

# SO\_GERICHTE VSBES.2017.240 vom 14. Juli 2017

SO Obergericht, 2017-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2017.240](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.240)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2017.240 du 14 juillet 2017

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2017.240 del 14 luglio 2017

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1959 geborene Versicherte A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 10. Oktober 2010 bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (IV-Stelle; nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg-Nr. [nachfolgend: IV-Nr.] 9). Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, hielt in diesem Zusammenhang in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2011 (IV-Nr. 20, S. 2) fest, bei der Beschwerdeführerin bestünden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose II, ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, ein Asthma bronchiale sowie eine Fibromyalgie. In der Folge holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein und veranlasste mit Mitteilung an die Beschwerdeführerin vom 9. September 2011 (IV-Nr. 31) bzw. Auftragserteilung vom 19. Oktober 2011 (IV-Nr. 38.1 S. 1) eine polydisziplinäre (internistische, psychiatrische und rheumatologische) Begutachtung beim C.\_\_\_\_, welche am 21. Dezember 2011 durchgeführt wurde. Der Gutachtensbericht datierte auf den 16. Januar 2012 (IV-Nr. 38.1). Gestützt darauf verneinte die Beschwerdegegnerin nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 17. April 2013 (IV-Nr. 82).

Die dagegen am 22. Mai 2013 (IV-Nr. 89, S. 3) durch die Beschwerdeführerin erhobene Beschwerde hiess das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit Urteil vom 12. Mai 2014 (VSBES.2013.148; IV-Nr. 103, S. 2) in dem Sinne gut, dass die Verfügung vom 17. April 2013 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle des Kantons Solothurn zurückgewiesen wurde, damit diese eine neue MEDAS-Abklärung nach dem Verfahren im Sinne der Erwägungen veranlasse und hierauf neu entscheide, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung habe. Zur Begründung hielt das Versicherungsgericht im Wesentlichen fest, der Gutachtensauftrag sei am 19. Oktober 2011 erteilt worden und das Zufallsprinzip gemäss BGE 137 V 210 habe keine Anwendung gefunden, sondern es sei eine direkte Mandatierung erfolgt, welche zu diesem Zeitpunkt bei einem polydisziplinären Gutachten nicht mehr zulässig gewesen sei. Das C.\_\_\_\_-Gutachten sei somit nicht verwertbar.

Gegen das Urteil des Versicherungsgerichts vom 12. Mai 2014 erhob die Beschwerdegegnerin am 13. Juni 2014 Beschwerde an das Bundesgericht (IV-Nr. 110), worauf das Bundesgericht mit Urteil 9C\_474/2014 vom 31. Juli 2014 (IV-Nr. 115, S. 1) nicht eintrat.

1.2 Darauf holte die Beschwerdegegnerin weitere medizinische Unterlagen ein, richtete im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen Taggelder aus (IV-Nrn. 44 - 47) und veranlasste schliesslich bei der D.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten. Im

Gutachtensbericht vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 147.1) führten die Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei sowohl in ihrer bisherigen, als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Gestützt darauf kam die Beschwerdegegnerin nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nr. 153) mit Verfügung vom 14. Juli 2017 (A.S. [Akten-Seite] 1 ff.) zum Schluss, es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente.

2. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 14. September 2017 Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 5 ff.):

3. Mit Eingabe vom 14. November 2017 (A.S. 41) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

4. Mit Verfügung vom 4. Januar 2018 (A.S. 52 f.) wird der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege bewilligt und Rechtsanwalt Claude Wyssmann, [...], als unentgeltlicher Rechtsanwalt bestellt.

5. Am 26. November 2018 findet vor dem Versicherungsgericht eine Verhandlung statt. Anwesend sind die Beschwerdeführerin und ihr Rechtsvertreter, Rechtsanwalt Claude Wyssmann. Die Beschwerdegegnerin hat auf eine Teilnahme an der Verhandlung verzichtet; ihr ist denn auch das Erscheinen freigestellt worden.

Rechtsanwalt Wyssmann reicht weitere Unterlagen (Urkunden 3 - 5) zu den Akten und stellt folgenden Beweisantrag: Das vorliegende Beschwerdeverfahren sei bis zum rechtskräftigen Abschluss des laufenden Datenschutzverfahrens betreffend Dr. med. E.\_\_\_\_ zu sistieren. Nach kurzer Beratung (unter Ausschluss der Parteien) eröffnet das Gericht der Beschwerdeführerin und ihrem Vertreter, dass die Urkunden 3 - 5 zu den Akten genommen werden. Der Sistierungsantrag werde dagegen abgewiesen.

6. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird nachfolgend, soweit notwendig, eingegangen.

## II.

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

### **E. 2**

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts, 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 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung, IVG).

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

Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

### E. 3

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung 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 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

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

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

somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

4. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin seien die D. \_\_\_-Gutachter nicht auf die Ergebnisse der von der Versicherten in Begleitung der IV-Stelle durchgeführten Eingliederungsmassnahmen eingegangen. Nur unvollständig abgeklärt seien zudem die beidseitigen Schulterbeschwerden der Versicherten. So behaupte Dr. med. F. \_\_\_ im orthopädischen Gutachten, die Impingementzeichen seien negativ. Diese Angabe korreliere jedoch nicht mit dem Bericht von Dr. med. G. \_\_\_, Chefarzt Rheumatologie, H. \_\_\_, vom 23. August 2016. Dieser halte eine beidseitige Impingement-Symptomatik der Schultern bei bekannter Tendinitis calcarea (Kalkschultern) fest. Die Beschwerden seien vor allem bei Abduktion vorhanden, was auf eine Rotatorenmanschettenläsion/-pathologie hindeute. Dr. med. F. \_\_\_ habe auch die LWS-Beschwerden nur ungenügend untersucht. So habe er sich mit dem Einholen konventioneller Röntgenbilder begnügt und lediglich eine fortgeschrittene Osteochondrose der unteren LWS festgestellt. Die zwischenzeitlich am 22. Juni 2016 durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS sowie der klinische Untersuchung von Dr. med. I. \_\_\_, Neurochirurgie FMH, J. \_\_\_, vom 4. August 2016 zeigten nun aber eine andere Situation, nämlich fortgeschrittene erosive Osteochondrosen L1/2, d.h. ein Fortschreiten der Bandscheibendegeneration unter Beteiligung und Mitreaktion der knöchernen Endplatten der angrenzenden Wirbelkörper. D.h. es stehe ein akuter Reizzustand mit verstärkten Schmerzen zur Beurteilung. Sodann werde im Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ bei bekannten Spondylarthrosen vor allem L4 bis S1 eine Retrolisthese-Stellung LWK 4 und LWK 5 festgehalten. Der D. \_\_\_-Gutachter halte zwar mit Blick auf das Röntgenbild vom 6. Mai 2016 fest, dass ein teils deutliches Anteglisement von L5 gegenüber S1 sichtbar sei, halte jedoch nicht fest, wie gross dieses sei (in cm) und führe ohne weitere Begründung aus, dass keine sichere Spondylolyse fassbar sei. Den Befund einer Retrolisthese habe er demnach offenbar auch verpasst. Dass es sich sodann bei der Tätigkeit der Versicherten bei der Firma K. \_\_\_ um eine solche ohne Zwangshaltung gehandelt habe, treffe nicht zu. Selbstverständlich sei die Tätigkeit mit Vorneige-Haltungen verbunden gewesen. Das orthopädische Gutachten sei bereits deswegen nicht nachvollziehbar, weil es eine leichte und nicht in Zwangshaltung einzunehmende Tätigkeit postuliere, gleichzeitig aber bei der bisherigen Tätigkeit ebenso wie bei einer leichten Tätigkeit eine 20%ige Einschränkung des Leistungsvermögens postuliere. Nun hätten aber auch die berufsberaterischen Abklärungen der IV-Stelle ergeben, dass die bisherige Tätigkeit keine rückenadaptierte und keine leichte sei. Dies habe auch die RAD-Ärztin derart festgehalten. Diesen Sachverhalt gelte es mittels Nachfrage bei der früheren

