS- und LWS-Bereich. Diese seien mit ausstrahlenden pseudoradikulären Schmerzen verbunden, ohne klinisch oder bildgebende Hinweise für neurologische Involvierungen (IV-Nr. 79.3 S. 5). Die von Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund der am 30. Mai 2014 durchgeführten MR des linken Schultergelenks (vgl. E. II.

### **E. 5.23**

hiervor). Mit diesen Diagnosestellungen ist die von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ ausgewiesene «Spondylodese des Axialskeletts, am meisten LWS, aber auch an BWS und HWS» vereinbar. Damit ergeben sich diesbezüglich keine widersprüchlichen Einschätzungen. Eingehend auf das durch Dr. med. L.\_\_\_\_ ebenfalls ausgewiesene Impingement der rechten Hüfte (vgl. E. II. 5.4, 5.12, 5.23 hiervor) wurde bei der gutachterlichen Untersuchung festgehalten (IV-Nr. 79.3 S. 4), beim Liegen sei an der Hüfte eine volle schmerzfreie Rotation möglich, in Flexion bestehe indes eine schmerzhafte Reduktion der Beweglichkeit wegen Rücken- und Gesässschmerzen. Es seien keine Leistenschmerzen vorhanden. Damit ergeben sich keine im Wesentlichen voneinander abweichenden ärztlichen Beurteilungen. Folglich gehen beide Ärzte von einer schmerzhafte eingeschränkten Beweglichkeit im Hüftgelenk aus. Damit vermögen die Berichte von Dr. med. L.\_\_\_\_ die beweismässigen gutachterlichen Ausführungen und Einschätzungen nicht zu vermindern. 6.5 Die vor dem Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 verfassten medizinischen Berichte vermögen dessen Beweiswert nicht zu schmälern. 6.6 Es ist somit nachfolgend zu prüfen, ob die nach dem bidisziplinären Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 verfassten medizinischen Berichte dessen Beweiswert allenfalls zu schmälern vermögen: 6.6.1 Eingehend auf den Arztbericht von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. AH.\_\_\_\_ vom 18. März 2016 (vgl. E. II. 5.29 hiervor) ist augenfällig, dass aus dem Bericht nicht eruiert werden kann, worauf sich die Ärztin bei der Beurteilung einer «rezidivierenden» depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), konkret stützte. So ist der Nachweis von mehreren depressiven Episoden nicht ersichtlich. Im Weiteren sind die durch Dr. med. AH.\_\_\_\_ sowohl am 7. September 2015 als auch am 14. März 2016 erhobenen Befunde weitgehend

deckungsgleich mit denjenigen Befunden, welche anlässlich des bidisziplinären Gutachtens durch Dr. med. E. \_\_\_ festgestellt wurden (IV-Nr. 79.4 S. 7). So wurde die Beschwerdeführerin von beiden Psychiatern u.a. als pünktlich bzw. überpünktlich, gepflegt, kooperativ, wach, bewusstseinsklar, orientiert, mit schwankenden Konzentrationsstörungen, wiederkehrende Ängste bzw. gelegentliches Gedankenkreisen beschrieben. Zudem wiesen beide Psychiater darauf hin, dass die Beschwerdeführerin öfters geweint habe, sie aber stimmungsmässig aufhellbar sei und keine Hinweise auf eine aktuelle Suizidalität bzw. Fremdgefährdung bestünden. Aufgrund dieser mit den im Gutachten des Begutachtungsinstituts F. \_\_\_ im Wesentlichen identischen psychopathologischen Befunden ist nicht nachvollziehbar, weshalb Dr. med. AH. \_\_\_ zum damaligen Zeitpunkt eine mittelgradige Episode der depressiven Störung auswies. Da die Beschwerdeführerin bei den am 7. September 2015 und 14. März 2016 durchgeführten Selbstbeurteilungsverfahren gemäss BDI 25 bzw. 21 Punkte erzielte, kann somit nicht ausgeschlossen werden, dass die Diagnosestellung von Dr. med. AH. \_\_\_ einzig auf diesen Resultaten basierte. Folglich kann der Einschätzung des RAD-Arztes Dr. med. B. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.31 hiervor) gefolgt werden, wonach es sich bei Dr. med. AH. \_\_\_ um die Beurteilung einer anderen Wahrnehmung des gleichen Zustandes handle. Weiter ging Dr. med. AH. \_\_\_ in ihrem Bericht vom 18. März 2016 davon aus, dass sich das depressive Syndrom insbesondere durch eine ambulante psychiatrische Behandlung verbessern lasse. Ihr Arztbericht vermag indes die schlüssigen Ausführungen und Herleitung der Diagnosen im Gutachten von Dr. med. E. \_\_\_ nicht zu mindern.

6.6.2 Der Bericht der Hausärztin Dr. med. I. \_\_\_ vom 4. April 2016 (vgl. E. II. 5.30 hiervor) ist äusserst knapp ausgefallen, so dass die festgestellten Diagnosen nicht nachvollzogen werden können. So setzte sie sich in ihrem Bericht auch nicht mit den diagnostischen Einschätzungen im Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ auseinander. So kann bspw. nicht nachvollzogen werden, weshalb die zuvor im Gutachten vom 15. Oktober 2015 (vgl. E. II. 5.27 hiervor) in überzeugender Weise widerlegte Diagnose eines SLE nun im Zeitpunkt des Arztberichts vom April 2016, und somit ungefähr sechs Monate später wieder vorhanden sein sollte. Es fehlt eine substantiierte Auseinandersetzung mit dem Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, weshalb auch die von Dr. med. I. \_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit in einer leichten Tätigkeit, z.B. im Büro, in einem Pensum von 60 - 80% nicht nachvollzogen werden kann. Da – wie dies auch der RAD-Arzt Dr. med. B. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2016 festhielt (vgl. E. II. 5.31 hiervor) – Dr. med. I. \_\_\_ keine neuen medizinischen Tatsachen vorbringt, ist nicht weiter auf ihren Bericht einzugehen. Es ist zudem der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung im Zweifelsfall eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 135 V 465 S. 470 E. 4.5, 125 V 351 E. 3a/cc S. 353 mit weiteren Hinweisen).

6.6.3 Dr. med. J. \_\_\_ hielt in seinem Bericht vom 8. November 2016 (vgl. E. II. 5.32 hiervor) im Wesentlichen die bereits in seinen zeitlich vorangehenden Berichten ausgewiesenen Diagnosen fest, wobei er nun nicht mehr zwischen Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit unterschied. Es kann daher auf die Ausführungen in E. II. 6.4.1 hiervor verwiesen werden. Dies gilt auch in Bezug auf die neu ausgewiesene psychiatrische Diagnosestellung einer «rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode». Da Dr. med. J. \_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Rheumatologie spezialisiert ist, kommt dieser psychiatrischen Diagnosestellung kaum Beweiswert zu. Neu wurde aufgrund einer laparoskopischen Cholezystektomie vom 13. September 2016, welche als gut verlaufend qualifiziert wurde, auch eine

Cholezystolithiasis festgestellt. Da in den weiteren Akten weder diesbezügliche Schwierigkeiten noch ein problematischer Verlauf dokumentiert werden, ist davon auszugehen, dass die Gallenblase problemlos entfernt werden konnte. Es ist daher nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, inwiefern sich dadurch der Gesundheitszustand wesentlich verändert haben sollte. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2017 fest (vgl. E. II. 5.33 hiervor), der Zustand nach Cholezystektomie begründe keine längere Arbeitsunfähigkeit. Daher vermag der Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_ die beweismässigen Ausführungen im Gutachten nicht in Frage zu stellen. 6.6.4 Im Konsultationsbericht vom 10. März 2017 (vgl. E. II. 5.34 hiervor) bestätigte Dr. med. L.\_\_\_\_ seine bereits in den vorgängigen medizinischen Akten festgestellte Diagnose eines statisch-muskulären Wirbelsäulensyndroms bei sternosymphysaler Belastungshaltung bei vermehrter BWS-Kyphose und LSW-Lordose und führte aus, dass neu ein fortgeleiteter Schmerz in den rechten Oberschenkel gegeben sei. Das daraufhin auf seine Empfehlung am 29. März 2017 durchgeführte bildgebende Verfahren im Rahmen einer MR der LWS (vgl. E. II. 5.35 hiervor) zeigte eine Bandscheibenprotrusion im Segment LWK 4/5 paramedian links, aber keine ersichtliche Tangierung der Nervenwurzel L5. Daher hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ im Bericht vom 21. April 2017 (vgl. E. II. 5.36 hiervor) zunächst fest, unter Belastung wäre eine Reizung der Wurzel L5 denkbar und könnte so die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären. Im Weiteren hielt er dafür, dass bei anhaltenden Problemen oder bei einer Verschlechterung eine Indikation zur PRT bestehe. Daraus kann geschlossen werden, dass aktuell im Zeitpunkt vom 21. April 2017 kein Anlass für weitere Interventionen diesbezüglich bestand. Im Bericht vom 1. Juli 2017 (vgl. E. II. 5.37 hiervor) wurde durch den behandelnden orthopädischen Chirurgen u.a. ein rezidivierendes L5 Syndrom bei Protrusion L4/5 links ausgewiesen. Da sich aus dem Bericht nicht eruieren lässt, ob sich diese Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit auswirkt und Dr. med. L.\_\_\_\_ einzig ausführte, die Behandlung habe vom 4. Oktober 2013 bis 21. April 2017 gedauert und es fänden aktuell monatliche Konsultationen statt, ist auch nicht von einer engmaschigen Therapie auszugehen. Die von Dr. med. L.\_\_\_\_ geschätzte Arbeitsfähigkeit von 50 % beruht ausserdem auf einer Vielzahl von Diagnosen, so dass nicht ersichtlich ist, welchen Einfluss diese im Einzelnen auf die attestierte Arbeitsfähigkeit haben. Jedenfalls geht Dr. med. L.\_\_\_\_ durch die im Bericht vom 1. Juli 2017 attestierte 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit im Vergleich zu seinen früher erstatteten Berichten von einer Verbesserung des Gesundheitszustandes aus. So hatte er noch im Bericht vom 4. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.23 hiervor) festgehalten, die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Seniorenbetreuerin zu 100 % arbeitsunfähig und es seien ihr auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. Somit vermögen die Berichte von Dr. med. L.\_\_\_\_ bzw. die neue gestellte Diagnose den Beweiswert des Gutachtens der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Es kommt hinzu, dass bereits im Rahmen rheumatologischen Teilgutachtens Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ festgehalten wurde, dass die Beschwerdeführerin u.a. diffuse muskuläre Schmerzen insbesondere in den Oberschenkeln und im Gesässbereich beschrieben habe (IV-Nr. 79.3 S. 3). Es kann daher nicht von einer wesentlich neuen gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgegangen werden. Auch der anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2018 eingereichte Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 16. Mai 2018 (vgl. E. II. 5.39 hiervor) vermag an den vorangegangenen Ausführungen nichts zu ändern. So bestätigte er in diesem ungefähr ein Jahr nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 7. März 2017 (vgl. E. II. 2 hiervor)

verfassten Konsultationsbericht, die bereits vorgängig in den Berichten vom 21. April 2017 und 1. Juli 2017 gestellte Diagnose eines «rezidivierenden depressiven L5 Syndroms bei Protrusion L4/5 links» (vgl. E. II. 5.36 f. hiervor). Eine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ist dem Bericht nicht zu entnehmen, so dass aus diesem keine Änderung des Gesundheitszustandes entnommen werden kann.

6.6.5 Eingehend auf den Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2017 (vgl. E. II. 5.38 hiervor) kann festgehalten werden, dass das ausgewiesene «mittelschwere obstruktive Schlafapnoesyndrom» einer Anpassung der nächtlichen CPAP-Therapie bedurfte, wobei bereits ein Termin vorgesehen sei. Folglich ist davon auszugehen, dass sich dieses Schlafapnoesyndrom therapeutisch beheben bzw. verbessern lässt. Der ausserdem angegebene «chronische Husten» beruhe zudem auf einer Grippe im Februar. Da Dr. med. N.\_\_\_\_ ausserdem explizit darauf hinwies, dass weder der inzwischen abgeklungene Husten noch das Schlafapnoesyndrom einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten, vermag dieser Bericht das beweismässige Gutachten nicht zu schmälern bzw. an dessen Schlussfolgerungen betreffend Arbeitsfähigkeit nichts zu ändern.

6.6.6 In Bezug auf das Schreiben von Dr. med. AM.\_\_\_\_ vom 16. August 2018 (vgl. E. II. 5.40 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieses mehr als ein Jahr nach dem hier massgebenden Zeitpunkt vom 7. März 2017 verfasst wurde (vgl. E. II. 2 hiervor) und einzig Angaben über die erfolgte bzw. aktuell stattfindende psychiatrische Behandlung der Beschwerdeführerin im AI.\_\_\_\_ enthält. Die diagnostizierte «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, ICD-10 F33.1» beruht nicht auf dargelegten Befunden und ist daher nicht nachvollziehbar. Ausserdem äusserte sich Dr. med. AM.\_\_\_\_ nicht zur Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin. Daher vermag dieses Schreiben den Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens vom 15. Oktober 2015 nicht zu schmälern.

6.7 Somit vermögen die nach dem Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ verfassten medizinischen Akten dessen Beweiswert nicht zu beeinträchtigen.

6.8 Es ist auf die gegen das Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ gerichteten Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen:

6.8.1 Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen (A.S. 10), dass das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ nicht voll beweismässig sei, da den Gutachtern das Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 nicht vorgelegen habe. Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. Es kann der Beschwerdeführerin zwar insofern beigeplichtet werden, als das Gutachten von Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 (vgl. E. II. 5.26 hiervor) der Beschwerdegegnerin erst nach dem Verfassen des bidisziplinären Gutachtens übermittelt wurde. So stellte die Beschwerdegegnerin dieses der Beschwerdeführerin mit E-Mail vom 8. Februar 2016 zu (IV-Nr. 86). Damit hat dieses Gutachten den Gutachtern des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ in der Tat nicht vorgelegen. Wie sich aus den Ausführungen unter E. II. 6.3.2 hiervor ergibt, wird der Beweiswert des Gutachtens des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ durch das Gutachten der C.\_\_\_\_ jedoch nicht geschmälert. Ausserdem setzte sich der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.31 hiervor) mit diesem Gutachten einlässlich auseinander. Es kann daher nicht – wie dies die Beschwerdeführerin formuliert (A.S. 10) – von «zwei sich widersprechenden Gutachten» ausgegangen werden. Diesbezüglich ist der Beschwerdeschrift auch nicht zu entnehmen, woraus sich diese Widersprüchlichkeit überhaupt ergeben soll. Eine Oberexpertise ist daher in diesem Zusammenhang nicht notwendig und von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes gemäss Art. 43 Abs. 1 ATSG ist ebenfalls nicht auszugehen.

6.8.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich im Weiteren auf den Standpunkt, es wäre eine polydisziplinäre Begutachtung nötig gewesen (A.S. 11). So seien internistische Bezüge wie der Vitamin D3-Mangel und die Adipositas per magna

vorhanden und es wären aufgrund des Lupus erythematoses und damit einhergehenden Kollagenosen serologische Abklärungen vorzunehmen gewesen. Diesbezüglich kann zunächst festgehalten werden, dass die Beschwerdeführerin mit Mitteilung vom 29. Mai 2015 (IV-Nr. 68) darauf hingewiesen wurde, dass eine umfassende medizinische Abklärung, voraussichtlich in den Fachdisziplinen Rheumatologie und Psychiatrie, notwendig sei. Die Beschwerdeführerin wurde zudem darauf aufmerksam gemacht, dass ohne begründeten Gegenbericht eine Begutachtungsstelle mit der Untersuchung beauftragt werde. Somit war die Beschwerdeführerin mit dem Zugang dieser Mitteilung darüber informiert, dass kein polydisziplinäres Gutachten durchgeführt wird. Dagegen liess sie in der Folge indes keine Einwände erheben. Jedenfalls sind solche in den vorliegenden Akten nicht dokumentiert. Die Beschwerdeführerin hätte aber Gelegenheit gehabt, sich gegen die vorgeschlagene bidisziplinäre Begutachtung zur Wehr zu setzen. Davon machte sie indes keinen Gebrauch. Die weiteren Vorbringen in diesem Zusammenhang laufen ins Leere: So ist nicht ersichtlich, inwiefern der in den medizinischen Akten ausgewiesene Vitamin D3-Mangel nicht substituiert bzw. behandelt werden könnte. Es ist auch davon auszugehen, dass die Gutachter aufgrund der umfassenden Anamnese von diesem Mangel Kenntnis hatten. Zudem mass bereits der behandelnde Rheumatologe Dr. med. J. \_\_\_ der Diagnose eines Vitamin D3-Mangels im Arztbericht vom 21. April 2015 (vgl. E. II. 5.22 hiervor) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit bei. Dies gilt im Allgemeinen auch für die ebenfalls ausgewiesene Adipositas per magna. Jedenfalls ist den vorliegenden medizinischen Akten nicht zu entnehmen, dass sich die entsprechenden gesundheitlichen Beeinträchtigungen wesentlich auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkten. Es ist im Weiteren auch nicht ersichtlich, inwiefern die Gesundheitsbeeinträchtigung der Adipositas per magna anhand eines internistischen Gutachtens abgeklärt werden sollte. So ist in den vorliegenden medizinischen Akten der Verlauf der Adipositas durch Angabe des jeweiligen BMI seit 2014 hinreichend dokumentiert: Im März 2014 betrug der BMI 33,6 kg/m<sup>2</sup>; im Mai 2014 35,9 kg/m<sup>2</sup>; im April 2015 36,61 kg/m<sup>2</sup>; im Mai 2016 37,54 kg/m<sup>2</sup>; (vgl. E. II. 5.6, 5.9, 5.22, 5.32 hiervor). Aufgrund der im Gutachten des Begutachtungsinstituts F. \_\_\_ erhobenen Anamnese kann davon ausgegangen werden, dass den Gutachtern diese Werte vorgelegen haben. Das von der Beschwerdeführerin vorgebrachte Argument, wonach gemäss der vorliegenden Aktenlage von einem Lupus erythematoses auszugehen sei, der gemäss Gutachten der C. \_\_\_ serologisch gestellt werden könne (A.S. 11), ist zum einen auf die Ausführungen unter E. II. 6.4.1 hiervor hinzuweisen, wonach gemäss dem Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ die Diagnose eines SLE gerade nicht gestellt werden könne. Zum anderen kann festgehalten werden, dass im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 15. Oktober 2015 eine Laboruntersuchung durchgeführt wurde und Prof. Dr. med. D. \_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten auch diese Ergebnisse miteinbezog. Es ist deshalb nicht einzusehen, inwiefern diesbezüglich weitere gutachterliche Abklärungen nötig gewesen wären. 6.8.3 Die Beschwerdeführerin bringt weiter vor (A.S. 11), der Gutachter der C. \_\_\_ habe denn auch gerügt, es sei keine MRT Serie des Schädels angefertigt worden, weshalb die zu vermutenden Komplikationen des Zentralen Nervensystems nicht abschliessend beurteilt werden könnten. Dazu kann festgehalten werden, dass Prof. Dr. med. H. \_\_\_ in seinem Gutachten explizit festhielt, es sei bisher gemäss der Beschwerdeführerin keine cMRT Serie angefertigt worden. Dabei handelt es sich um eine Feststellung, die nicht mit einer Empfehlung zur Durchführung einer solchen Untersuchung verbunden war. Da sich zudem weder in den medizinischen Vorakten noch in den Beschwerdeschilderungen der

Beschwerdeführerin im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens Anhaltspunkte betreffend Schädigungen des Zentralnervensystems finden, ist nicht zu beanstanden, dass in dieser Hinsicht keine Abklärungen vorgenommen wurden. Daran vermögen auch die Hinweise der Beschwerdeführerin betreffend die Feststellung des Gutachters der C.\_\_\_\_ betreffend das Intelligenzniveau im unteren Normbereich sowie die durch das AO.\_\_\_\_ gestellte Diagnose von zervikogenen Kopfschmerzen (IV-Nr. 88) nichts zu ändern. 6.8.4 Aus dem Vorbringen, wonach das Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ auf Untersuchungen vom 7. und 8. August 2015 beruhe und daher bezogen auf den hier zu beurteilenden Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 7. März 2017 bereits 17 Monate alt war (A.S. 18), vermag die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. So sind vorliegend keine Hinweise ersichtlich, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Gutachten vom 15. Oktober 2015 in anspruchrelevanter Weise verändert hat (vgl. E. II).

#### **E. 5.24**

hiervor) nicht zu. Dr. med. L.\_\_\_\_s Bericht vom 26. April 2015 (vgl. E. II. 5.23 hiervor) sei nicht aktuell und entspreche seiner bereits bekannten Stellungnahme mit nicht nachvollziehbarer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Entsprechend der Empfehlung von Dr. med. J.\_\_\_\_ und aufgrund der neu gestellten möglichen Diagnose einer Depression müsse die Beschwerdeführerin nun bidisziplinär rheumatologisch und psychiatrisch begutachtet werden. 5.26 Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Facharzt für Neurologie, hielt in seinem nervenärztlichen und sozialmedizinischen Gutachten vom 13. August 2015 (IV-Nr. 86 S. 3 ff.) zuhanden der C.\_\_\_\_ welches der Beschwerdegegnerin am 8. Februar 2016 zugestellt wurde (vgl. IV-Nr. 86 S. 1), folgende Diagnosen fest (S. 20): – Dringender Verdacht auf systemischen Lupus erythematoses (ICD-10 M32) – DD: Undifferenzierte Konnektivitis / Kollagenose (ICD-10 M35.9) – Erschöpfungssyndrom / Fatigue-Syndrom / depressive Störung (ICD-10 F43.2 / G93.3) – Verdacht auf kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, emotional instabilen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61) – Adipositas per magna (ICD-10 E66.99) – Verdacht auf Polyneuropathie-Syndrom (im Rahmen der Kollagenose?) (ICD-10 G62.9) – Intelligenz im unteren Normbereich Zusammenfassung und Beurteilung (S. 20 ff.): Die Beschwerdeführerin beklage eine Kombination aus polytoper Schmerz- und Erschöpfungsbzw. depressiver Symptomatik. Seit 2013 hätten sich diese Beschwerden zugespitzt: Die Beschwerdeführerin beschreibe Schmerzen im Bereich der gesamten Wirbelsäule, der Hüftgelenke, der Hände und Füße – «eigentlich überall». Internistischerseits sei im Jahr 2013 der dringende Verdacht auf das Vorliegen eines Lupus erythematoses gestellt worden (diese Diagnose werde letztlich serologisch gestellt, die Befundkonstellation sei, soweit diesbezüglich Informationen vorgelegen hätten, nicht eindeutig, weise aber durchaus in diese Richtung). Die Beschwerdeführerin werde deswegen auch medikamentös behandelt. Sie befinde sich in fachrheumatologischer Behandlung, sollte auch weiterhin in engmaschiger Behandlung verbleiben. Sie werde dagegen nicht von nervenärztlicher Seite behandelt, eine Psychotherapie habe sie nach wenigen Sitzungen abgebrochen, da sie diese Versuche als wenig aussichtsreich beurteilt habe. Psychopathologisch schildere die Beschwerdeführerin eine Kombination aus depressiver und Erschöpfungssymptomatik. Ein Erschöpfungssyndrom bzw. Fatigue-Syndrom komme durchaus gehäuft im Rahmen einer Kollagenose wie eines Lupus erythematoses vor, auch ZNS Komplikationen könnten auftreten. Bisher sei, so die Beschwerdeführerin, keine cMRT Serie angefertigt worden. Auch cerebrale Komplikationen seien im Rahmen einer Kollagenose / eines Lupus

erythematodes durchaus zu befürchten. Die Beschwerdeführerin beschreibe ein Störungsbild mit Herabgestimmtheit, Antriebsminderung und partieller Anhedonie. Neben diesen Kardinalsymptomen schildere sie Durchschlafstörungen, eine negative Zukunftsperspektive, eine reduzierte Selbstwertzuschreibung, Gedanken von Lebensüberdruß, Konzentrationsstörungen, fraglich auch Merkfähigkeitsstörungen. Die Symptomatik überlagere sich mit dem Erschöpfungssyndrom. Übergänge zum sog. Fibromyalgie-Syndrom lägen nahe, liessen sich beim gegenwärtigen Stand medizinischen Wissens aber nicht absichern. Möglicherweise habe die rigide Ordnung des real existierenden sozialistischen Systems der ehemaligen DDR für die Beschwerdeführerin auch Stabilität und Sicherheit bedeutet, eine Unterstützung, die nach dem Zusammenbruch dieses Systems 1989 weggefallen sei. Die Biografie der Beschwerdeführerin sei seither von Ungerichtetheit, Instabilität, ja Chaos gekennzeichnet. In den letzten zwei Jahren sei die Situation zunehmend dekompenziert. Es sei ursächlich in der Kombination aus komplexer Persönlichkeitsstörung, depressiver Entwicklung, Erschöpfungssyndrom zu suchen. Die Beschwerdeführerin benötige wahrscheinlich eher soziotherapeutische / sozialpädagogische Hilfe denn psychotherapeutische Unterstützung. Auch ihr Tagesablauf habe an Struktur verloren, die Aufrechterhaltung ihres Haushalts gelinge ihr nur noch schwer. Bezüglich des qualitativen Leistungsvermögens wurde folgendes festgehalten: Möglich seien noch körperlich leicht belastende Tätigkeiten unter Ausschluss von Arbeiten in Nacht- bzw. Wechselschichtrythmus und unter Zeitdruck. Hintergrund für diese Einschätzung bilde das oben kurz skizzierte komplexe Störungsbild. Zum quantitativen Leistungsvermögen wurde ausgeführt, die Beschwerdeführerin sei kaum noch in der Lage, ihren Haushalt und ihren Alltag zu bewältigen. Dass vor diesem Hintergrund eine regelmässige Erwerbstätigkeit dauerhaft durchführbar wäre, sei wenig wahrscheinlich und wenig plausibel. Die letzten Arbeitsversuche der Beschwerdeführerin lägen Jahre zurück und seien jeweils kurzfristig gescheitert. Zur Zweckmässigkeit einer stationären Rehabilitationsmassnahme wurde festgehalten, dass sich durch die Behandlung in einer psychosomatisch / psychotherapeutisch ausgerichteten Rehabilitationsklinik wesentliche Verbesserungen des Zustandsbildes der Beschwerdeführerin erreichen liessen, müsse eher skeptisch gesehen werden. Kollagenosen hätten die Tendenz, im Verlauf weitere Beschwerden mit sich zu ziehen. Im Fall der Beschwerdeführerin sei also durchaus mit weiteren Einschränkungen, Komplikationen zu rechnen. Eine Reevaluation des Beschwerdebildes in zwei Jahren solle deswegen an dieser Stelle angeregt werden (S. 23 f.).

5.27 Im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens vom 15. Oktober 2015 (IV-Nrn. 79.1 - 79.4) hielten Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Chefarzt i.R., Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, G.\_\_\_\_, Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_, folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest:

1. Spondylose des Axialskeletts, am meisten LWS (ICD-10 M47.817), aber auch an BWS (ICD-10 M47.814) und HWS (ICD-10 M47.812)
2. Tendinitis calcarea der linken Schulter Infraspinatus mit leichtgradiger AC-Gelenkarthrose
3. Verdacht auf atypische und undifferenzierte Kollagenosen

Folgende Diagnosen seien ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Achse I (klinische Störungen) – Leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F32.01), Beginn im Mai / Juni 2013 in Form einer mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1), mittlerweile weitgehend rekompensiert, klinisch noch wirksam als leichte depressive Episode
2. Achse II (deskriptive Strukturdiagnose) – Akzentuierte Persönlichkeitszüge mit Selbstwertproblematik (ICD-10 Z73)
3. Achse III (medizinische Krankheitsfaktoren) –

siehe somatische Diagnosen im rheumatologischen Teilgutachten Prof. Dr. med. D. \_\_\_ 4. Achse IV (psychosoziale und umgebungsbedingte Belastungen) – Bei der Beschwerdeführerin bestünden berufliche Probleme (nach der Kündigung durch den Arbeitgeber auf Oktober 2013 sei sie arbeitslos, die berufliche Perspektive sei noch nicht geklärt); des Weiteren bestünden in diesem Kontext Probleme mit dem sozialen Umfeld, wirtschaftliche Probleme und, länger zurückliegend, Probleme mit der Hauptbezugsgruppe (ihrer Familie, Kontaktabbruch mit dem Ex-Ehemann und den beiden Kindern). 5. Achse V (globale Erfassung des Funktionsniveaus GAF) – Der Score für GAF (= Global Assessment of Functioning) liege bei 61 - 70, was bedeute: es bestünden einige, krankheitsbedingte, leichtere Symptome (eine depressive Stimmungslage, die Schlafstörungen usw.), welche die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit jedoch nur minim beeinträchtigten, diese Funktionen seien ansonsten im Allgemeinen verfügbar und relativ gut abrufbar, zudem handle es sich hier um ein kurativ angehbares Leiden (die laufende Behandlung könne dementsprechend noch verbessert werden). 6. Bilaterale patellofemorale beginnende Arthrose 7. Beginnende Arthrose am rechten Handgelenk Weitere siehe PA Als Pflegerin oder Betriebsschlosserin sei die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsunfähig für schweres Heben oder längeres Stehen und Drehen. Dies wegen mechanischen Rückenbeschwerden und der Schulter-Tendinitis. Zum «Beginn der Arbeitsunfähigkeit» wurde festgehalten, dass schon am 11. April 2014 ein ablehnender Vorbescheid ergangen sei. Es seien mit Einwand der Beschwerdeführerin vom 7. Mai 2014 weitere medizinische Abklärungen und die Rentenprüfung verlangt worden. Gemäss RAD-Bericht vom 2. Oktober 2014 (vgl. E. II. 5.18 hiervor) wäre die angestammte Tätigkeit als Pflegerin seit November 2013 nicht mehr zumutbar, eine Verweistätigkeit sei jedoch zumutbar. Dieser Einschätzung werde vollumfänglich zugestimmt. In einer angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin 100 % arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, insbesondere wenn die Arbeitsabläufe eingeteilt werden könnten und das Verharren in monotonen Körperpositionen vermieden werden könne (S. 6). Aus rheumatologischer Sicht wurde betreffend die medizinischen Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit festgehalten, dass die erhöhten Akutphasen (Blutsenkung, CRP, C3 und C4) in diesem Fall etwas unerklärt blieben. Die grenzwertigen Autoantikörper gegen ANA und dsDNA seien auch nicht diagnostisch. Eine Wiederholung der Serumelektrophorese, die am 19. November 2013 gemacht worden sei, werde empfohlen, zusammen mit einer Urin-Eiweisselektrophorese und quantitativer IgG- (inkl. IgG 4), IgM- und IgA-Messung. Eine CT des Thorax und Abdomens sei wegen der unklaren Axialskelettschmerzen-Komponente auch empfohlen, um eine retroperitoneale Fibrosis (Morbus Ormond) oder andere entzündliche Prozesse auszuschliessen. Diese seien unwahrscheinlich, aber nicht vollständig ausgeschlossen. Die Beschwerdeführerin sei seit Anfang des Jahres 2014 in einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Ausser den dort durchgeführten psychotherapeutisch stützenden Gesprächen sei eine milde antidepressive Pharmakotherapie mit einem pflanzlichen Arzneimittel für depressive Verstimmungszustände (ein Johanniskraut-Extrakt) gestartet worden, wobei jedoch genauere Dosisangaben für das verordnete Solevita forte fehlten (entsprechende Studien mit solchen Präparaten verwiesen darauf, dass diese bei leichten und mittelschweren depressiven Episoden nur dann eine Wirkung zeigen könnten, wenn ausreichend, d.h. mit mindestens 800 mg / Tag dosiert werde, was also als Mindestkriterium zu fordern sei). Mittlerweile sei es, jedenfalls nach dem Bericht der Beschwerdeführerin, zu Unstimmigkeiten in dieser psychiatrischen Fachbehandlung gekommen, es werde aktuell