Arbeitgeberin weiter zu klären. Gemäss Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 5. September 2016 liege eine humorale Entzündungsaktivität vor. Diese müsse mit Blick auf die linksseitigen Hüft-, Schulter- und Handschmerzen weiter abgeklärt werden. Eine Skelettszintigraphie sei durchgeführt worden. Noch ausstehend sei offenbar eine sonographische Untersuchung. Das Ergebnis derselben gelte es mit Blick auf den Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG) von der IV-Stelle zu beschaffen. Gemäss Bericht von Dr. med. L.\_\_\_\_, Dermatologie FMH, vom 28. Juli 2016 bestehe eine kutane Sarkoidose (Hautsarkoidose). Die Auswirkungen derselben auf das Leistungsvermögen der Versicherten seien bis dato ungeklärt (Müdigkeit, Gelenkschmerzen, usw.). Unbeantwortet geblieben sei auch die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dies gelte ebenfalls für die psychiatrische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Dr. med. E.\_\_\_\_ habe lediglich festgehalten, was in der Vergangenheit vom behandelnden Psychiater, Dr. med. M.\_\_\_\_ und vom C.\_\_\_\_-Psychiater festgehalten worden sei. Überhaupt habe sich Dr. med. E.\_\_\_\_ in unzulässiger Weise weder mit den divergierenden Berichten des behandelnden Psychiaters noch mit den Ergebnissen der Arbeitsversuche der Versicherten (K.\_\_\_\_, ) auseinandergesetzt. Ein entscheidender Mangel an seinem Gutachten sei auch der Umstand, dass seine psychiatrische Exploration vor den somatischen Untersuchungen stattgefunden habe und er entsprechend bloss ausgeführt habe, es bestünden die in den somatischen Fachgutachten beschriebenen somatischen Begleiterkrankungen. Sodann vermöge das leichte Schlafapnoe-Syndrom dennoch die Arbeitsfähigkeit durch erhöhte Tagesmüdigkeit einzuschränken. Des Weiteren erfolge eine Ablehnung des Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ohne jede Begründung. Diese Vorgehensweise der IV stelle eine schwere Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör dar. Ferner mangle es nach wie vor an einem Einkommensvergleich. Dies stelle eine Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes (Art. 43 Abs. 1 AISG) und des Anspruchs auf rechtliches Gehör (Art. 29 Abs. 2 BV) dar. Bei einem Tabellenlohn wäre auf jeden Fall ein Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen, nur schon, weil das Tätigkeitsspektrum der Versicherten stark eingeschränkt sei (Arbeitsschwere und -haltung) und sie sich mit 57 Jahren im fortgeschrittenen Alter befinde.

Demgegenüber vertritt die Beschwerdegegnerin die Ansicht, die aktuellen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin sowohl in ihrer vormals ausgeübten Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin wie auch in einer Verweistätigkeit, wonach die Erstgenannte bereits als leidensangepasst gelte, von der Zeit von Juli 2009 bis Juli 2010 zu 70 % arbeitsfähig gewesen sei, beziehungsweise eine Einschränkung von 30 % vorgewiesen habe. Folglich sei von einem dauerhaft durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitsgrad von unter 40 % auszugehen. Das gesetzliche Wartejahr nach Art. 28 Abs. 1c IVG sei somit nicht erfüllt. Es bestehe keine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Sodann lege die RAD-Ärztin, Dr. med. N.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 23. Januar 2017 ausführlich dar, dass die im Zusammenhang mit dem D.\_\_\_\_-Gutachten geltend gemachten Abweichungen in den Befunden der nachuntersuchenden Ärzte allesamt nur gering seien und damit die gutachterlichen Beurteilungen nicht widerlegten. Bezüglich der Sarkoidose könne jedoch nach dem bestätigten Hautbefall im Juli 2016 ein systemisches Rezidiv nicht sicher ausgeschlossen werden, weshalb entsprechende Berichte einzuholen und dem RAD vorzulegen seien. Aus den nachgereichten Berichten ■ ein Sprechstundenbericht Herrn Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 5. August 2016 sowie ein Bericht von Herrn Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 29. August 2016 ■ gehe gemäss Stellungnahme von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 3. April 2017 hervor, dass es im Rahmen

des neu aufgetretenen Hautbefalls der Sarkoidose nicht zu einem systemischen Rezidiv gekommen sei. Schliesslich sei festzuhalten, dass vorliegend das sogenannte Wartejahr zu keinem Zeitpunkt erfüllt gewesen sei, weshalb ein Einkommensvergleich nicht angezeigt sei. Dies gelte ebenfalls hinsichtlich beruflicher Massnahmen, da der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin weiterhin zugemutet werden könne.

5. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 14. Juli 2017 zu Recht verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinischen Unterlagen von Belang:

5.1 Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Lungenkrankheiten und Innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 20. Juli 2010 (IV-Nr. 13, S. 2) folgende Diagnosen:

Sarkoidose II

Verdacht auf reaktive Depression

Unklare Weichteil- und Gelenkbeschwerden

Asthma bronchiale

Leichtes obstruktives Schlafapnoesyndrom

5.2 Im Bericht vom 15. September 2010 stellte Dr. med. G.\_\_\_\_, Chefarzt des Rehabilitations- und Rheumazentrums des H.\_\_\_\_, folgende Diagnosen:

Die Zusatzuntersuchungen zeigten keine Hinweise für eine aktive Arthritis, hingegen Traceraufnahmen im Bereiche der Rippen vereinbar mit Frakturen. Es bestehe die Anamnese eines Bagatelltraumas, so dass der hochgradige Verdacht auf eine Osteoporose im Rahmen der Glucocorticoid-Therapie bestehe.

5.3 Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2011 (IV-Nr. 20, S. 2) fest, bei der Beschwerdeführerin bestünden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose II, ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine Asthma bronchiale sowie eine Fibromyalgie. Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2010 partiell als Fabrikarbeiterin arbeitsunfähig. Sie sei im Rahmen ihrer Sarkoidose pulmonal und im Rahmen ihrer Fibromyalgie systemisch knapp selbständig in der Lage, ihre Alltagsverrichtungen durchzuführen beziehungsweise ein 50%iges Pensum im Fabrikbereich zu absolvieren. Sie gebe an, täglich von starken Schmerzen geplagt zu sein, klage immer wieder über belastungsabhängige Dyspnoe, nehme im Rahmen der wenigen Mobilität an Gewicht zu und beklage postbrandiale Magenschmerzen im Sinne eines Refluxes. Sie gebe an, an Konzentrationsstörungen zu leiden und fühle sich im Denkvermögen beziehungsweise in der körperlichen Leistungsfähigkeit in mittelschweren Arbeiten klar vermindert leistungsfähig.

5.4 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. April 2012 (IV-Nr. 70, S. 9) folgende Diagnosen:

5.5 Im Bericht vom 8. Mai 2012 (IV-Nr. 49) stellte Dr. med. O.\_\_\_\_ zusätzlich folgende Diagnose:

Papulöse Hautfloreszenzen an beiden Vorderarmen und am Rücken

5.6 In ihrem Verlaufsbericht vom 20. Juli 2012 (IV-Nr. 63) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, es bestünden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit untere Rückenschmerzen bei lumbo-sakraler Überlastung, eine psychische Beeinträchtigung im Rahmen der Depression sowie eine Sarkoidose. Die Beschwerdeführerin sei schon seit mehreren Jahren zu 50 % arbeitsunfähig und im Rahmen ihrer Polymorbidität glaubhaft, andauernd und künftig sicher nur partiell arbeitsfähig. Der Verlauf sei schleppend, immer wieder sei sie vor allem durch die Rückenschmerzen und ihre depressiven Verstimmungen massiv beeinträchtigt.

5.7 Im Bericht vom 24. Januar 2013 (IV-Nr. 72, S. 2) stellte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin sei seit 17. Dezember 2007 bei ihm in psychiatrischer Behandlung. Wegen der neurotischen Selbstwertproblematik habe zu Beginn der Behandlung eine mittelgradige depressive Episode mit Energielosigkeit, Versagensgefühl, multiplen somatischen Beschwerden bestanden. Die Depressivität mit ausgeprägten Stimmungsschwankungen mit wechselnden Phasen von Unruhe und Angetriebenheit, dann wieder völlige Erschöpfung hätten sich unter der Behandlung mit Cipralex gemildert. Es habe eine persönlichkeitsbedingte Verletzbarkeit mit reaktiven Verstimmungszuständen persistiert. Es persistiere weiterhin eine ausgeprägte Anstrengungsdyspnoe, welche die Patientin bei körperlichen Tätigkeiten behindere, was wieder zu Insuffizienz- und Versagensgefühlen führe. Neben der medikamentösen Behandlung arbeite er, Dr. med. M.\_\_\_\_, gesprächs-psychotherapeutisch mit der Beschwerdeführerin. Zentrales Thema sei eine Verbesserung der Selbstakzeptanz durch Aufarbeitung der schwer belastenden Vergangenheit, aber auch der aktuellen Wahrnehmung von ihr selbst. Im Weiteren sei die Verbesserung der Konfliktbewältigung Thema, bei der Tendenz der Patientin, sich als Versagerin zu sehen, den eigenen und projizierten Erwartungen und Anforderungen nicht zu genügen. Entsprechende Situationen führten regelmässig zu dysthymen Verstimmungszuständen, aber auch wiederholt zu depressiven Episoden leichten bis mittelgradigen Ausmasses. Die Beschwerdeführerin arbeite 50 % bei der Firma K.\_\_\_\_ seit der Krankschreibung durch die Hausärztin im Februar 2010. Sie fühle sich bei der Arbeit neben somatischen Beschwerden bei Fibromyalgie und Rückenbeschwerden rasch erschöpft mit Tendenz, bei der monotonen Arbeit einzuschlafen. Sie müsse auch nach der Arbeit am Nachmittag schlafen, fühle sich bei den Hausarbeiten rasch ermüdet und erschöpft, weshalb sie regelmässig Pausen einlegen müsse. Bei behandeltem Boeck und der Adipositas bestehe eine ausgeprägte Anstrengungsdispnoe mit Einschränkung der körperlichen Belastungsfähigkeit. Es bestünden somatische Beschwerden mit Betonung an den Beinen, an den Armen und im Rückenbereich mit wechselnder Lokalisation, teilweise spontan, z. T. ausgelöst durch körperliche Belastungen, was die Beschwerdeführerin ebenfalls in ihren Tätigkeiten einschränke und zu einer psychischen Belastung mit Affektdurchbrüchen, Insuffizienz- und Versagensängsten und depressiv gefärbten Verstimmungszuständen führe. Die medikamentöse Behandlung sei ab 2007 mit Cipralex erfolgt, seit Juli 2012 mit Cymbalta 60 mg. Im Spätherbst 2012 sei die Dosis wegen Stimmungsverschlechterung, verstärkter Ermüdbarkeit und Antriebsverminderung auf 90 mg pro Tag gesteigert worden. Die Beschwerdeführerin habe die Behandlung wegen anhaltenden Phasen mit starken Schweissausbrüchen abgesetzt, was zu einer Krise mit ausgeprägter Stimmungslabilität und Affektdurchbrüchen geführt habe. Sie habe wieder mit Cymbalta 60 mg pro Tag begonnen, was im Verlaufe der letzten 10 Tage wieder zu einer Stabilisierung geführt habe. Die bisherige Tätigkeit sei zu 50 % (Halbtagspensum)

zumutbar. Kurze Pausen mit anderen Tätigkeiten seien sinnvoll und notwendig, im Übrigen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit.