ein neuer Fachbetreuer gesucht, wozu zu raten sei, ebenso zu einer Verbesserung bzw. Überwachung der laufenden Therapie (ausreichende Dosierung und regelhafte Einnahme). Massnahmen dieser Art seien dann ausreichend und geeignet, den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin, auch bei den Belastungen durch die berufliche Wiedereingliederung, die prinzipiell möglich sei und sofort begonnen werden könne, zu begleiten und zu stützen. Darüber hinaus könne die Beschwerdeführerin durch eine Berufsberatung seitens der AG. \_\_\_ und / oder der zuständigen IV-Stelle einen Benefit haben, wobei, jedenfalls aus psychiatrischer Sicht, dieses Prozedere von der Beschwerdeführerin auch alleine in Eigenregie eingeleitet und durchgeführt werden könne. Wenn diese Kautelen beachtet und das angesprochene Prozedere konsequent und alsbald umgesetzt werde, seien sowohl die medizinische wie auch die damit zusammenhängende Erwerbs- und Sozialprognose aus psychiatrischer Sicht als gut einzuschätzen. Diese Vorgehensweise sei mit einem äusserst geringen Nebenwirkungsspektrum behaftet und somit der Beschwerdeführerin zumutbar. Auch seien die üblichen, für eine Behandlung zu fordernden WZW-Kriterien (Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit) erfüllt; gegebenenfalls spreche ausserdem nichts dagegen, für die Beschwerdeführerin eine Schadenminderungspflicht SMP zu formulieren, da eine versicherte Person ja alles ihr zumutbare zu unternehmen habe, um ihren Gesundheitszustand zu verbessern bzw. wie im Falle der Beschwerdeführerin, wenn die Arbeitsfähigkeit von 100 % schon wieder erreicht sei, dieses Niveau auch künftig dauerhaft zu erhalten (S. 6 f.). 5.28 Dr. med. B. \_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2015 (IV-Nr. 83 S. 2 f.) betreffend das bidisziplinäre rheumatologische und psychiatrische Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ vom 15. Oktober 2015 (vgl. E. II. 5.27 hiervor) Folgendes fest: Das Gutachten sei insgesamt schlüssig, ausführlich, klar begründend und demzufolge nachvollziehbar. Die sehr ausführliche Diagnoseliste könne dem Gutachten (S. 4) entnommen werden. Zu beachten sei, dass die zuvor gestellte Diagnose eines Lupus erythematodes nicht gesichert sei und stattdessen die Verdachtsdiagnose einer atypischen, undifferenzierten Kollagenose gestellt werde. Auch die früher gestellte Diagnose der Fibromyalgie werde widerlegt. Ferner könne keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Gemäss der neuen Rechtsprechung würden die Standartindikatoren (S. 7) zusammenfassend abgehandelt. Die Arbeitsfähigkeit werde analog der RAD-Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 (vgl. E. II. 5.18 hiervor) beurteilt: 0 % in der angestammten Tätigkeit ab November 2013, dies besonders wegen der arbeitseinschränkenden Spondylose der Wirbelsäule, dem Verdacht auf Kollagenose und der Schulterproblematik links. Eine leichte bis mittelschwere angepasste Tätigkeit ohne Verharren in monotonen Körperpositionen sei zu 100 % zumutbar. Dies gelte durchgehend mit Unterbrüchen von beschränkter Dauer, da sich eine längere Arbeitsunfähigkeit im Verlauf nicht begründen lasse (s. S. 5). Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit sei im Gutachten nachvollziehbar und schlüssig aufgeführt. Es sei eine wesentliche Veränderung des Gesundheitszustands (Verbesserung / Verschlechterung) mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten, entsprechend den bereits in der Stellungnahme vom 2. Oktober 2014 gemachten Feststellungen. In einer dem Leiden angepassten Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit durchgehend 100 %. In Bezug auf die Frage, ob Försterkriterien ausgewiesen würden, hielt Dr. med. B. \_\_\_ fest, diese würden nicht mehr angewandt. Berufliche Massnahmen könnten erfolgversprechend durchgeführt werden, sie seien von den Gutachtern auch dringend empfohlen worden. Der aktuelle Gesundheitszustand werde sich kaum mehr sehr verändern. 5.29 Die die Beschwerdeführerin seit 7. September 2015 behandelnde Dr. med. AH. \_\_\_, Fachärztin

FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, AI.\_\_\_\_, wies im Arztbericht vom 18. März 2016 (IV-Nr. 89) folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus: Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10 F33.1), gemäss Beschwerdeführerin seit circa Anfang 2015 Die Beschwerdeführerin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Seniorenbetreuerin von 7. September 2015 bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Ihr Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Durch medizinische Massnahmen könne ihr Gesundheitszustand verbessert werden. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch Einschränkungen im Rahmen des depressiven Syndroms aus: verminderte Aufmerksamkeit und Konzentration, reduzierte Ausdauer / Belastbarkeit in Kombination mit erhöhter Ermüdbarkeit. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdegegnerin noch zumutbar. Bei einer Verbesserung des depressiven Syndroms könne mit einer schrittweisen Steigerung der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Wann dies genau der Fall sein werde, könne zum jetzigen Zeitpunkt nicht beantwortet werden. Inwieweit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der somatischen Vorerkrankungen gegeben sei, könne durch die Unterzeichnende nicht beurteilt werden. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Sinne einer verminderten Aufmerksamkeit und Konzentration, reduzierter Ausdauer / Belastbarkeit in Kombination mit erhöhter Ermüdbarkeit. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne verbessert werden. So könne es durch eine integrierte ambulante psychiatrische Behandlung zu einer Verbesserung des depressiven Syndroms kommen, was wiederum eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit mit sich bringe. Die genannten Defizite seien globale Einschränkungen und beeinflussten damit alle relevanten Arbeitsaktivitäten. 5.30 Im Arztbericht vom 4. April 2016 (IV-Nr. 91) hielt Dr. med. I.\_\_\_\_ folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Lupus erythematodes – Haltungsinsuffizienz Folgende Diagnosen hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – arterieller Hypertonus und Dyslipidämie Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. In der bisherigen Tätigkeit als Betreuerin würden sich die gesundheitlichen Störungen durch Antriebslosigkeit, Schmerzen, Traurigkeit und Überforderung auswirken. Die Beschwerdeführerin könne leichte Arbeiten, z.B. Büro, zu 60 - 80 % machen. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit, da die Beschwerdeführerin mehr Pausen benötige. Eine berufliche Integration über die Beschwerdegegnerin wäre sinnvoll. Es wären der Beschwerdeführerin andere Tätigkeiten zu 60 - 80 % zumutbar, z.B. Büroarbeiten. Unter «Vorschläge, weitere Fragen» wurde festgehalten: schwierige soziale Situation, kein soziales Netz, wenig Motivation, depressiv, traurig, hilflos, passiv, ängstlich, überfordert. 5.31 Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2016 (IV-Nr. 95) bezüglich des Gutachtens von Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 (vgl. E. II. 5.26 hiervor) fest, dessen Fachrichtung sei auf der Titelseite des Gutachtens nicht lesbar. Da es sich um ein Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke handle, könne es sich bei ihm um einen Psychiater handeln. Doch werde das Gutachten als nervenärztlich und sozialmedizinisch bezeichnet, also sei er vielleicht auch Neurologe. Als psychiatrische Diagnose stelle er den Verdacht auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung, ohne diese zu begründen. Ferner vermische er ein Fatigue-Syndrom, Erschöpfungssyndrom und eine depressive Störung. Zudem stelle er rheumatologische Diagnosen und äussere den Verdacht auf eine Polyneuropathie. Aus den Beurteilungen auf S. 23 sei zu schliessen, dass der Gutachter die Beschwerdeführerin eigentlich nicht mehr für arbeitsfähig halte. Das

Gutachten sei nicht nachvollziehbar, da vage oder nicht bzw. schlecht begründend. Es vermöge die ausführlichen Erhebungen, Diskussionen und Begründungen im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. Zum psychiatrischen Bericht von Dr. med. AH.\_\_\_\_ des AI.\_\_\_\_ vom 18. März 2016 (vgl. E. II. 5.29 hiervor) wurde festgehalten, dass durch den Gutachter der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ eine leichte depressive Episode mit somatischem Syndrom diagnostiziert worden sei und Dr. med. AH.\_\_\_\_ die Diagnose einer rezidivierenden depressiven Störung mit aktuell mittelgradiger Episode stelle. Die am 7. September 2015 und 14. März 2016 erhobenen psychopathologischen Befunde seien jedoch nicht mit einer mittelgradigen depressiven Episode vereinbar. Sie deckten sich weitgehend mit den Befunden des psychiatrischen Gutachters (S. 8), wobei dessen Befunderhebung weitaus gründlicher erfolgt sei. Unverständlich sei, wie Dr. med. AH.\_\_\_\_ aufgrund der genannten Symptome zur Einschätzung einer gänzlichen Arbeitsunfähigkeit gelangte. Insgesamt müsse man annehmen, dass ihre Beurteilung einer anderen Wahrnehmung des gleichen Zustands (Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ und Erstbeurteilung Dr. med. AH.\_\_\_\_ im gleichen Zeitraum erfolgt) entspreche. Sie könne jedoch die Beurteilung des Gutachters der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ nicht in Frage stellen. Betreffend den Kurzbericht der Hausärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 4. April 2016 (vgl. E. II. 5.30 hiervor) sei aus den Angaben insbesondere ein psychosoziales Fehlverhalten erkennbar. Die Hausärztin halte die Beschwerdeführerin für leichte Arbeiten zu 60 - 80 % arbeitsfähig. Es würden keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht, welche berücksichtigt werden müssten. Es könne an der RAD-Beurteilung vom 4. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.28 hiervor) festgehalten werden. 5.32 Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt aufgrund der ambulanten Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 26. Oktober 2016 im Bericht vom 8. November 2016 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 104 S. 2 ff.): – Systemischer Lupus erythematodes – DD: undifferenzierte Konnektivitis – Krankheitsbeginn Herbst 2012 mit entzündlichen Arthralgien – ANA-Positivität niedrigtitrig, Anti-dsDNA-Positivität (November 2013, Mai 2014), Rheumafaktor und Anti-CCP-Negativität – Handgelenksarthritiden rechtsbetont – humorale Entzündungsaktivität August 2013 und seit November 2013 – Glukokortikoid-Therapie mit deutlicher Beschwerdelinderung – Plaquenil-Therapie Februar 2014 - September 2014 (keine Hinweise für toxische Makulopathie Dezember 2014 und Januar 2016), seit Mai 2016 – April 2016 und Mai 2016 persistierende humorale Entzündungsaktivität – aktuell: weiterhin leichte humorale Entzündungsaktivität, kein nephritisches Urnsediment, Myalgien und Arthralgien wahrscheinlich im Rahmen der Diagnose 2 – Fibromyalgie (chronic central pain syndrome) – Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode – Adipositas Grad III (BMI 37,54 kg/m<sup>2</sup> Mai 2016) – Impingement Schulter links bei Tendinitis calcarea – MRI Schulter links Mai 2014: Tendinitis calcarea Ansatz Infraspinatussehne, Akromion Typ II nach Bigliani mit geringer AC-Gelenksarthrose, Einriss Labrumbasis anterior / superior – konservative Therapie – aktuell: keine Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion oder Impingement bei periarthropathischen Beschwerden Schulter links – Cholezystolithiasis – laparoskopische Cholezystektomie 13. September 2016 – August 2016 Koronarangiographie ohne relevante Pathologie – RF: familiär, arterielle Hypertonie, Dyslipidämie (AGLA Risk Score 8,6 %), Adipositas – MRI HWS April 2014 ([...]): Chondrose C5/6 mit Diskusherniation ohne neurale Affektion – Vitamin D3-Mangel November 2013 und Mai 2014 – Leichtes obstruktives Schlaf-Hypopnoe-Syndrom, Diagnose Juli 2014 – Hohlrundrücken – MRI LWS Oktober 2013: leichte Diskopathie L3-S1, Fazettenarthrosen L2-S1, Verdacht auf Spondylolyse L5

rechts, keine Listhesis, keine Spinalstenose – Abortive Hypermotilität (Ellbogen, Kniegelenke) – Zystische Mastopathie – Zystenentfernungen 1974 und 2001 links – Status nach Zystopexie bei Blasensenkung – vermehrte Belastungsinkontinenz – Inkontinenzschlingen-Einlage November 2014 – Tendovaginitis stenosans de Quervain links und Verdacht auf CTS rechts Beurteilung: Nach wie vor klagt die Beschwerdeführerin über vielfältige Beschwerden, so über Ganzkörperschmerzen, insbesondere vom 23. zum 24. Oktober 2016 ohne Fieber bei oftmals auftretenden Kopf- und Rückenschmerzen sowie Kältegefühl und Schwitzen im Wechsel, bei gut verlaufener Cholezystektomie im September 2016. Die Laboruntersuchung am 18. Oktober 2016 habe eine leichte humorale Entzündungsaktivität gezeigt, die auch im Rahmen des systemischen Lupus erythematodes gesehen werden könne, aber auch im Rahmen der Adipositas. An einen Zusammenhang mit einer noch residuellen Entzündung im Bereich des Operationssitus denke Dr. med. J.\_\_\_\_ nicht, da sich der Entzündungswert im Bereich der früheren Entzündungen halte und die Beschwerdeführerin abdominal nicht über Beschwerden klagt. Angesichts der Entzündung wäre eine Basistherapie mit z.B. Methotrexat möglich und sinnvoll. Für eine Belimumab-Medikation qualifiziere sich die Beschwerdeführerin nicht. Dabei stelle sich die von Dr. med. I.\_\_\_\_, insbesondere auch mit dem Mail vom 23. September 2016 (?), gestellte Frage nach der Compliance hinsichtlich der Antimalarikum-Einnahme. Die Beschwerdeführerin habe Dr. med. J.\_\_\_\_ im Verlaufe der Jahre wiederholt um Rezeptausstellungen gebeten. Er habe diese aber nicht immer kopiert, so dass er über die Gesamtmenge der allenfalls bezogenen Antimalarikum-Medikamente nicht Auskunft geben könne. Die Fibromyalgie sei jedoch im Vordergrund. Die Beschwerdeführerin habe sowohl Surmontil wie offensichtlich auch Saroten sistiert und auch Duloxetin nicht eingenommen, da sie über Diarrhö geklagt habe.