5.8 Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 73) fest, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater sei nicht nachvollziehbar. Er beschreibe vorwiegend körperliche Symptome, die die Arbeitsfähigkeit relevant mindern würden. Wie sich die von ihm postulierte Depression auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, bleibe unklar. Aus dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ könne die Diagnose mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom nicht nachvollzogen werden. Er beschreibe vage eine Depressivität oder dysthyme Verstimmungszustände, ohne spezifisch auf die Befunderhebung einzugehen. Der Zusatz somatisches Syndrom im Zusammenhang mit einer depressiven Episode meine nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen, sondern Interessensverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Das Vorliegen eines tatsächlichen somatischen Syndroms könne allenfalls eine besondere Schwere eines depressiven Syndroms belegen.

5.9 In ihrem Bericht vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 109) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, unterdessen sei der Beschwerdeführerin gekündigt worden und sie arbeite im Stundenlohn für eine Spitexorganisation was ihr in einem reduziertem Pensum mit körperlich und intellektuell nicht anspruchsvollen Arbeiten zumutbar sei. Aktuell sei sie bezüglich ihrer Sarkoidose, ihrer unteren Rückenschmerzen und ihrer bekannten Fibromyalgie knapp alltagstauglich unter laufender Therapie, unterstützt von der psychiatrischen Medikation und Gesprächstherapie in der Praxis von Dr. med. M.\_\_\_\_. An ein höheres Fabrikarbeiterpensum als 50 % sei nicht zu denken, die Beschwerdeführerin realisiere auch aktuell maximal eine Beschäftigung im Spitexbereich von 50 %. Sie sei im freien Arbeitsmarkt wegen ihrer Polymorbidität und Konzentrationsschwäche sowie Langsamkeit nicht mehr beschäftigbar.

5.10 Im polydisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 147.1) werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Die Tätigkeiten könnten überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen durchgeführt werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden. Aus psychiatrischer Optik sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeiten auszuüben. Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren seien aber ungünstig, sodass Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie Tätigkeiten unter Nachtarbeitsbedingungen und Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck auszuschliessen seien. Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 %.

5.11 Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Dermatologie u. Venerologie, hielt in seinem Bericht vom 5. August 2016 (IV-Nr. 161, S. 5) fest, zur Sicherung der klinischen Verdachtsdiagnose bei der vorliegenden granulomatösen Hautveränderung wie auch mit der Fragestellung, inwieweit ein Zusammenhang mit der bereits bekannten Sarkoidose bestehe, sei eine Probebiopsie durchgeführt worden, welche die Diagnose einer kutanen Sarkoidose bestätigt habe. Zur Therapie der Prurigo simplex subacuta, welche unter einer rein systemischen Therapie mit einem Antihistaminikum nicht rückgängig sei, habe er, Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, zusätzlich die Gabe von Doxepin 25 mg/d empfohlen.

5.12 Dr. med. I.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 25. August 2016 (IV-Nr. 157, S. 23) im Wesentlichen folgende Diagnosen:

Belastungs- und bewegungsabhängig verstärkte lumbosacrale Rücken-/ Beckenschmerzen bei

Nach wie vor bestünden vor allem lumbosacrale Rückenschmerzen unterschiedlicher Intensität, diese seien am ehesten auf die Gelenksarthrosen L4/5 und L5/S1 zurückzuführen. Sicherlich bestehe auch zusätzlich eine muskuläre Dysbalance bei auch im MRI nachgewiesener Atrophie der autochtonen Rückenmuskulatur. Aktuell im Vordergrund stehe eine deutliche Druckdolenz trochantär und peritrochantär rechts, am ehesten einer Bursitis trochanterica und / oder Muskelansatzentzündungen entsprechend. Klinisch finde er, Dr. med. I.\_\_\_\_, zurzeit keine Anhaltspunkte für eine relevante kompressive Radiculopathie.

5.13 Dr. med. O.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 29. August 2016 (IV-Nr. 161, S. 5) aus, in den letzten Monaten seien zunehmend infiltrative Hauteffloreszenzen verstreut an Rücken, Nase, Kinn und Oberschenkel aufgetreten. Die Abklärung mittels Hautbiopsie habe eine Hautsarkoidose ergeben. Trotz nicht immer regelmässiger Inhalationsbehandlung mit Seretide sei das Asthma bronchiale ohne Husten oder Atemnot kontrolliert. Die CPAP-Therapie bereite keine Probleme und werde regelmässig durchgeführt. Radiologisch und lungenfunktionell zeigten sich keine Hinweise für eine Aktivitätszunahme im Bereich der Lunge. Subjektiv sei die Beschwerdeführerin auch ohne Husten oder Atemnotbeschwerdefrei. Kalzium und ACE im Serum seien normal. Von pulmonaler Seite bestehe deshalb kein zusätzlicher Behandlungsbedarf.

5.14 Dr. med. G.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 5. September 2016 (IV-Nr. 157, S. 20) aus, die DXA-Untersuchung vor 2 Tagen habe keine Verschlechterung der Knochendichte bei weit im Normbereich liegenden Knochendichtewerten gezeigt. Trotz Risikofaktoren der Glukokortikoid-Therapie über mehrere Monate 2009 und 2010 und des postmenopausalen Zustandes bestehe keine Osteoporose. Frakturen seien seit 2010 nicht aufgetreten. Die Skelettszintigraphie von August 2016 zeige gegenüber 09/2010 unveränderte Traceraufnahmen im Bereiche der Rippen nach Frakturen. Die Indikation für eine erneute Bisphosphonat-Therapie sei aktuell nicht gegeben. Die von der Patientin mitgebrachte LWS-MRI-Untersuchung zeige eine Multietagendiskopathie ohne neue Frakturen. Die Skelettszintigraphie zeige keine arthritischen Veränderungen, dies jedoch bei erhöhter Traceraufnahme und in den Spät-Aufnahmen in einzelnen DIP-Gelenken, PIP-Gelenken und dem Handgelenk links sowie im Bereiche der Wirbelsäule und weniger in den Knie- und Schultergelenken. Die von der Beschwerdeführerin heute erwähnten Hüftbeschwerden könnten somit keinen entzündlichen oder degenerativen Pathologien im Bereiche des Hüftgelenkes in der Skelettszintigraphie zugeordnet werden. Er, Dr. med. G.\_\_\_\_, habe der Beschwerdeführerin deswegen eine sonographische Untersuchung dieser Regionen

vorgeschlagen. Bis anhin fänden sich in den Untersuchungen keine klaren Indizien für ein entzündliches Leiden im Sinne einer Arthritis im Rahmen der Sarkoidose. Die humorale Entzündungsaktivität könnte aber im Rahmen einer Entzündung bei Sarkoidose gesehen werden.