5.33 Dr. med. B.\_\_\_\_, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Januar 2017 (IV-Nr. 106) zum Bericht der Rheumatologie des K.\_\_\_\_ vom 8. November 2016 (vgl. E. II. 5.32 hiervor) fest, es würden bis auf den Zustand nach Cholecystektomie, was keine längere Arbeitsunfähigkeit begründe, keine neuen medizinischen Tatsachen geltend gemacht. Hervorzuheben sei, dass Dr. med. J.\_\_\_\_ das Hauptproblem der Schmerzsymptomatik in der Fibromyalgie sehe. Diese sei im Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ verneint und die allgemeinen Bewegungsapparatschmerzen durch Weichteil- und beginnende Arthrosesymptome erklärt worden, für die Fibromyalgie fehlten einige Kriterien. Doch ungeachtet leicht unterschiedlicher diagnostischer Interpretationen sei versicherungsmedizinisch entscheidend, dass sich am klinischen Zustand nichts geändert habe. Es könne an der RAD-Beurteilung vom 4. Dezember 2015 bzw. 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.29 und 5.31 hiervor) festgehalten werden.

5.34 Im Konsultationsbericht vom 10. März 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 4) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ folgende Diagnosen fest: «Statisch-Muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung bei vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose». Es bestehe eine Kombination aus einer sternosymphysalen Belastungshaltung nach Brügger mit Schmerzen der gesamten Wirbelsäule und Verspannungen der Schulter-Nackermuskulatur und Verschleisserscheinungen der LWS bei Spondylose und Spondylarthrose besonders L4/L5. Neu fortgeleiteter Schmerz in den rechten Oberschenkel. Zum Ausschluss einer Wurzelkompression Überweisung zum MRI der LWS mit anschliessender Wiedervorstellung zur Besprechung der Befunde und des weiteren Vorgehens.

5.35 Aufgrund der am 29. März 2017 durchgeführten MR der Lendenwirbelsäule hielt Dr. med. AJ.\_\_\_\_, FMH Radiologie, AK.\_\_\_\_, im Bericht vom 29. März 2017 (Beschwerdebeilage

Nr. 5) folgende Beurteilung fest: Hyperlordose der LWS mit neu Bandscheibenprotrusion im Segment LWK 4/5 paramedian links ohne allerdings ersichtliche Tangierung der Nervenwurzel L5 am rezessalen Abgang in Rückenlage. Progression der Bandscheibenprotrusion in stehender Position? Versuch einer PRT? Im Segment LWK 4/5 betonte Facettengelenksarthrose. 5.36 Im Konsultationsbericht vom 21. April 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 8) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ folgende Diagnose fest: Statisch-Muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung bei vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose mit rezidivierendem L5 Syndrom bei Protrusion L4/L5 links Prozedere / Beurteilung: Im MRI Protrusion L4/L5 links mit rezessaler Enge. Unter Belastung wäre eine Reizung der Wurzel L5 in diesem Bereich denkbar und würde die Beschwerden der Beschwerdeführerin erklären. Bei anhaltenden Problemen oder Verschlechterung Indikation zur PRT (periradikuläre Therapie) der Wurzel L5 links zwischen L4/L5. Die Beschwerdeführerin absolviere aktuell eine Behandlung im Thermalbad in Verbindung mit einer Triggerpunkttherapie, welche fortgesetzt werden solle. 5.37 Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt in seinem fachärztlichen Bericht vom 1. Juli 2017 folgende Diagnosen fest (Beschwerdebeilage Nr. 7): – Rezidivierendes L5 Syndrom bei Protrusion L4/L5 links – Statisch-Muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung bei vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose – Impingement beide Schultern und Tendinosis calcarea Supraspinatussehne links bei AC-Arthrose – Impingement rechte Hüfte – Systemischer Lupus erythematoses (Herbst / 2012) – Status nach Tendovaginitis stenosans de Quervain links Die Behandlung habe vom 4. Oktober 2013 bis zum 21. April 2017 gedauert. Aktuell fänden monatliche Konsultationen statt. Die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit betrage 50 % bei einer Leistungseinschränkung von 50 %. 5.38 Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, führte im Bericht vom 11. Juli 2017 (Beschwerdebeilage Nr. 9) aus, die Beschwerdeführerin habe sich am 17. Mai 2017 und 6. Juni 2017 in Behandlung befunden. Sie habe über einen chronischen Reizhusten, der nach einer Grippe im Februar begonnen habe, sowie über eine chronische Müdigkeit und Kopfschmerzen bei seit 2014 bekannter Schlafapnoe geklagt. Lungenfunktionell habe sie eine mittelschwere bronchiale Hyperreaktivität bei normalem exhalieren NO und negativem Methacholintest aufgewiesen. Die respiratorische Polygraphie vom 31. Mai 2017 habe die bekannte mittelschwere obstruktive Schlafapnoe mit einem Apnoe- / Hypopnoeindex von 25,8/h und einem Desaturationsindex von 25,6/h bestätigt. Es wurde die Diagnose «mittelschweres obstruktives Schlafapnoesyndrom» und «chronischer Husten, DD: Postinfektiös» festgestellt. Die Hustensymptomatik sei inzwischen unter einer vorübergehenden Inhalationsbehandlung mit Axotide abgeklungen, was einen postinfektiösen Husten bestätige. Bezüglich dem obstruktiven Schlafapnoesyndrom sei die Anpassung einer nächtlichen CPAP-Therapie im Schlaflabor der AL.\_\_\_\_ in [...] vorgesehen. Sowohl der inzwischen abgeklungene Husten als auch das Schlafapnoesyndrom hätten keine Arbeitsunfähigkeit zur Folge. 5.39 Im Konsultationsbericht vom 16. Mai 2018 (Urkunde 14) hielt Dr. med. L.\_\_\_\_ die Diagnose eines «rezidivierenden L5 Syndroms bei Protrusion L4/5 links» fest. Es erfolge eine konservative Therapie. Prozedere / Beurteilung: Die von der Beschwerdeführerin in das linke Hüftgelenk projizierten Schmerzen seien vertebrogenen Ursprungs. Es bestehe eine Protrusion des Bandscheibenfaches L4/L5 mit Reizung der L5 Wurzel unter Belastung. Obwohl radikuläre Symptome im linken Bein fehlten, könne das Hüftgelenk als Schmerzursache ausgeschlossen werden. Radiologisch bestehe allenfalls eine diskrete

zentrale Gelenkspaltverschmälerung ohne osteophytäre Randanbauten bei ansonsten gut abgrenzbarem Gelenkspalt. Bei der klinischen Untersuchung sei die Hüfte ohne jeglichen Schmerz. Die Befunde seien der Beschwerdeführerin demonstriert und ausführlich mit ihr besprochen worden. Ihr sei eine periradikuläre Therapie vorgeschlagen worden. Zu dieser Massnahme habe sie sich aktuell nicht entschliessen können. Verordnung von Physiotherapie. Gegen die Schmerzen sei Tilur retard verordnet worden. 5.40 Mit Schreiben vom 16. August 2018 (Urkunde 11) bestätigte Dr. med. AM.\_\_\_\_, Assistenzärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, AI.\_\_\_\_, die Beschwerdeführerin habe sich vom 7. September 2015 bis 1. Mai 2018 in ambulanter psychiatrischer Behandlung befunden. Eine erneute ambulante psychiatrische Behandlung im AI.\_\_\_\_ bestehe seit dem 14. August 2018. Es wurde die Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD10 F33.19)» festgehalten. Der Vertreter der Beschwerdeführerin hielt auf dem Schreiben handschriftlich fest, der Unterbruch der Behandlung ab dem 1. Mai 2018 sei aufgrund der Schwangerschaft von Dr. med. AH.\_\_\_\_ erfolgt. 6. Es ist zunächst auf das durch die Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten bei der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 (vgl. E. II. 5.27 hiavor) einzugehen und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin zu Recht auf dieses abgestellt hat (A.S. 3). 6.1 Das von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_, Chefarzt i.R., Innere Medizin und Rheumatologie FMH, und Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, erstellte bidisziplinäre Gutachten (IV-Nrn. 79.1 - 79.4) wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. II. E. 4.2 hiavor) gerecht. So wurde die Beschwerdeführerin je einer ausführlichen rheumatologischen und psychiatrischen Exploration unterzogen (IV-Nrn. 79.3 S. 1 ff. und 79.4 S. 2 ff.). Damit sind auch ihre geklagten Beschwerden in die gutachterlichen Beurteilungen miteingeflossen. Zudem beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen. So wurden eine labormedizinische Untersuchung / Immunologie (IV-Nr. 79.2) und eine klinische rheumatologische Untersuchung inkl. Zusatzuntersuchungen (IV-Nr. 79.3 S. 4 f.) durchgeführt und zudem wurde der psychische Befund nach AMDP (IV-Nr. 79.4 S. 7 ff.) erhoben. Durch das Aufführen der medizinischen Vorakten ab dem 7. Februar 2013 in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 79.1 S. 10 ff.) wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt. Ferner leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So führte der rheumatologische Gutachter aus, die Beschwerdeführerin habe klar degenerative mechanische Axialskelettschmerzen, am meisten im BWS- und LWS-Bereich, welche mit ausstrahlenden pseudoradikulären Schmerzen verbunden seien, ohne Hinweise klinisch oder bildgebend für neurologische Involvierung (IV-Nr. 79.3 S. 5). Diese Einschätzung überzeugt aufgrund der an der BWS und LWS erhobenen rheumatologischen Befunde. So befinde sich wegen den Schmerzen der Endpunkt bei der Rotation der BWS rechts bei 45 ° und links bei 60 °. Zudem seien an der LWS diffuse Bewegungseinschränkungen wegen Schmerzen, insbesondere lateral, vorhanden (IV-Nr. 79.3 S. 4). Aufgrund der beschriebenen rheumatologischen Untersuchungsbefunde leuchtet zudem ein, wenn der Gutachter von einem Missverhältnis zwischen stark behindernden Schmerzen und minim objektiven Befunden ausging, welches er auf eine gewisse emotionale Überlagerung zurückführte (IV-Nr. 79.3 S. 5). Denn bei der Untersuchung der Beschwerdeführerin überwog das Schmerzverhalten: So habe die Beschwerdeführerin über seit Jahren bestehende Schmerzen im Knie, in der Schulter, in der Hüfte, am Axialskelett HWS, der BWS und LWS sowie über Rücken- und Gesässchmerzen geklagt (IV-Nr. 79.3 S. 2 f.). Im

Vergleich dazu wurden bei der rheumatologischen Untersuchung u.a. folgende Befunde festgestellt: Keine Weichteilschwellungen oder objektive Synovialitis, beidseitig negativer Finkelstein-Test für die Quervain Tenosynovitis, patellofermorale Schmerzen mit positivem Clark-Test beidseits mit Crepitus ohne Erguss oder Entzündung, suggestiver abduktionsabhängiger Schmerz aktiv und passiv, keine Leistenschmerzen, negativer Mennell-Test, inkonsistent reduzierte Bewegungen der Schulter und am Axialskelett HWS, keine Auslösung einer Wurzelsymptomatik, diffuse Bewegungseinschränkungen der LWS. Somit ist eine Diskrepanz zwischen den geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin und den erhobenen gutachterlichen Befunden plausibel. Im Rahmen der psychiatrischen Exploration führte der psychiatrische Gutachter diesbezüglich aus, die Beschwerdeschilderung sei weitgehend adäquat, leichte Verdeutlichungstendenzen seien spürbar, wie häufig in solchen Untersuchungssituationen (IV-Nr. 79.4 S. 9). Es gebe indes keine Anhalte für Simulation oder Aggravation, auch nicht umgekehrt für ein dissimulatives Verhalten. Aufgrund der anlässlich der psychiatrischen Exploration festgestellten Befunde ist die Darlegung des psychiatrischen Gutachters nachvollziehbar, wonach gemäss den operationell definierten Leitlinien der ICD-10 derzeit noch das klinische Bild einer «leichten depressiven Episode mit somatischem Syndrom» vorliege (IV-Nr. 79.4 S. 11). So wurde die Beschwerdeführerin bei der Exploration u.a. als wach, bewusstseinsklar und zu allen Qualitäten (Zeit / Ort / Situation / Person) vollumfänglich orientiert beschrieben (IV-Nr. 79.4 S. 8). Zudem wurden eine intakte Auffassung, ausreichend fokussierte Aufmerksamkeit und erst in der zweiten Hälfte der Exploration leicht gemindert geteilte Aufmerksamkeit, während des gesamten Interviews im Wesentlichen (mit Ausnahme der leichten Schwankungen im Verlauf) erhaltene Konzentration und weder Anhalte für ausgeprägte Zwänge (Handlungen wie Gedanken) noch für Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen (auch nicht schwächerer Art wie Depersonalisations- und Derealisationserlebnisse), oder überhaupt für eine produktive psychotische Symptomatik festgestellt. Die Stimmung sei nur leicht zum depressiven Pol hin ausgelenkt, die Beschwerdeführerin sei allerdings recht affektlabil, sie weine des Öfteren und unvermittelt, sei aber situativ positiv beeinflussbar, ablenkbar und stimmungsmässig aufhellbar, emotional sei sie spürbar, der affektive Rapport sei ausreichend. Aufgrund der Angaben der Beschwerdeführerin während der Exploration vermag ferner einzuleuchten, dass der psychiatrische Gutachter darlegte, es bestünden bei der Beschwerdeführerin berufliche Probleme, Probleme mit dem sozialen Umfeld, wirtschaftliche Probleme und Probleme mit der Hauptbezugsgruppe (Familie; IV-Nr. 79.4 S.12). So gab die Beschwerdeführerin u.a. an, nach der Kündigung im AN.\_\_\_\_ in [...] wegen den aufkommenden orthopädischen Erkrankungen seit Oktober 2013 arbeitslos zu sein. Sie habe zudem keinen Kontakt mehr zu ihren in [...] lebenden Kindern, wobei der Sohn die Tochter im Alter von 15 Jahren mehrfach missbraucht und diese daraufhin eine Angstpsychose entwickelt habe und nun in einem Behindertenheim lebe. Ihr Ehemann habe sie mehrfach betrogen, ihr in der Schweiz lebender Freund habe sich erhängt und sie habe ihn alsdann tot aufgefunden, wobei sie noch heute unter diesen Eindrücken leide (IV-Nr. 79.4 S. 5 f.). Es leuchtet daher ein, wenn der Gutachter ausführte, die Beschwerdeführerin habe eine nicht einfache, spannungsreiche Biographie mit vielen lebensgeschichtlichen Einflüssen und wiederkehrenden psychosozialen Belastungsfaktoren (IV-Nr. 79.4 S. 10 unten). Damit kommt dem bidisziplinären Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 grundsätzlich voller Beweiswert zu.