5.15 In der Stellungnahme vom 23. Januar 2017 (IV-Nr. 159) hielt Dr. med. N.\_\_\_\_ fest, im Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 23. August 2016 stehe im Status: «Freie Schulterbeweglichkeit mit angedeutetem Impingement.» Dieser zum D.\_\_\_\_-Gutachten divergierende Befund sei wohl nicht schwer genug ausgeprägt, um die gutachterliche Untersuchung als ungenügend und nicht verwertbar einzustufen. Sodann habe der gutachterliche Orthopäde aufgrund konventioneller Röntgenbilder «lediglich» eine fortgeschrittene Osteochondrose der unteren LWS festgestellt, zwischenzeitlich sei aber ein MRI angefertigt worden, das eine fortgeschrittene erosive Osteochondrose zeige. Auch hier scheine eher ein semantischer als ein relevanter Unterschied in der Beschreibung des gleichen Phänomens vorzuliegen. Das Wirbelgleiten sei vom Gutachter zwar festgestellt worden, das Ausmass nicht, wie vom Vertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht worden sei, in Zentimetern beschrieben worden. Die Abweichungen in den Befunden der nachuntersuchenden Ärzte von dengutachterlichen Befunden seien allesamt nur gering und würden die Untersuchungen und Beurteilungen der Gutachter nicht widerlegen.

5.16 In ihrer Stellungnahme vom 3. April 2017 (IV-Nr. 163) führte Dr. med. N.\_\_\_\_ aus, aus den Berichten gehe hervor, dass es im Rahmen des neu aufgetretenen Hautbefalls der Sarkoidose nicht zu einem systemischen Rezidiv gekommen sei. Das heisse, die lungenärztlichen Abklärungen hätten keine Hinweise darauf ergeben, dass die Erkrankung in der Lunge fortschreiten würde. Augenärztliche Abklärungen hätten, wahrscheinlich mangels Symptomen, zwischenzeitlich nicht stattgefunden.

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist auf die vorgehend unter E. II. 6.1.2 gemachten Ausführungen zu verweisen. So entsprechen die einzelnen depressiven Merkmale höchstens dem Bild einer leichten depressiven Episode. Die somatoforme Schmerzstörung führe darüber hinaus nicht zu gravierenden Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen und komplexer Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Intentionalität und Antrieb.

Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist dem psychiatrischen Teilgutachten Dr. med. E.\_\_\_\_ zu entnehmen, unter der laufenden Behandlung sei eine in der Vergangenheit als mittelschwer attributierte depressive Episode teilremittiert, insoweit sei ein Behandlungserfolg durchaus erkennbar. Die Versicherte erlebe sich zwar subjektiv invalidisiert, ein Eingliederungserfolg sei aber durchaus möglich. Eingliederungsmassnahmen seien anzuraten.

Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. Dem Gutachten ist als Komorbidität die Diagnose «Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS mit leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne Zeichen einer radiculären Defizitsymptomatik» zu entnehmen. Anlässlich der psychiatrischen Exploration präsentiere sich eine über fibromyalgieforme Ganzkörperschmerzen klagende, einzelne depressive Symptome beschreibende, sich teilinvalidisiert erlebende Versicherte. Die Versicherte berichte recht defizitorientiert über ihre körperbezogenen Beschwerden, ihre psychischen Beeinträchtigungen und ihre Minderbelastbarkeit. Die Versicherte habe zunehmend in den letzten Jahren körperbezogene Symptome entwickelt, insbesondere Schmerzen, welche nicht vollumfänglich durch somatische Befunde erklärbar seien.

Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, auf der Persönlichkeitsebene bestehe das Bild einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstruktur mit Selbstwertzweifeln und Asthenie, ohne dass jedoch die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert hinlänglich erfüllt seien. Allenfalls sei von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, welche naturgemäss jedoch zu einer Dekompensationsbereitschaft beitrage und auch die Ressourcen zur Bewältigung seelischer Störungen reduziere. Die somatoforme Schmerzstörung führe darüber hinaus nicht zu gravierenden Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen und komplexer Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Intentionalität und Antrieb.

Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestehe eine gute soziale Integration. Der soziale Kontext sei günstig, sodass Ressourcen zur Überwindung der psychischen Beeinträchtigungen vorhanden seien. Dies geht auch aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin hervor. Sie erlebe die Beziehung zu ihrem Ehemann als stabil. Sie habe gute Kontakte zur Familie ihres Ehemannes, ab und zu habe sie allerdings eher distanzierter Kontakt zu ihren eigenen Geschwistern und ein enger Freundes- und Bekanntenkreis sei ebenfalls vorhanden. Bekannte habe sie über den Chor und vor allem sehe man gelegentlich Freunde, die ebenfalls gerne Motorradfahren würden, sodass man gemeinsame Motorrad-Touren unternehmen könne. Aktuell übe sie in dem Haus, in dem sie wohne, die Funktion der Abwartin aus und kümmere sich gemeinsam mit ihrem Ehemann um die Gartenpflege.

Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus. Die Ausprägung dieser Aktivitäteneinschränkungen sei aber eher gering. Die Versicherte berichte durchaus von Aktivitäten in Alltag und Freizeit. Ein gewisser Leidensdruck sei spürbar und führe auch zu

kontinuierlicher psychiatrischer Fachbehandlung.

Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundegerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin verwiesen werden, welches unter Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde.

#### **E. 4**

Es sei dem unterzeichneten Rechtsanwalt aufgrund kurzfristigem Entschluss der Versicherten zur Beschwerdeführung und gleichzeitiger Arbeitsüberlastung des unterzeichneten Rechtsanwalts eine Frist von 20 Tagen zur Beschwerdeergänzung anzusetzen.

#### **E. 5**

Es sei der Beschwerdeführerin die integrale unentgeltliche Rechtspflege und -verbeiständung zu bewilligen unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand.