6.2 Es ist nachfolgend zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens Prof. Dr. med.

D.\_\_\_\_ und Dr. med. E.\_\_\_\_ durch die zeitlich vor dem Gutachten verfassten Arztberichte allenfalls geschmälert wird: 6.3 Es ist zunächst auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ einzugehen (IV-Nr. 79.4): 6.3.1 Im relativ knapp ausgefallenen Arztzeugnis des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters Dr. med. AF.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2015 (vgl. E. II. 5.24 hiervor) ist weder die Diagnosestellung einer «mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.10), zumindest seit Januar 2015» in nachvollziehbarer Weise herleitbar noch vermag die Einschätzung einer vollen Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit als Betreuerin einzuleuchten. So ist dem Arztzeugnis nicht zu entnehmen, welche Befunde der Psychiater bei der Beschwerdeführerin überhaupt erhoben hat. Er hielt unter dem Titel «erhobene Befunde» einzig ein «depressives Syndrom» fest. Weitere Angaben bzw. eine vertiefte Auseinandersetzung mit dem psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ist nicht ersichtlich. Gleiches gilt auch für die geschätzte volle Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Auch diesbezüglich erfolgte keine substanziierte Auseinandersetzung mit der bisherigen Tätigkeit bzw. mit den diesbezüglichen Einschränkungen aus gesundheitlicher Sicht. So hielt denn auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 27. Mai 2015 (vgl. E. II. 5.25 hiervor) fest, der psychiatrische Bericht von Dr. med. AF.\_\_\_\_ sei nicht nachvollziehbar begründet. Somit vermag dieser Arztbericht nicht zu überzeugen und der Beweiswert des Gutachtens des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ wird durch diesen nicht geschmälert. 6.3.2 Betreffend das im Auftrag der C.\_\_\_\_ verfasste nervenärztliche und sozialmedizinische Gutachten von Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 (vgl. E. II. 5.26 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieses Gutachten der Beschwerdegegnerin erst nach dem Verfassen des bidisziplinären Gutachtens des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 – nämlich am 8. Februar 2017 (IV-Nr. 86 S. 1) – zugestellt wurde. Somit konnten sich – wie dies die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift vom 27. April 2017 korrekterweise festhielt (A.S. 10) – die Gutachter Dr. med. E.\_\_\_\_ und Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ mit diesem Gutachten nicht auseinandersetzen. Wie nachfolgend dazulegen ist, vermag das Gutachten von Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ vom 13. August 2015 den Beweiswert des bidisziplinären Gutachtens des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ dennoch nicht zu beeinträchtigen: So setzte sich Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ mit den erhobenen internistischen, neurologischen und psychopathologischen Untersuchungsbefunden (IV-Nr. 86 S. 17 ff.) nicht näher auseinander. So wird bspw. nicht klar, weshalb er in Bezug auf die kombinierte Persönlichkeitsstörung mit selbstunsicheren, emotional instabilen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61) lediglich von einer Verdachtsdiagnose ausging. Ausserdem entspricht die Diagnose «Erschöpfungssyndrom / Fatigue-Syndrom / depressive Störung (ICD-10 F43.2 / G93.3) keiner kodierten statistischen Klassifikation gemäss ICD-10. In diesem Sinn hielt auch der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 18. Mai 2016 (vgl. E. II. 5.31 hiervor) fest, der Gutachter vermische ein Fatigue-Syndrom, Erschöpfungssyndrom und eine depressive Störung. Da Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ unter dem Titel «Zusammenfassung und Beurteilung» (IV-Nr. 86 S. 20 ff.) im Wesentlichen auf die Beschreibungen der Beschwerdeführerin sowie die vorliegenden Akten abstellte, ist davon auszugehen, dass seine Diagnosestellungen hauptsächlich auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhten. Damit vermag das Gutachten von Prof. Dr. med. Dr. phil. H.\_\_\_\_ das beweismässige Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ nicht zu beeinträchtigen. 6.3.3 In Bezug auf den Bericht vom 8. April 2015 der Hausärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ (vgl. E. II. 5.21 hiervor), in welcher die Entwicklung einer «recht ausgeprägten

Depression» festgehalten wurde, ist festzuhalten, dass sich Dr. med. I.\_\_\_\_ auf das medizinische Fachgebiet der Inneren Medizin spezialisiert hat und daher ihrer Einschätzung in Bezug auf den psychischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin kaum Beweiswert zu kommt. Ähnlich verhält es sich auch bei dem auf das Fachgebiet der Rheumatologie spezialisierten Dr. med. J.\_\_\_\_, der im Bericht vom 21. April 2015 (vgl. E. II. 5.22 hiervor) die Diagnose einer «mittelschweren Depression» ohne Bezugnahme auf das ICD-10 Klassifikationsschema auswies. Auf diese Berichte ist daher nicht weiter einzugehen. Sie vermögen den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ nicht in Frage zu stellen. 6.4 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 79.3) ist im Wesentlichen auf die Berichte des behandelnden Rheumatologen Dr. med. J.\_\_\_\_ einzugehen. 6.4.1 Dr. med. J.\_\_\_\_ wies im Bericht vom 7. Februar 2013 erstmals die Diagnose einer Fibromyalgie (Chronic Central Pain Syndrome; vgl. E. II. 5.1 hiervor) aus, welche er in der Folge stets bestätigte (vgl. E. II. 5.6, 5.9, 5.11, 5.15, 5.17, 5.22 hiervor). Da er sich indes nie substantiiert mit dieser Diagnosestellung beschäftigte, ist diese nicht nachvollziehbar. Auf diese Diagnose ging Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ (IV-Nr. 79.3 S. 5) ein. Er hielt fest, gegen die in der Vergangenheit gestellte Verdachtsdiagnose Fibromyalgie sprächen verschiedene Aspekte. Die bei der Beschwerdeführerin vorliegenden diffusen Bewegungsapparatschmerzen seien mit verschiedenen Weichteil- und beginnenden Arthrose-Symptomen, z.B. Tendinitis calcarea im Schulterbereich, Verdacht auf Arthrose im rechten Handgelenk und die bekannten mechanischen Axialskelettschmerzen, erklärbar. Da anlässlich der gutachterlichen rheumatologischen Untersuchung mit Distraction auch die sog. schmerzhaften Triggerpunkte nicht druckdolent waren (vgl. IV-Nr. 79.3 S. 5), vermag der rheumatologische Gutachter in nachvollziehbarer Weise das Vorliegen einer Fibromyalgie zu entkräften. In diesem Sinn stellte auch der RAD-Arzt Dr. med. B.\_\_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 4. Dezember 2015 (vgl. E. II. 5.28 hiervor) fest, die früher gestellte Diagnose der Fibromyalgie werde widerlegt. Auch den durch Dr. med. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. März 2014 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) erstmals ausgewiesenen «hochgradigen Verdacht» auf einen systemischen Lupus erythematoses, den er in den zeitlich später verfassten Berichten betätigte (vgl. E. II. 5.9, 5.15, 5.17 hiervor), im Bericht vom 7. Mai 2014 (vgl. E. II. 5.9 hiervor) indes von einer klinischen Remission sprach und im Arztbericht vom 21. April 2015 (vgl. E. II. 5.22 hiervor) sodann nicht mehr von einer Verdachtsdiagnose, sondern von einer gesicherten Diagnose eines «systemischen Lupus erythematoses» ausging, ging der rheumatologische Gutachter Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ ein. Dabei hielt er zusammenfassend fest, weder das klinische Bild noch die Laborbefunde könnten eine Diagnose von klassischem SLE unterstützen (IV-Nr. 79.3 S. 6). Deswegen schlug er die Verdachtsdiagnose von undifferenzierten Kollagenosen vor, mit der Empfehlung für weitere Abklärungen. Der rheumatologische Gutachter hielt weiter fest (IV-Nr. 79.3 S. 6 oben), in externen Labors seien grenzwertig antinukleäre Antikörper ANA zusammen mit niedrig doppelsträngigen DNS-Antikörpern gemerkt worden. Diese Einschätzung leuchtet ein, da der rheumatologische Experte anschliessend folgendes ausführte: Im immunologischen Labor des G.\_\_\_\_s fänden sich ein grenzwertig positiver ANA-Titer 1:40 mit einem diffusen Muster und grenzwertigen Anti-dsDNA-Antikörper 18 IE/ml. Dazu gebe es eine Erhöhung der Blutsenkung mit 46 (normal bis 28) sowie des C-reaktiven Proteins 14 (normal bis 10) und minim erhöhten C3 1,84 (normal bis 1,8) und C4 0,45 (normal bis 0,4). Andere Autoantikörper seien negativ gewesen inkl. Rheumafaktoren, CCP, Anti-Histon, Anti-SSA-SSB, Anti-Sm, Anti-U1-RNP,

Anti-Ribosomal P Protein, Anti-Centromer, Anti-Scl-70, Anti-RNA Polymerase III, Anti-Cardiolipin, IgM, IgG, Anti-B2 Glycoprotein 1 und Anti-C1q. Die complement Aktivität sei negativ gewesen mit CH50 von 83. Diese gutachterlichen Ausführungen überzeugen unter Heranziehung der Werte der im Rahmen des bidisziplinären Gutachtens durchgeführten Laboruntersuchungen (IV-Nr. 79.2). Aufgrund dieser Ergebnisse ist nachvollziehbar, dass Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ das Vorliegen einer klassischen SLE verneinte. Damit wird die durch den Rheumatologen Dr. med. J.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer SLE entkräftet. In diesem Zusammenhang hielt der rheumatologische Gutachter – wie bereits oben ausgeführt – fest, es bestehe ein Verdacht auf undifferenzierte Kollagenosen. Unter der Behandlung mit Hydroxychloroquin 200 mg täglich und dreimal in der Woche Prednison 20 mg habe die Beschwerdeführerin am Untersuchungstag weder Synovialyitis (Weichteilgelenkschwellung) noch Hautausschläge gezeigt. Diese Verdachtsdiagnose auf atypische und undifferenzierte Kollagenosen vermag unter Heranziehung der vorliegenden medizinischen Akten zu überzeugen. So hielt der rheumatologische Gutachter fest (IV-Nr. 79.3 S. 3), es bestünden in der Vergangenheit entzündliche Arthralgien im Handgelenkbereich, insbesondere ANA-Titel mit weniger als 1:80 und gleich zweimal bestätigter positiver ANA-dsDNA-Positivität, sowie die durch die Beschwerdeführerin beklagte Sonnenempfindlichkeit in den letzten Jahren, ohne Hautplättchen oder nekrotisierende Läsionen, Trockenheit um Augen und Mund und regelmässiger Anwendung von Augentropfen, aber ohne Nierenbeteiligung, Thrombosen, Spontanabort, signifikantem Haarausfall, Thromozytopenie oder Leukopenie (IV-Nr. 79.3 S. 3). Diese gutachterlichen Ausführungen lassen sich verifizieren: So wies Dr. med. J.\_\_\_\_ im Bericht vom 28. März 2014 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) u.a. darauf hin, dass der Krankheitsbeginn im Herbst 2012 mit entzündlichen Arthralgien erfolgt sei. Auch in den Berichten vom 8. August 2014 und 21. April 2015 (vgl. E. II. 5.15,

### **E. 5.27**

hiervor). 7. Nachfolgend ist der Einkommensvergleich vorzunehmen (vgl. E. II. 3.3 hiervor) und zu prüfen, ob die Beschwerdegegnerin den berechneten IV-Grad von 5 % korrekt errechnet hat (A.S. 2): 7.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab Oktober 2014 (Beginn Wartejahr: Oktober 2013) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1). 7.1.1 Fehlen aussagekräftige konkrete Anhaltspunkte im Hinblick auf den letzten vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielten Lohn, ist auf Erfahrungs- und Durchschnittswerte zurückzugreifen. In den Durchschnittswerten der LSE schlägt sich nieder, was eine Person mit gleichen beruflichen Voraussetzungen wie die Versicherte verdienen könnte. Auf sie darf jedoch im Rahmen der Invaliditätsbemessung nur unter Mitberücksichtigung der für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren abgestellt werden (Urteile des Bundesgerichts 8C\_664/2007 vom 14. April 2008 E. 6.2 mit Hinweisen, 9C\_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.2.2; AHI 1999 S. 240 f. [I 377/98]). 7.1.2 Gemäss den vorliegenden Akten (vgl. IV-Nrn. 20, 23, 79.4 S. 5 ff., 86 S. 10 ff.) besuchte die Beschwerdeführerin von 1965 bis 1974 in der [...] die Polytechnische

Oberschule in [...], wobei der Schulabschluss dem Hauptschulabschluss entsprach. Vom September 1974 bis September 1977 absolvierte sie die Lehre als Betriebsschlosserin RAW in [...] mit Abschluss des Facharbeiterbriefes. Die Beschwerdeführerin bekam 1978 und 1981 zwei Kinder. Ihre 1977 eingegangene Ehe wurde 1985 geschieden. Bis anfangs 1999 arbeitete die Beschwerdeführerin als Verkäuferin, dann als Haus- und Familienpflegehelferin, schliesslich als Lager- und Betriebsmitarbeiterin. Ab Februar 1999 war sie erstmals als Seniorenbetreuerin mit Aufgaben in der Altenpflegebetreuung und Haushaltshilfe tätig. Sie war insgesamt vier bis fünf Jahre im Privatpflegebereich aktiv. Anschliessend liess sie sich zur Bürofachkraft umschulen, wo sie von Anfang 2004 bis Juli 2006 befristete Einsätze hatte. Von 2006 bis 2007 war sie wieder in der Seniorenbetreuung tätig und im Juli 2007 konnte sie als Mitarbeiterin bei einer Firma in [...] einen temporären Einsatz absolvieren. Ab 2008 übte sie sodann verschiedene Tätigkeiten aus, vorwiegend als Pflegehelferin. Von April 2010 bis Ende 2010 durchlief sie erfolgreich ein Praktikum als Pflegehelferin im AP.\_\_\_\_ in [...]. Danach arbeitete sie von Januar 2011 bis Dezember 2011 als Mitarbeiterin in der Administration und Organisation der Firma AQ.\_\_\_\_, [...], und stieg ab Januar 2012 wieder in die private Seniorenbetreuung ein, wobei es sich nur um temporäre Tätigkeiten handelte (IV-Nr. 79.4 S. 6). Von Mai bis Juli 2012 war die Beschwerdeführerin als Kaufmännische Mitarbeiterin und im Marketing der Firma AR.\_\_\_\_, [...], tätig (IV-Nr. 20) und von August 2012 bis Mai 2013 stellensuchend. Im März 2013 war sie bei der Firma AQ.\_\_\_\_, [...], als Mitarbeiterin angestellt (IV-Nr. 20). Am 1. Juni 2013 fand die Beschwerdeführerin eine Stelle als Betreuerin und Pflegerin (SRK-Kurs) zu 100 % im AN.\_\_\_\_ in [...] (IV-Nr. 23 S. 4, 10). Ihre Aufgaben bestanden hauptsächlich in der Betreuung und Pflege mehrfachbeeinträchtigter Bewohner sowie im Hauswirtschaftsbereich. Ab dem 17. Februar 2013 war sie wegen der orthopädischen Erkrankung zu 100 % arbeitsunfähig. Daher wurde ihr vom Arbeitgeber per 30. September 2013 gekündigt (IV-Nr. 23 S. 9). Seit Oktober 2013 ist die Beschwerdeführerin arbeitslos.

7.1.3 Da der gelernten Beschwerdeführerin die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Betreuerin und Pflegerin aus gesundheitlichen Gründen per 30. September 2013 gekündigt wurde (vgl. IV-Nr. 23 S. 10) und sie seither nicht mehr in einem festen Arbeitsverhältnis tätig war, ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie die Arbeit in der Firma AN.\_\_\_\_ in [...] im Gesundheitsfall auch weiterhin ausgeübt hätte. Aufgrund des Arbeitgeberfragebogens der Firma AN.\_\_\_\_ vom 23. September 2013 (IV-Nr. 23) erzielte die Beschwerdeführerin ab dem 1. Juni 2013 ein Erwerbseinkommen von CHF 4'384.55 monatlich. Es ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin für die Bestimmung des Valideneinkommens auf die Tabellenlöhne abgestellt hat (A.S. 2). Das Valideneinkommen ist vielmehr ausgehend vom zuletzt erzielten monatlichen Einkommen von CHF 4'384.55 zu berechnen, wobei dieses auf das Jahr hochzurechnen (x 13) ist. Dies ergibt ein Jahreseinkommen von CHF 56'999.15. Eine Anpassung an die Lohnentwicklung bis zum Zeitpunkt des Rentenbeginns (hier: 2014) erübrigt sich im vorliegenden Fall, da sich gemäss der Tabelle «T1.10 Nominallohnindex 2011 - 2016» im hier heranzuziehenden Wirtschaftszweig 86-88 «Gesundheitswesen, Heime und Sozialwesen» der Index im Jahr 2013 im Vergleich zum Jahr 2014 als unverändert präsentiert (101,7). Folglich beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 56'999.15.

7.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

7.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 6.9 hiavor), ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin

eine angepasste leichte bis mittelschwere Tätigkeit ohne Verharren in monotonen Körperpositionen zu 100 % zumutbar ist. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen ebenfalls vom Tabellenlohn (LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1, Frauen) von CHF 4'300.00 ausging und diesen Betrag auf die übliche Anzahl Wochenstunden im Jahr hochrechnete ([: 40 x 41,7] x 12). Damit ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 53'793.00.

7.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Das fortgeschrittene Alter der Beschwerdeführerin von 59 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs als abzugsrelevanter Aspekt ist immer unter Berücksichtigung aller konkreter Umstände des Einzelfalles zu prüfen (Urteile des Bundesgerichts 9C\_334/2013 vom 24. Juli 2013 E. 3, 9C\_455/2013 vom 4. Oktober 2013 E. 4.2 je mit Hinweisen). Das Alter ist nur soweit zu berücksichtigen, wie es die Erwerbssaussichten in Verbindung mit dem versicherten Gesundheitsschaden zusätzlich schmälert (Urteil des Bundesgerichts 8C\_328/2011 vom 7. Dezember 2011 E. 10.2). Angesichts der langjährigen Berufserfahrung in der Pflege und Betreuung sowie auch in administrativen Tätigkeiten dürfte bei der Beschwerdeführerin die Integration in den Arbeitsmarkt trotz des fortgeschrittenen Alters nicht wesentlich erschwert sein, weshalb sich ein Abzug unter diesem Titel nicht rechtfertigen lässt. Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da die in der Schweiz lebende Beschwerdeführerin [...] Staatsangehörige ist (IV-Nr. 6 S. 5) und somit im Anforderungsniveau 4 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Aufgrund der vorliegenden Akten scheint sich bei der Beschwerdeführerin auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht zu stellen, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdegegnerin ist im vorliegenden Fall aufgrund der gesundheitlichen Einschränkungen, welche u.a. das Verharren in monotonen Körperpositionen ausschliessen (vgl. E. II. 6.9 hiervor), ein Abzug von 5 % zu gewähren. Damit beträgt das Invalideneinkommen insgesamt CHF 51'103.35.

7.3 Damit ergibt sich für die Zeit ab November 2013 bei einem Valideneinkommen von CHF 56'999.15 und einem Invalideneinkommen von CHF 51'103.35 eine Erwerbseinbusse von CHF 5'895.80, die einem IV-Grad von gerundet 10,5 % entspricht. Damit hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 3 hiervor). Es kann ergänzend darauf hingewiesen werden, dass im vorliegenden Fall auch eine befristete Invalidenrente nicht in Frage kommt. So ist aufgrund der vorliegenden medizinischen Akten und insbesondere der

echtzeitlichen Arztberichte nicht von einer längerdauernden relevanten Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin nach der Anmeldung zum Leistungsbezug bei der Beschwerdegegnerin auszugehen. In diesem Sinn führte auch Dr. med. E. \_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten aus (IV-Nr. 79.4 S. 14), vorübergehend (ohne dass dies rekonstruierend zeitlich genauer bestimmt werden könne, da nachvollziehbare Aussagen hierüber fehlten, wobei der Zeitraum jedoch insgesamt nicht als sehr lange anzunehmen sei) sei eine ganze, mithin 100%ige Arbeitsunfähigkeit entstanden, die aber allerspätestens zum Zeitpunkt der Begutachtung bereits wieder vollständig abgebaut gewesen sei. 8. In Bezug auf die beruflichen Eingliederungsmassnahmen kann festgehalten werden, dass der Vertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2018 einzig die Durchführung einer Umschulung gefordert hat (vgl. Protokoll, A.S. 60 ff.). 8.1 Gemäss Art. 17 Abs. 1 IVG besteht ein Anspruch auf eine Umschulung in eine neue Erwerbstätigkeit, wenn die Umschulung infolge Invalidität notwendig ist und dadurch die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich erhalten oder wesentlich verbessert werden kann. Eine Invalidität im Sinn dieser Bestimmung liegt vor, wenn eine versicherte Person in der bisher ausgeübten Arbeit oder in den ihr ohne zusätzliche berufliche Ausbildung offen stehenden, zumutbaren Erwerbstätigkeiten eine Erwerbseinbusse von mindestens 20 % erleidet, wobei es sich dabei lediglich um einen Richtwert handelt. Die versicherte Person muss also in den ohne zusätzliche berufliche Ausbildung noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten in diesem Ausmass eine bleibende oder längere Zeit dauernde Erwerbseinbusse erleiden (BGE 124 V 108 E. 2b S. 110 f., vgl. auch 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f. je mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_716/2016 vom 1. Februar 2017 E. 4.1.3). 8.2 Aufgrund des unter E. II. 7.3 hiervoor berechneten IV-Grades von gerundet 10,5 % sind vorliegend die Voraussetzungen für die berufliche Massnahme einer Umschulung nicht erfüllt. Es ist zudem nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, inwiefern eine Umschulung notwendig sein soll. Aus dem Gutachten des Begutachtungsinstituts F. \_\_\_ vom 15. Oktober 2015 geht eindeutig hervor, dass die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit (leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Einteilung der Arbeitsabläufe und Vermeidung von Verharren in monotonen Körperpositionen) zu 100 % arbeitsfähig sei (vgl. E. II. 6.9 hiervoor). Es kann in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass es der Beschwerdeführerin unbenommen bleibt, bei gegebener Eingliederungsbereitschaft bei der Beschwerdegegnerin um Unterstützung für eine Stellenvermittlung zu ersuchen. 9. Damit ist die angefochtene Verfügung vom 7. März 2017 im Ergebnis zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 10. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 11. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervoor). 11.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin, Rechtsanwalt Claude Wyssmann, hat am 12. September 2017 und anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2018 je eine Kostennote eingereicht (A.S. 51 ff., A.S. 63 ff.). In der Kostennote vom 12. September 2017 macht er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 4'059.40 geltend. Dabei betragen die Auslagen total CHF 131.20 und das Honorar beruht auf einem Aufwand von 14,51 Stunden. Darin ist ein Kanzleiaufwand für fünf Kurzbriefe an die Klientin (2., 3., 31. Mai, 27. Juli, 7. August 2017) à je 0,17

Stunden (total: 0,85 Std.) enthalten, der im Stundenansatz eines Rechtsanwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen ist. Bei den Briefen an die Sozialen Dienste, Frau [...] vom 31. Mai 2017 à 0,17 Std., vom 27. Juli 2017 à 0,17 Std. und vom 12. September 2017 à 1 Std. ist nicht ersichtlich, worum es sich hierbei gehandelt hat. Daher ist der diesbezüglich geltend gemachte Aufwand von 1,34 Std. ebenfalls nicht zu entschädigen. Damit beträgt der Aufwand noch insgesamt 12,32 Stunden. In der Kostennote vom 11. September 2018 (A.S. 63 f.) wird ein Kostenersatz von total CHF 2'003.20 geltend gemacht. Darin enthalten sind Auslagen von CHF 56.40 und ein Aufwand von 7,21 Stunden. Darin enthalten ist ein Aufwand für den Brief an die AS. \_\_\_ vom 30. Juni 2017 von 0,25 Std. (der im Übrigen in der zuvor eingereichten Kostennote vom 12. September 2017 noch nicht ausgewiesen war), eine E-Mail an Frau AT. \_\_\_, AS. \_\_\_, vom 15. September 2017 à 0,08 Std. und ein Telefon an die AS. \_\_\_ vom 28. August 2018 à 0,08 Stunden (total: 0,41 Std.), bei denen der Bezug zum vorliegenden Verfahren nicht ersichtlich ist. Daher ist der Aufwand für diese Positionen zu kürzen. Dies gilt auch für die E-Mail vom 15. März 2018 à 0,08 Std. und den Brief vom 31. August 2018 an die Sozialen Dienste, Frau [...] à 0,17 Std. (total: 0,25 Std.) sowie für den Brief an die Beschwerdegegnerin vom 4. Dezember 2018 (0,33 Std.). Der enthaltene Kanzleiaufwand für zwei Kurzbriefe an die Klientin (22. September 2017 und 30. August 2018) à je 0,17 Std. (total: 0,34 Std.) ist – wie bereits oben ausgeführt – im Stundenansatz eines Rechtsanwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen. Folglich beträgt der Aufwand noch insgesamt 5,88 Std. Der gesamte Aufwand von 18,2 Stunden (12,32 Std. + 5,88 Std.) erscheint angesichts der kurzen Rechtsschriften und im Vergleich mit ähnlich gelagerten Fällen als zu hoch und ist ermessensweise auf 15 Stunden zu kürzen. Folglich ist der gesamte Aufwand für die beiden Jahre 2017 (13,32 Std.) und 2018 (4,88 Std.) wie folgt aufzuteilen: Auf das Jahr 2017 entfällt ein Aufwand von gerundet 11 Std. und auf das Jahr 2018 einer von 4 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 179 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ergibt sich insgesamt eine Entschädigung von CHF 2'700.00 (15 Std. x CHF 180.00), wobei auf das Jahr 2017 eine Entschädigung von CHF 1'980.00 (11 Std. x CHF 180.00) und für das Jahr 2018 (4 Std. x CHF 180.00) eine solche von CHF 720.00 entfallen. Was die Auslagen von total CHF 187.60 (CHF 131.20 + CHF 56.40) anbelangt, so sind die 99 (95 + 4) Kopien pro Stück nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 160 Abs. 5 GT) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht. Die Auslagen reduzieren sich so um CHF 49.50 auf CHF 138.10. Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2018 von 45.4 km werden anstelle des in der Kostennote geltend gemachten Ansatzes von CHF 1.00 / km mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]). Daher reduzieren sich die Auslagen um CHF 13.60 auf total CHF 124.50, wovon CHF 87.70 auf das Jahr 2017 und CHF 36.80 auf das Jahr 2018 entfallen. Somit beläuft sich die Kostenforderung des Rechtsbeistandes unter Einbezug der MwSt auf total gerundet CHF 3'048.20 (CHF 2'233.10 [CHF 1'980.00 + CHF 87.70+ 8 % MwSt] + CHF 815.10 [CHF 720.00 + CHF 36.80 + 7,7 % MwSt]), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 11.2 Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von gerundet CHF 809.40, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist

(Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin – von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht. 11.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (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).

## **E. 6**

Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin.

U.K.u.E.F. 3. Im Rahmen der Beschwerdeergänzung vom 30. Mai 2017 (A.S. 17 ff.) lässt die Beschwerdeführerin an den Rechtsbegehren und Ausführungen in der Beschwerde vom 27. April 2017 vollumfänglich festhalten und folgende Anträge stellen: 1. Es sei der beiliegende Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Gelenkchirurgie, [...], vom 10. März 2017 in Kopie als Urkunde 4 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 2. Es sei der beiliegende Befundbericht der Radiologie Spital M.\_\_\_\_ über die am 29. März 2017 durchgeführte MR-Untersuchung der LWS als Urkunde 5 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 3. Es sei das beiliegende Fachreferat «Schmerzsyndrome und Breitensport – biomechanische und neurophysiologische Aspekte» als Urkunde 6 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 4. Mit Eingabe vom 26. Juli 2017 (A.S. 40 f.) lässt die Beschwerdeführerin folgende Beweisanträge stellen: 1. Es sei der beiliegende Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Gelenkchirurgie, [...], vom 1. Juli 2017 in Kopie als Urkunde 7 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 2. Es sei der beiliegende Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, Gelenkchirurgie, [...], vom 21. April 2017 in Kopie als Urkunde 8 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 3. Es sei der beiliegende Bericht von Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, vom 11. Juli 2017 in Kopie als Urkunde 9 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen. 4. Unter Kosten- und Entschädigungsfolge. 5. Im Rahmen der Beschwerdeantwort vom 1. September 2017 (A.S. 47) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Bemerkungen zur Beschwerde und schliesst auf Abweisung derselben. Sie nimmt indes zu den mit der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 26. Juli 2017 eingereichten Unterlagen (vgl. E. I. 4 hiervor) Stellung. 6. Mit Verfügung vom 7. September 2017 (A.S. 48 f.) bewilligt der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege und bestellt Rechtsanwalt Claude Wyssmann als unentgeltlichen Rechtsbeistand. 7. Mit Replik vom 12. September 2017 (A.S. 51 f.) lässt die Beschwerdeführerin die Ausführungen in der Beschwerdeantwort vom 1. September 2017 vollumfänglich bestreiten und darauf hinweisen, dass sie aufgrund des Rentenbescheids der C.\_\_\_\_ vom 16. August 2017 wegen voller Erwerbsminderung eine Dauerrente erhalte. Die ebenfalls eingereichte Kostennote geht mit Verfügung vom 13. September 2017 (A.S. 56) zur Kenntnisnahme an die

Beschwerdegegnerin.