#### **E. 6**

Auf die Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses sei zu verzichten.

#### **E. 07**

11/2009, 02 - 06/2010 · Aktuell: inaktiv - Osteoporose · wahrscheinlich glucocorticoidbedingt · Skelettszintigrafie 3. September 2010: Traceraufnahme 7. und 6. Rippe links, weniger 8. und 9. Rippe sowie 9. Rippe rechts im Sinne von Rippenfrakturen - Adipositas Grad II (BMI 36) - Depression - Psychosoziale Belastungssituation - Obstruktives Schlafapnoesyndrom · CPAP-Therapie - Anamnestic Migräne - Nikotinkonsum bis 01/2008 - Asthma bronchiale Die Zusatzuntersuchungen zeigten keine Hinweise für eine aktive Arthritis, hingegen Traceraufnahmen im Bereiche der Rippen vereinbar mit Frakturen. Es bestehe die Anamnese eines Bagatelltraumas, so dass der hochgradige Verdacht auf eine Osteoporose im Rahmen der Glucocorticoid-Therapie bestehe. 5.3 Dr. med. B. \_\_\_\_, Fachärztin für Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht vom 1. Dezember 2011 (IV-Nr. 20, S. 2) fest, bei der Beschwerdeführerin bestünden mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine Sarkoidose II, ein leichtes obstruktives Schlafapnoe-Syndrom, eine Asthma bronchiale sowie eine Fibromyalgie. Die Beschwerdeführerin sei seit Februar 2010 partiell als Fabrikarbeiterin arbeitsunfähig. Sie sei im Rahmen ihrer Sarkoidose pulmonal und im Rahmen ihrer Fibromyalgie systemisch knapp selbständig in der Lage, ihre Alltagsverrichtungen durchzuführen beziehungsweise ein 50%iges Pensum im Fabrikbereich zu absolvieren. Sie gebe an, täglich von starken Schmerzen geplagt zu sein, klage immer wieder über belastungsabhängige Dyspnoe, nehme im Rahmen der wenigen Mobilität an Gewicht zu und beklage postbrandiale Magenschmerzen im Sinne eines Refluxes. Sie gebe an, an Konzentrationsstörungen zu leiden und fühle sich im Denkvermögen beziehungsweise in der körperlichen Leistungsfähigkeit in mittelschweren Arbeiten klar vermindert leistungsfähig. 5.4 Dr. med. I. \_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. April 2012 (IV-Nr. 70, S. 9) folgende Diagnosen: - Chronische, belastungsabhängig verstärkte

Rückenschmerzen bei · degenerativen Veränderungen der gesamten LWS mit rechtskonvexer Torsionsskoliose · Osteochondrosen, Spondylosen und Spondylarthrosen · zusammengesintertem Bandscheibenfach L1 /2 mit ventraler und lateraler Spondylose sowie Spondylarthrose · tiefer stehende Deckplatte ventral LWK 3 ohne Anhaltspunkte für frische Fraktur - Status nach Sarkoidose (Lunge und Hautmanifestation) 2010 - Asthma, Inhalationen - Fibromyalgie, DG 2011 · Cortison-Therapie bzw. Inflammac - Verdacht auf Phenazon-Allergie 5.5 Im Bericht vom 8. Mai 2012 (IV-Nr. 49) stellte Dr. med. O.\_\_\_\_ zusätzlich folgende Diagnose: Papulöse Hautfloreszenzen an beiden Vorderarmen und am Rücken - Histologie Haut Basel B2011.8495: Hautstanze mit Akanthose.

Hyperorthokeratose und leichter Fibrose der oberen Dermis vereinbar mit einer Prurigo simplex. Keine Anhaltspunkte für eine Hautbeteiligung der bekannten Lungensarkoidose - Hautbiopsie Oberarm links: B2011.8496: Hautstanze mit Akanthose, Hyperparakeratose sowie Fibrose sowie mononukleäre Entzündung in der oberen Dermis, vereinbar mit einem Lichen simplex chronicus. Keine Anhaltspunkte für Hautbeteiligung der bekannten Lungensarkoidose 5.6 In ihrem Verlaufsbericht vom 20. Juli 2012 (IV-Nr. 63) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, es bestünden mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit u ntere

Rückenschmerzen bei lumbo-sakraler Überlastung, eine psychische Beeinträchtigung im Rahmen der Depression sowie eine Sarkoidose. Die Beschwerdeführerin sei schon seit mehreren Jahren zu 50 % arbeitsunfähig und im Rahmen ihrer Polymorbidität glaubhaft, andauernd und künftig sicher nur partiell arbeitsfähig. Der Verlauf sei schleppend, immer wieder sei sie vor allem durch die Rückenschmerzen und ihre depressiven Verstimmungen massiv beeinträchtigt. 5.7 Im Bericht vom 24. Januar 2013 (IV-Nr. 72, S. 2) stellte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, folgende Diagnosen: -

Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (F33.12) - Neurotische Persönlichkeit mit ausgeprägter Selbstwertproblematik (ICD-10 F60.8) bei negativen Kindheitserlebnissen inkl. sexuellem Missbrauch (Z61.2, Z61.5) Die Beschwerdeführerin sei seit 17. Dezember 2007 bei ihm in psychiatrischer Behandlung. Wegen der neurotischen Selbstwertproblematik habe zu Beginn der Behandlung eine mittelgradige depressive Episode mit Energielosigkeit, Versagensgefühl, multiplen somatischen Beschwerden bestanden. Die Depressivität mit ausgeprägten Stimmungsschwankungen mit wechselnden Phasen von Unruhe und Angetriebenheit, dann wieder völlige Erschöpfung hätten sich unter der Behandlung mit Ciprexal gemildert. Es habe eine persönlichkeitsbedingte Verletzbarkeit mit reaktiven Verstimmungszuständen persistiert. Es persistiere weiterhin eine ausgeprägte Anstrengungsdyspnoe, welche die Patientin bei körperlichen Tätigkeiten behindere, was wieder zu Insuffizienz- und Versagensgefühlen führe. Neben der medikamentösen Behandlung arbeite er, Dr. med. M.\_\_\_\_, gesprächs-psychotherapeutisch mit der Beschwerdeführerin. Zentrales Thema sei eine Verbesserung der Selbstakzeptanz durch Aufarbeitung der schwer belastenden Vergangenheit, aber auch der aktuellen Wahrnehmung von ihr selbst. Im Weiteren sei die Verbesserung der Konfliktbewältigung Thema, bei der Tendenz der Patientin, sich als Versagerin zu sehen, den eigenen und projizierten Erwartungen und Anforderungen nicht zu genügen. Entsprechende Situationen führten regelmässig zu dysthymen Verstimmungszuständen, aber auch wiederholt zu depressiven Episoden leichten bis mittelgradigen Ausmasses. Die Beschwerdeführerin arbeite 50 % bei der Firma K.\_\_\_\_ seit der Krankschreibung durch die Hausärztin im Februar 2010. Sie fühle sich bei der Arbeit neben somatischen Beschwerden bei Fibromyalgie und Rückenbeschwerden rasch erschöpft mit Tendenz, bei der monotonen Arbeit einzuschlafen. Sie müsse auch nach der

Arbeit am Nachmittag schlafen, fühle sich bei den Hausarbeiten rasch ermüdet und erschöpft, weshalb sie regelmässig Pausen einlegen müsse. Bei behandeltem Boeck und der Adipositas bestehe eine ausgeprägte Anstrengungsdispnoe mit Einschränkung der körperlichen Belastungsfähigkeit. Es bestünden somatische Beschwerden mit Betonung an den Beinen, an den Armen und im Rückenbereich mit wechselnder Lokalisation, teilweise spontan, z. T. ausgelöst durch körperliche Belastungen, was die Beschwerdeführerin ebenfalls in ihren Tätigkeiten einschränke und zu einer psychischen Belastung mit Affektdurchbrüchen, Insuffizienz- und Versagensängsten und depressiv gefärbten Verstimmungszuständen führe. Die medikamentöse Behandlung sei ab 2007 mit Cipralex erfolgt, seit Juli 2012 mit Cymbalta 60 mg. Im Spätherbst 2012 sei die Dosis wegen Stimmungsverschlechterung, verstärkter Ermüdbarkeit und Antriebsverminderung auf 90 mg pro Tag gesteigert worden. Die Beschwerdeführerin habe die Behandlung wegen anhaltenden Phasen mit starken Schweissausbrüchen abgesetzt, was zu einer Krise mit ausgeprägter Stimmungslabilität und Affektdurchbrüchen geführt habe. Sie habe wieder mit Cymbalta 60 mg pro Tag begonnen, was im Verlaufe der letzten 10 Tage wieder zu einer Stabilisierung geführt habe. Die bisherige Tätigkeit sei zu 50 % (Halbtagspensum) zumutbar. Kurze Pausen mit anderen Tätigkeiten seien sinnvoll und notwendig, im Übrigen bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. 5.8 Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), hielt in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 73) fest, die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater sei nicht nachvollziehbar. Er beschreibe vorwiegend körperliche Symptome, die die Arbeitsfähigkeit relevant mindern würden. Wie sich die von ihm postulierte Depression auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, bleibe unklar. Aus dem Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_ könne die Diagnose mittelschwere depressive Episode mit somatischem Syndrom nicht nachvollzogen werden. Er beschreibe vage eine Depressivität oder dysthyme Verstimmungszustände, ohne spezifisch auf die Befunderhebung einzugehen. Der Zusatz somatisches Syndrom im Zusammenhang mit einer depressiven Episode meine nicht körperliche, psychosomatische oder ähnliche Befindlichkeitsstörungen, sondern Interessensverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Das Vorliegen eines tatsächlichen somatischen Syndroms könne allenfalls eine besondere Schwere eines depressiven Syndroms belegen. 5.9 In ihrem Bericht vom 4. Juni 2014 (IV-Nr. 109) führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, unterdessen sei der Beschwerdeführerin gekündigt worden und sie arbeite im Stundenlohn für eine Spitexorganisation was ihr in einem reduziertem Pensum mit körperlich und intellektuell nicht anspruchsvollen Arbeiten zumutbar sei. Aktuell sei sie bezüglich ihrer Sarkoidose, ihrer unteren Rückenschmerzen und ihrer bekannten Fibromyalgie knapp alltagstauglich unter laufender Therapie, unterstützt von der psychiatrischen Medikation und Gesprächstherapie in der Praxis von Dr. med. M.\_\_\_\_. An ein höheres Fabrikarbeiterpensum als 50 % sei nicht zu denken, die Beschwerdeführerin realisiere auch aktuell maximal eine Beschäftigung im Spitexbereich von 50 %. Sie sei im freien Arbeitsmarkt wegen ihrer Polymorbidität und Konzentrationsschwäche sowie Langsamkeit nicht mehr beschäftigbar. 5.10 Im polydisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 147.1) werden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Rezidivierende depressive Störung, leichte depressive Episode (F33.0) 2. Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS mit leicht- bis

mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne Zeichen einer radiculären Defizitsymptomatik  
Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 3. Anhaltende  
somatoforme Schmerzstörung (F45.4) 4. Selbstunsicher-asthene  
Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1) 5. Beginnende Polyarthrose der Fingergelenke ohne  
wesentliche Funktionseinschränkung 6. Adipositas (BMI 38.8 kg/m<sup>2</sup>)

## E. 7

7.1 Nachdem, wie vorgehend festgehalten, die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht einer den Leiden angepassten Tätigkeit entspricht, ist eine Berechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen. Beim Valideneinkommen ist auf das zuletzt bei der K. \_\_\_ erzielte Einkommen abzustellen. Zwar gehen aus der Kündigung vom 21. Januar 2013 (IV-Nr. 164) eher wirtschaftliche Kündigungsgründe hervor. Jedoch ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt aus gesundheitlichen Gründen nur noch in einem 50%-Pensum angestellt war und die Arbeitgeberin in ihrem Schreiben vom 10. Mai 2012 (IV-Nr. 48) zum Ausdruck gebracht hat, dass bei der Beschwerdeführerin auch im Rahmen dieses Pensums Beschwerden auftraten, was die Einsatzmöglichkeiten weiter einschränke. Die körperliche Leistungsfähigkeit betrage maximal 50 %. Somit ist de facto dennoch von einer Kündigung aus gesundheitlichen Gründen auszugehen. Gemäss Protokolleintrag vom 16. Januar 2012, S. 4, betrug das Einkommen bei einem 100%-Pensum CHF 4'095.00 pro Monat. Dies ergibt für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von CHF 53'235.00 (13 x CHF 4'095.00; vgl. Verfügung vom 17. April 2013, IV-Nr. 82).