#### **E. 6.4**

hiervor). 6.8.5 In Bezug auf das Argument der Beschwerdeführerin, wonach zunächst zu klären sei, ob sie auf die CPAP-Therapie anspreche (A.S. 4), kann festgehalten werden, dass der auf dieses medizinische Fachgebiet spezialisierte Facharzt für Lungenkrankheiten Dr. med. N.\_\_\_\_ im Bericht vom 11. Juli 2017 (vgl. E. II. 5.38 hiervor) explizit ausführte, dass sowohl der inzwischen abgeklungene Husten als auch das Schlafapnoesyndrom keinerlei Arbeitsunfähigkeit zur Folge hätten. Dies hielt die Beschwerdegegnerin in der Beschwerdeantwort vom 1. September 2017 (A.S. 47) somit korrekterweise fest. Damit wird das Vorbringen der Beschwerdeführerin entkräftet. Es ist nicht weiter darauf einzugehen. 6.8.6 Die Beschwerdeführerin lässt anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2018 vorbringen, da im Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ keine Indikatorenprüfung stattgefunden habe, sei das Gutachten nicht beweismäßig (vgl. Protokoll, A.S. 60 ff.). Dazu kann festgehalten werden, dass im Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 (vgl. E. II. 5.27 hiervor) keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen wurde, weshalb auch nicht einzusehen ist, inwiefern sich die Gutachter mit dem im BGE 141 V 281 vom 3. Juni 2015 formulierten Prüfungsraster bzw. den entsprechenden Indikatoren hätten auseinandersetzen müssen (vgl. auch BGE 143 V 409, 143 V 418). Damit läuft dieses Vorbringen ins Leere. 6.8.7 Aus dem Vorbringen, wonach der rheumatologische Gutachter Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ keine Funktionstests durchgeführt habe (vgl. Protokoll, A.S. 60 ff.), kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. So lässt sich dem rheumatologischen Teilgutachten von Prof. Dr. med. D.\_\_\_\_ klar entnehmen, dass er im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung vom 7. August 2015 (vgl. IV-Nr. 79.3 S. 4) verschiedene Funktionstests (Tinel-Test, Finkelstein-Test, Clark-Test, Mennel-Test) durchgeführt hat. 6.8.8 Auch das weitere Vorbringen, dass sich die Gutachter nicht mit der Lebensgeschichte der Beschwerdeführerin befasst hätten (Protokoll, A.S. 60 ff.), läuft ins Leere. So beruht das Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 zum einen auf einer umfassenden Anamnese, weshalb bei den Gutachtern von der Kenntnis der Vorakten ausgegangen werden kann (vgl. dazu E. II. 6.1 hiervor). Zudem beinhalten beide Teilgutachten je eine umfassende Exploration, welche auf den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruht (vgl. IV-Nrn. 79.3 S. 1 ff. und 79.4 S. 2 ff.). Es ist somit nicht ersichtlich und wird durch die Beschwerdeführerin auch nicht geltend gemacht, welches konkrete Ereignis in der Vergangenheit der Beschwerdeführerin durch die Gutachter nicht berücksichtigt worden sein soll. 6.9 Es kann daher zusammenfassend festgehalten werden, dass dem bidisziplinären Gutachten des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ vom 15. Oktober 2015 voller Beweiswert zukommt. Die Beschwerdegegnerin hat somit zu Recht auf dieses abgestellt. Es ist somit auf die entsprechenden Einschätzungen der Gutachter des Begutachtungsinstituts F.\_\_\_\_ in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abzustellen: Die Beschwerdeführerin ist wegen den mechanischen Rückenschmerzen und der Schulter-Tendinitis für die Tätigkeit als Pflegerin oder Betriebsschlosserin zu 100 % arbeitsunfähig für schweres Heben oder längeres Stehen und Drehen. Die angestammte Tätigkeit als Pflegerin ist ihr seit November 2013 nicht mehr zumutbar. In einer angepassten Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin indes zu 100 % arbeitsfähig für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, insbesondere wenn die Arbeitsabläufe eingeteilt werden können und das Verharren in monotonen Körperpositionen vermieden werden kann. Dies gilt durchgehend mit Unterbrüchen von beschränkter Dauer, da sich eine

längere Arbeitsunfähigkeit im Verlauf nicht begründen lässt (vgl. E. II.

## **E. 8**

8.1 Mit Verfügung vom 3. Mai 2018 (A.S. 57 f.) werden die Parteien zur öffentlichen Verhandlung auf den 11. September 2018, 14.00 Uhr, vorgeladen. 8.2 Die im Rahmen der öffentlichen Verhandlung vom 11. September 2018 (vgl. Protokoll, A.S. 60 ff.) gestellten Beweisanträge, wonach die Urkunden 11 bis 17 zu den Akten zu nehmen und zum Beweis zuzulassen seien, werden gutgeheissen. Die beantragten Erkundigungen betreffend die Berufsausübungsbewilligung von Prof. Dr. med. D. \_\_\_ werden abgewiesen. Auch der Beweisantrag, wonach die Beschwerdegegnerin aufzufordern sei, dem Gericht mitzuteilen, wie oft Prof. Dr. med. D. \_\_\_ und Dr. med. E. \_\_\_ mit einem Gutachten betraut worden seien und wie oft sie eine Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ausgewiesen hätten, wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin lässt ihre bisherigen Rechtsbegehren wie folgt modifizieren: 1. Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 7. März 2017 sei aufzuheben. 2. a) Der Beschwerdeführerin seien ab wann rechtens die gesetzlichen IVG-Leistungen (weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. einem Verzugszins von 5 % auszurichten. b) Eventualiter: Es sei ein medizinisches polydisziplinäres Gerichtsgutachten (internistisch, orthopädisch, rheumatologisch, neurologisch, schlafmedizinisch, pneumologisch, psychiatrisch) einzuholen. c) Subeventualiter: Die Beschwerdesache sei zur medizinischen Neubegutachtung und zu beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen an die IV-Stelle Solothurn zurückzuweisen. 3. Alles unter Kosten- und Entschädigungsfolge zu Lasten der Beschwerdegegnerin. Schliesslich hält der Vertreter der Beschwerdeführerin sein Plädoyer. In der Folge schliesst die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. Im Nachgang zur Verhandlung reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin eine ergänzende Kostennote ein (A.S. 63 f.). 9. Auf die weiteren Ausführungen der Parteien wird nachfolgend, soweit erforderlich, 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 somit einzutreten. 2. Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 7. März 2017) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 131 V 242 E. 2.1 S. 243, 121 V 366 E. 1b). 3. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente. 3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die

Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 3.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4). 3.3 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222). 3.4 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). 4. 4.1 Sowohl im Verwaltungsverfahren wie auch im kantonalen Sozialversicherungsprozess gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe geltenden – Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung (BGE 132 V 393 E. 4.1 S. 400) zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich (BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f. mit weiteren Hinweisen) zu betrachten, und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung; BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_360/2015 vom 7. April 2016 E. 3.1 mit Hinweis, 9C\_662/2016 vom 15. März 2017 E. 2.2). 4.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das

Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 7. März 2017 (A.S. 1 ff.) die Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und / oder berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht abgewiesen hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Akten relevant:

5.1 Dr. med. J. \_\_\_\_, Chefarzt, K. \_\_\_\_, Rehabilitations- und Rheumazentrum, hielt im Bericht vom 7. Februar 2013 (IV-Nr. 32 S. 28 f.) folgende Diagnosen fest: – Fibromyalgie (Chronic Central Pain Syndrome) – Hohlrundrücken – Konventionell radiologisch Spondylarthrosen L3-S1, Chondrosen thorakal, Hyperkyphose thorakal und Spondylosen thorakal anterior bei leichter Skoliose, Sacrum acutum – Abortive Hypermotilität (Ellbogen, Kniegelenke) – Zystische Mastopathie – Zystenentfernungen 1974 und 2001 links – Status nach Hysterektomie – Adipositas Grad I (BMI 33,6) Die konventionell radiologische Untersuchung zeige die obengenannten Befunde. Das Gesamtbeschwerdebild sei gekennzeichnet vom Bild einer Fibromyalgie im Sinne eines Central Pain Syndroms. Der Beschwerdeführerin sei das Krankheitsbild erklärt und aufgrund des Hohlrundrückens mit Fehlhaltung bzw. auch Fehlstellung mit Sacrum acutum eine Physiotherapie verschrieben worden. Dies vor dem Hintergrund der Hypermotilität mit dem Ziel, die muskuläre Stabilisation der Wirbelsäule zu verbessern, ebenso die Haltung. Sicherlich wäre auch eine Therapie im Bad sinnvoll. Es stelle sich angesichts der langjährigen Beschwerden und der Fehlstellung der Wirbelsäule mit degenerativen Veränderungen die Frage nach einer Kur. Dies sei indiziert, falls die ambulanten Therapien ungenügend wirkten. Eine Laborwertkontrolle (Vorschlag: BSR, Hb, Leukozyten, Thrombozyten, alkalische Phosphatase, Kalzium, Albumin, anorganisches Phosphat, Kreatinin, TSH basal, CRP und Vitamin D3) sei angesichts der chronischen Beschwerden anlässlich eines Checkup indiziert. Da intermittierend auch in der Sprechstunde Laboruntersuchungen durchgeführt würden, sei aktuell darauf verzichtet worden.

5.2 Aufgrund der MR-Halswirbelsäule vom 9. Oktober 2013 stellte Dr. med. O. \_\_\_\_, FMH für Radiologie, P. \_\_\_\_, im Befundbericht vom 9. Oktober 2013 folgende Beurteilung (IV-Nr. 32 S. 26): Diskrete Chondrose C5/6. Kein Hinweis auf eine neurale Beeinträchtigung. Wahrscheinlich kleine Schilddrüsen Zysten.

5.3 Anlässlich der MR-Lendenwirbelsäule vom 22. Oktober 2013 hielt Dr. med. Q. \_\_\_\_, FMH für Radiologie, P. \_\_\_\_, im Bericht vom 22. Oktober 2013 folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 2): Leichte Mehretagendiscopathien. Ubiquitäre Fazettengelenksarthrose leicht- bis mässiggradig meist ausgeprägt L4/5. Verdacht auf eine Isthmuslyse L5 rechts und hypoplastischer Isthmus L5 links. Keine

Listhesis in Rückenlage, normal weiter Spinalkanal und Neuroforamina. 5.4 Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, stellte im Untersuchungsbericht vom 4. November 2013 (IV-Nr. 32 S. 23 f., Urkunde 12) aufgrund der Untersuchungen vom 4., 18. und 28. Oktober 2013 folgende Diagnosen: – Statisch-Muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung nach Brügger unter vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose – Osteochondrose C5/C6 mit Fazettengelenksarthrose – Mehretagendiscopathien der LWS mit Fazettenarthrose am stärksten L4/L5 – Impingement rechte Schulter durch Tendinosis calcarea – Tendovaginitis stenosans de Quervain linkes Handgelenk und Verdacht auf CTS rechts – Impingement rechte Hüfte Es werde eine konservative Therapie durchgeführt. Die Beschwerdeführerin leide seit vielen Jahren an HWS- und LWS-Beschwerden mit Ausstrahlung in die Arme und Beine. Aktuell auch Schwäche und Schmerzen in beiden Händen, besonders links. Ausserdem Schmerzen in den ersten drei Fingern der rechten Hand. Beim Heben des rechten Oberarms Schmerzen der Schulter mit Ausstrahlung in den Oberarm. Zusätzlich Schmerzen und Schwäche in beiden Beinen beim Treppensteigen und nach circa 15 Minuten Gehen. Dann müsse sie sich hinsetzen und circa 20 Minuten warten. Besonders im Sitzen und beim Treppensteigen Schmerzen des rechten Hüftgelenks. Wegen des Verdachts auf eine rheumatische Grunderkrankung würden noch Laboruntersuchungen laufen. Bei der klinischen Untersuchung Verspannung der Schulter-, Nackenmuskulatur. Endgradige Bewegungseinschränkung der HWS. Impingement Symptomatik rechte Schulter mit isometrischer Schwäche des Supraspinatus. Am rechten Handgelenk positives Hoffmann-Tinel-Zeichen und auslösbares Phalen-Zeichen. Keine Atrophie des Daumenballens. Am linken Handgelenk Druckschmerz des 1. Strecksehnenfaches und Schmerzen beim Finkelstein-Test. Druckschmerz und Verspannung der Muskulatur an HWS und LWS bei Kyphose der BWS mit Hyperlordose der LWS. Bei passiver Beseitigung der sternosymphysalen Belastungshaltung Schmerzangabe im Pectoralis beidseits als Ausdruck der schmerzhaften Verkürzung. Beckengeradstand mit äusserlich geraden Beinachsen. Am rechten Hüftgelenk Impingement bei Beugung und Innenrotation ohne Anhalt für Piriformissyndrom. Knie unauffällig. Periphere Sensibilität und Durchblutung ungestört. Die Befunde des Röntgens der rechten Schulter in drei Ebenen, einer Beckenübersicht und der rechten Hüfte axial, der MRI HWS vom 9. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.2 hiervor) und der MRI LWS vom 22. Oktober 2013 (vgl. E. II. 5.3 hiervor) seien der Beschwerdeführerin demonstriert und ausführlich mit ihr besprochen worden. Bezüglich der Wirbelsäulenproblematik bestehe die Indikation zu einer stationären Rehabilitation mit Rumpf- und Rückenkräftigung sowie einer Rückenschule. Eine Instruktion zu eigenen Übungen sei unerlässlich. An der rechten Schulter lasse sich ein Impingement-Syndrom nachweisen. Sollte die Physiotherapie nicht zum Erfolg führen, sei eine Abklärung mittels MRI und eventuell eine subakromiale Dekompression vorzunehmen. Die Schmerzen in der rechten Hand sollten durch eine Messung der Nervenleitgeschwindigkeit abgeklärt werden. Bei einem bestätigten CTS (Carpaltunnelsyndrom) solle primär eine konservative Behandlung und sekundär eine Spaltung des Ligamentum carpi transversum volare erfolgen. In der linken Hand liege eine eindeutig nachweisbare Tendovaginitis de Quervain vor. Eine Cortisoninjektion könne schnell zur Linderung führen. Dies wolle sich die Beschwerdeführerin überlegen. Das milde CAM-Impingement der rechten Hüfte sei einer Physiotherapie zugänglich. Bei anhaltenden Beschwerden sollten ein MRI und ein weiteres Vorgehen nach dem Befund vorgenommen werden. Bei einer Labrumläsion bestehe die Indikation zur arthroskopischen Besserung der

Situation. 5.5 Dr. med. R.\_\_\_\_, Leitender Arzt, K.\_\_\_\_, Institut für Medizinische Radiologie, hielt im Bericht vom 14. November 2013 (IV-Nr. 48 S. 21 f.) aufgrund der durchgeführten 2-Phasen-Ganzkörper-Skelettszintigrafie mit 696 MBq Tc-99m DDP folgende Beurteilung fest: Skelettszintigraphisch zeigten sich keine entzündlich bedingten Mehranreicherungen bzw. Hinweise auf eine aktivierte Arthrose bzw. Arthritis. Geringe degenerative Veränderungen im rechten Handwurzelbereich sowie im Schultergürtelbereich beidseits. Initiale bilaterale Femoropatellararthrose. Wohl chronische Sinusitis maxillaris beidseits. 5.6 Dr. med. J.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 28. März 2014 betreffend die ambulante Untersuchung vom 25. März 2014 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 19 S. 1 ff.): – Hochgradiger Verdacht auf systemischen Lupus erythematodes – DD: undifferenzierte Konnektivitis – Krankheitsbeginn Herbst 2012 mit entzündlichen Arthralgien – ANA-Positivität niedrigtitrig, Anti-dsDNA-Positivität, Rheumafaktor- und Anti-CCP-Negativität – Handgelenksarthritiden rechtsbetont – humorale Entzündungsaktivität August 2013 und November 2013 – Glukokortikoid-Therapie mit deutlicher Beschwerdelinderung – Antimalarikum-Therapie seit Februar 2014 – aktuell: Arthralgien Handgelenk links, Schmerzen Rücken, Knie mit gleichzeitiger Fatigue (im Rahmen des Chronic Central pain-Syndroms) – Vitamin D3-Mangel November 2013 – Fibromyalgie (Chronic Central pain-Syndrome) – Hohlrundrücken – Abortive Hypermotilität (Ellbogen, Kniegelenke) – Zystische Mastopathie – Zystenentfernungen 1974 und 2001 links – Status nach Hysterektomie – Adipositas Grad I (BMI 33,6) In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin die Antimalarikum-Therapie durchgeführt. Eine ophthalmologische Kontrolle habe in der Klinik S.\_\_\_\_ stattgefunden. Es zeigten sich keine Kontraindikationen. Die Beschwerdeführerin sei offensichtlich bis zum 26. März 2014 krankgeschrieben. Sie klagte über Rücken-, Knie-, Handgelenksschmerzen über Tage dauernd, plötzlich auftretend ohne Trauma mit guttuender Wärme. Der Beschwerdeführerin sei eine Physiotherapie in [...] verschrieben worden. Dabei könne auch eine Balneo-Therapie eingesetzt werden. Der Beschwerdeführerin sei nochmals dargelegt worden, dass sie längerfristig für eine leichte bis maximal leicht bis mittelschwere Arbeit arbeitsfähig sei. Die Situation zeige heute einen Hohlrundrücken mit Hyperlordose lumbal und Extensionsschmerz und myofaszialen Befunden im Becken. Deswegen sei die Physiotherapie indiziert. Zentralschmerzmodulierend sei der Beschwerdeführerin eine Johanniskraut-Therapie vorgeschlagen und verordnet worden. Zudem seien ihr Assan Thermo lokal und Soufrolbäder verschrieben worden. Regelmässig sollte eine körperliche Aktivität durchgeführt werden. Eine stationäre Rehabilitation sei nicht gutgeheissen worden. Eine ambulante Behandlung werde durchgeführt. Betreffend die Arbeitsfähigkeit sei eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit unbedingt durchzuführen. Dies sei wichtig, um die Arbeits- und Leistungsfähigkeit verlässlich und objektiviert beurteilen zu können. 5.7 Im Untersuchungsbericht vom 15. April 2014 (IV-Nr. 24 S. 8, Urkunde 13) stellte Dr. med. L.\_\_\_\_ die Diagnose «akutes HWS-Syndrom bei Osteochondrose C5/C6 mit Facettengelenksarthrose und statischer Überbelastung der HWS durch vermehrte BWS Kyphose». Die Beschwerdeführerin berichte über eine heftige Beschwerdezunahme der Halswirbelsäule mit Kopfschmerzen und Ausstrahlung in die Schultern, besonders links. Bei der klinischen Untersuchung Bewegungseinschränkung der Halswirbelsäule bei einer Beweglichkeit für Drehen rechts / links 50/0/40°, Seitneigung rechts / links 45/0/30° und einem Kinn Jugulum Abstand von 2 cm sowie einem Kinn- Schulterabstand rechts / links 2/5 cm. Heftiger Druckschmerz der Wirbelsäulenlängsmuskulatur sowie der Ansätze am Hinterhaupt. Myogelosen der HWS und Schultermuskulatur. Periphere Sensibilität und

Durchblutung ungestört. Röntgen HWS in 2 Ebenen: Seitverbiegung nach links. Beidseits Stummelrippe am 7. Halswirbelkörper. Unkovertebralarthrose der unteren Segmente der Halswirbelsäule mit Osteochondrosis intervertebralis zwischen C5/C6/C7. Die restlichen Zwischenabstände der Wirbelkörper seien unauffällig. Es sei Physiotherapie verordnet worden.

5.8 Dr. med. T.\_\_\_\_, FMH Radiologie, Klinik U.\_\_\_\_, Institut für Radiologie, hielt aufgrund der MR HWS vom 23. April 2014 (IV-Nr. 32 S. 10 f.) folgende Beurteilung fest: Leichte degenerative Diskopathie HWK5/6 mit breitbasiger dorsaler Diskusprotrusion und kleinen Hernien rezessal beidseits; links mehr als rechts. Vor allem der Befund rezessal links könne zusammen mit den klinischen Angaben durchaus zu einer Reizung des weiter kaudal austretenden Spinalnervs C6 links Anlass geben.

5.9 Dr. med. J.\_\_\_\_ bestätigte im Bericht vom 7. Mai 2014 (IV-Nr. 26 S. 2 ff.) die bereits im Bericht vom 28. März 2014 (vgl. E. II. 5.6 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen, wobei er bei der Hauptdiagnose des «hochgradigen Verdachts auf systemischen Lupus erythematodes hinzufügte «aktuell: im Vordergrund stehendes Central pain-Syndrome». Ausserdem stellte er neu die Hauptdiagnose «radiologisch Osteochondrose C5/6 mit Fazettenarthrose April 2014» und hielt bei der Hauptdiagnose «Vitamin D3-Mangel» fest: «aktuell: Mangel Mai 2014». Die Hauptdiagnose der Adipositas Grad II ergänzte er zudem wie folgt: «(BMI 35,9 Mai 2014)». Von Seiten des systemischen Lupus erythematodes bestehe klinisch eine Remission, wobei die Beschwerdeführerin heute eine humorale Aktivität aufweise, im Vordergrund stünden jedoch myalgische Beschwerden und eine diffuse Druckdolenz am ganzen Körper bei normalem CK-Wert (Creatinkinase-Wert) und normalem TSH basal-Wert. Auch fehle eine Anämie, Leukopenie oder Thrombopenie, wie sie bei systemischem Lupus erythematodes gesehen werden könne. Auch fehle eine nephritische Aktivität im Urinstatus. Es fehlten typische Symptome für eine Konnektivitis bis auf die Arthralgien, ohne dass aber heute Synovialitiden getastet werden könnten. Die Beschwerdeführerin werde am 23. Juni 2014 angesichts der komplexen Situation mit Central pain-Syndrome, Konnektivitis eine Rehabilitation in V.\_\_\_\_ beginnen. Die Plaquenil-Medikation werde weitergeführt und bei Persistenz der Entzündung gesteigert und allenfalls durch eine weitere Basistherapie ergänzt. In der Zwischenzeit habe die Beschwerdeführerin selbstständig noch Dr. med. L.\_\_\_\_ aufgesucht, der sie am 11. April 2014 untersucht habe (vgl. E. II. 5.7 hiervor). Dabei hätten sich degenerative Veränderungen an der Halswirbelsäule C5-7 feststellen lassen. Das Gesamtbeschwerdebild sei jedoch durch diese Veränderungen nicht erklärt. Auch Dr. med. L.\_\_\_\_ habe eine physiotherapeutische Behandlung favorisiert. Die gelernte Betriebsschlosserin und gelernte Bürokraft (Diplome aus [...]) sei trotz eines SRK-Kurses mit Ausbildung zur Pflegehelferin aktuell nicht berufstätig. Aufgrund der Gesamtsituation sei eine Arbeitsfähigkeit als Betriebsschlosserin nicht gegeben. Als Kauffrau dürfe die Beschwerdeführerin jedoch im Verlauf aus rheumatologischer Sicht eine 100%ige Arbeitsfähigkeit haben. Als Pflegehelferin sei die Beschwerdeführerin ebenfalls aktuell nicht arbeitsfähig. Es werde dem RAD empfohlen, den Entscheid bis nach den rehabilitativen Massnahmen im Juni 2014 hinauszuzögern. Sollte im Verlauf eine realistische / überprüfte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erfolgen, werde eine Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit empfohlen. Arbiträr lägen die Gewichte aktuell höchstens bei 5 - 10 kg, was einer leichten Tätigkeit entspreche. Ungünstig sei die Gewichtszunahme von 6 kg seit Januar 2013. Dieser Punkt sei anlässlich des Rehabilitationsaufenthalts mit einer Ernährungsberatung und entsprechendem Erlernen eines Verhaltens anzugehen. Weiterhin werde die Beschwerdeführerin die Schulungsinhalte der Psychologie, die sie im April 2014 am

Rehabilitations- und Rheumazentrum gehabt habe inkl. progressiver Muskelrelaxation weiterführen. 5.10 Aufgrund der MR-Schultergelenk links (Arthro) vom 30. Mai 2014 hielt Dr. med. W.\_\_\_\_, FMH für Radiologie, P.\_\_\_\_, folgende Beurteilung fest (IV-Nr. 32 S. 9): Leichtgradige AC-Gelenksarthrose. Einriss an der Basis des Labrums von anterosuperior 11.30 Uhr nach anterior 08.00 Uhr mit begleitendem Knorpelschaden bandförmig am Glenoidrand. PHS calcarea mit Kalkdepot im Ansatz der der Infraspinatussehne. 5.11 Dr. med. J.\_\_\_\_ wies im mit Schreiben vom 5. Juni 2014 folgende «Beurteilung / Procedere» aus (IV-Nr. 48 S. 19 f.): Nachdem die Beschwerdeführerin, wie im Brief vom 7. Mai 2014 erwähnt (vgl. E. II. 5.9 hiervor), eine humorale Entzündungsaktivität aufgewiesen habe, habe er am 30. Mai 2014 nochmals eine klinische Kontrolle vorgenommen. Auch habe er eine Laboruntersuchung durchgeführt. Diese bestätige eine grenzwertige, minim erhöhte CRP-Erhöhung bei unveränderten Arthralgien und Myalgien leichten Grades bei allerdings Überlappung durch ein Chronic Central Pain-Syndrome. Angesichts auch einer diskreten Alpha-Dysproteinämie in der Eiweisselektrophorese vom 6. Mai 2014 und der Dolenz insbesondere der Handgelenke vor allem radial palmar habe er bei der Beschwerdeführerin eine Sonographie durchgeführt. Diese zeige ein Sehnenscheidenganglion der Sehne des Musculus flexor pollicis longus etwas proximal des Os trapezium. Der Durchmesser betrage circa 4 mm und sei septiert. Dieser Befund sei der Beschwerdeführerin mitgeteilt und ihr empfohlen worden, weiterhin nichtsteroidale Entzündungshemmer lokal anzuwenden. Auf eine Punktion der Sehnenscheide werde aktuell verzichtet. Möglicherweise könne im Rahmen der Rehabilitation auch eine vermehrte antientzündliche Behandlung des Sehnenscheidenganglions vorgenommen werden. Rechtsseitig liege kein Sehnenscheidenganglion im Bereich dieser Sehne vor. Im Vordergrund stehe jedoch das Central Pain-Syndrome. Eine Besprechung der Situation sei mit der Beschwerdeführerin im August 2014 vereinbart worden. Die Beschwerdeführerin werde die Antimalarikum-Therapie leicht erhöhen und sich wiederum zur ophthalmologischen Kontrolle melden. 5.12 Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztbericht vom 10. Juli 2014 (IV-Nr. 32 S. 5 ff.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Statisch muskuläres Wirbelsäulensyndrom bei sternosymphysaler Belastungshaltung nach Brügger unter vermehrter BWS-Kyphose und LWS-Lordose – Osteochondrose C5/C6 mit Facettengelenksarthrose und rezidivierenden Schmerz-Syndromen – Mehretagendiskopathie der LWS mit Facettenarthrose am stärksten L4/L5 und chronisch rezidivierenden LWS-Syndromen – Impingement rechte Schulter durch Tendinosis calcarea – Tendovaginitis stenosa de Quervain linke Hand und Verdacht auf CTS rechts – Impingement rechte Hüfte Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Seniorenbetreuerin sei die Beschwerdeführerin ab dem 1. Oktober 2013 bis auf weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Bei der bisherigen Tätigkeit bestünden aufgrund der gesundheitlichen Störung eine Schwäche und Bewegungseinschränkung der Wirbelsäule sowie der oberen und unteren Extremitäten. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar und könne auch nicht durch mögliche Eingliederungsmassnahmen verbessert werden. 5.13 Dr. med. L.\_\_\_\_ hielt im Untersuchungsbericht vom 24. Juli 2014 (IV-Nr. 61 S. 11) betreffend die Untersuchungen vom 14. Mai und 23. Juli 2014 folgende Diagnose fest: «Impingement linke Schulter und Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne bei AC-Arthrose». Es erfolge eine konservative Therapie. Die Beschwerdeführerin berichte über eine Besserung

der Beschwerden an der linken Schulter mit endgradiger Bewegungseinschränkung durch die Behandlung in V.\_\_\_\_. Bei der Untersuchung typisches Impingement der linken Schulter mit isometrischer Schwäche für den Supraspinatus. Die periphere Sensibilität und Durchblutung seien ungestört gewesen. Die in der MRI der linken Schulter vom 30. Mai 2014 (P.\_\_\_\_, vgl. E. II. 5.10 hiervor) festgestellten Befunde seien der Beschwerdeführerin demonstriert und ausführlich mit ihr besprochen worden. Aktuell sei sie nach den Anwendungen in der Reha-Klinik V.\_\_\_\_ nahezu beschwerdefrei. Aus diesem Grund sei aktuell keine spezifische Therapie erforderlich.

5.14 Aufgrund der Abklärung und Behandlung der Beschwerdeführerin in der Klinik X.\_\_\_\_, V.\_\_\_\_, hielten die Fachärztin für Innere Medizin FMH und Pneumologie FMH Y.\_\_\_\_, und der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH und Neurologie FMH Z.\_\_\_\_, im Arztbericht vom 31. Juli 2014 die folgenden Diagnosen fest (IV-Nr. 42 S. 3 ff.): 1. Geringgradiges obstruktives Schlafhypopnoe-Syndrom (ICD-10 G47.31) - lautes Schnarchen in allen Lagen fremdanamnestisch, jede Nacht - häufige Nykturie 2. PLMS und möglicherweise RLS 3. Lupus erythematodes (Erstdiagnose Februar 2014, Dr. med. J.\_\_\_\_ in [...]) 4. Harninkontinenz bei Senkblase 5. Hysterektomie bei Zysten 6. HWS- und LWS-Schmerzsyndrom, DD: im Rahmen von Lupus erythematodes 7. Rezidivierende Bronchitiden Beurteilung: Schwierigkeiten mit dem Einschlafen. Phasenweise Schnarchen, im Vordergrund Flattening, wenige Hypopnoen mit Aufwachreaktionen, im REM / Rückenlage auch tiefe zyklische Entsättigungen. Vermehrte Aufwachreaktionen aufgrund von alleinigem Schnarchen und Flattening. Drei Phasen der periodischen Beinbewegungen. Abends berichte die Beschwerdeführerin über Muskelspannung in den Beinen, die einer RLS-Symptomatik entsprechen könne. Bei fast durchgehendem Flattening sei es schwierig gewesen, bei den Arousals zwischen den bewegungsbedingten und atmungsbedingten Phasen zu differenzieren. Es sei zunächst eine HNO-Untersuchung zur Beurteilung der oberen Atemwege und Beratung über Alternativen zum CPAP vorgeschlagen worden. Die Beschwerdeführerin rufe an, wenn sie sich zur CPAP-Therapie entscheide, um eine Einstellungsnacht zu vereinbaren. Aufgrund der Tagesmüdigkeit, Kopfschmerzen usw. sei die CPAP-Therapie, wenn auch probatorisch, sehr empfehlenswert. Auch die Differenzierung zwischen möglicherweise noch vorhandenen phasischen Sauerstoffabfällen wäre dadurch gut möglich. Im zweiten Schritt, nach der CPAP Einstellung, würden auch die periodischen Beinbewegungen noch besser beurteilt und behandelt werden können.

5.15 Im Arztbericht vom 8. August 2014 (IV-Nr. 33 S. 5 ff.) bestätigte Dr. med. J.\_\_\_\_ aufgrund der ambulanten Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 30. Mai 2014 die bereits im Bericht vom 7. Mai 2014 festgestellten Diagnosen (vgl. E. II).