7.2 Da die Beschwerdeführerin bislang keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, ist bezüglich des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn abzustellen. Die Beschwerdeführerin hat zwar gemäss eigenen Aussagen eine Ausbildung zur Coiffeuse absolviert, hat danach aber nur drei Monate als Coiffeuse gearbeitet. In der Folge war sie jeweils in ungelernten Berufen tätig (vgl. S. 45 des D. \_\_\_-Gutachtens). Somit rechtfertigt es sich, beim Tabellenlohn auf das Niveau 4, Frauen, LSE 2010, TA 1, Total, abzustellen: CHF 4'225.00, x 12, Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Teuerung 2011 (: 100 x 101), davon 80 % = CHF 42'707.00 (vgl. IV-Nr. 82).

7.2.1 Wird das Invalideneinkommen 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) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 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). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilweise erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009, E. 2.1.1 mit Hinweisen). So

verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 75 - 89 % im hier massgebenden Anforderungsniveau 4 rund 6 % weniger als bei einem Beschäftigungsgrad von mehr als 90 % (vgl. z.B. Tabelle T2\* der LSE 2006 S. 16). Weiter ist nach der Rechtsprechung 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).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Einkommensvergleich durchgeführt und demnach auch keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Wie in Ziffer II. 5.10 vorgehend festgehalten, ist die Beschwerdeführerin gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten wie folgt eingeschränkt: Sie sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Die Tätigkeiten könnten überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen durchgeführt werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden. Aus psychiatrischer Optik sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeiten auszuüben. Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren seien aber ungünstig, sodass Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie Tätigkeiten unter Nacharbeitsbedingungen und Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck auszuschliessen seien. Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Da bei der Beschwerdeführerin aber gemäss Zumutbarkeitsprofil die genannten, nicht unerheblichen zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, ist ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug von

## **E. 8**

Verdacht auf nicht-alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD)

### **E. 8.2**

8.2.1 Vorweg ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die Ablehnung des Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ohne jede Begründung erfolgt sei, was eine schwere Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör darstelle. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung ausführte, es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen, da der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin weiterhin zugemutet werden könne. Bei dieser Ausgangslage war eine weitergehende Begründung nicht erforderlich, womit keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt. 8.2.2 Nachdem der Beschwerdeführerin, wie vorgehend festgehalten, die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, kann der Anspruch auf berufliche Massnahmen aber nicht mehr damit verneint werden, berufliche Massnahmen seien per se nicht erforderlich. Angesichts des Invaliditätsgrades von 28 % hat

die Beschwerdeführerin denn auch grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Zudem wurde im D.\_\_\_\_-Gutachten die Notwendigkeit der Durchführung von beruflichen Massnahmen bejaht. Die Versicherte erlebe sich zwar subjektiv invalidisiert, ein Eingliederungserfolg sei aber durchaus möglich. Eingliederungsmassnahmen seien anzuraten. Gewisse Fragezeichen dürfte es hingegen bei der subjektiven Eingliederungsbereitschaft der Beschwerdeführerin geben. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung im Rahmen der D.\_\_\_\_-Begutachtung an, sie könne sich eine Teilzeittätigkeit im 50%-Pensum durchaus vorstellen. Ein zeitlicher umfangreicheres Engagement sei für sie jedoch mit ihren Beschwerden unvorstellbar (S. 45 des Gutachtens). So fehlt es an einer subjektiven Eingliederungsbereitschaft auch dann, wenn die versicherte Person nicht bereit ist, ihre Arbeitsfähigkeit in dem ihr gutachterlich attestierten zumutbaren Rahmen auszuüben. Vorliegend ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin erst nach Vorliegen des Gutachtens darüber Bescheid wusste, dass für sie ein 80%-Pensum als zumutbar erachtet wird. Zudem sind ihre diesbezüglichen Äusserungen nicht als derart endgültig zu betrachten, dass daraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden könnte, Eingliederungsmassnahmen im Rahmen eines 80%-Pensums würden zum Vornherein infolge fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft scheitern. Es ist denn auch nicht ausgeschlossen, dass im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen ein Arbeitsversuch in einem tieferen Pensum gestartet wird, welches in der Folge sukzessive erhöht wird. Die Beschwerde ist demnach in diesem Sinne teilweise gut zu heissen, dass der Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zugesprochen werden.

9. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Bei der Bemessung der Parteientschädigung ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin im Hauptbegehren die Ausrichtung einer Invalidenrente und nur sekundär Eingliederungsmassnahmen verlangt hat. Sie hat somit nur teilweise obsiegt. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes viel höher ausfiel, weil er neben den zugesprochenen Eingliederungsmassnahmen eine Invalidenrente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb gerechtfertigt, im Rahmen der Parteientschädigung nur 1/3 des Aufwandes zu vergüten. Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an die Klientin vom 15. September, 20. September, 11. Oktober, 27. Oktober, 21. November, 7. Dezember 2017 sowie vom 9. Januar, 8. Juni, 25. Juli 2018; Einreichung der UP-Unterlagen am 11. Oktober 2017), der bereits im Stundenansatz

enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem werden in den Kostennoten mehrere Positionen geltend gemacht, die nicht direkt mit dem vorliegenden Verfahren im Zusammenhang stehen und demnach nicht zu vergüten sind (Briefe, Telefonate und E-Mail an Basler Leben AG und an die Profond). Sodann sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 851.00 (9.43 : 3 Stunden zu CHF 240.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen (1/3 von CHF 103.70) und MwSt) festzusetzen. 9.2 Da die Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege steht (vgl. E. I. 4. hiervor), sind dem unentgeltlichen Rechtsbeistand die übrigen 2/3 des Aufwandes durch den Kanton Solothurn zu entschädigen. 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 ZPO). Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'295.10 festzusetzen (9.43 Stunden / davon 2/3 zu CHF 180.00, zuzügl. 2/3 der Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 345.65 (Differenz zum vollen Honorar [9.43 : 3 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = 1'640.75 ; - 1'295.10 = CHF 345.65]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO). Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt. 9.3 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 von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 660.00 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). Die Beschwerdegegnerin hat an die Verfahrenskosten CHF 340.00 zu bezahlen.

## **E. 9**

Hypertonus

## **E. 10**

% gerechtfertigt. Dagegen ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstnachteil für Frauen im Anforderungsniveau 4 statistisch nicht ausgewiesen (LSE 2004, S. 25, T6), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich

schmälert (vgl. LSE 2004 TA9, S. 65). Schliesslich ist nicht anzunehmen, dass die relativ kurze Absenz vom Arbeitsmarkt das berufliche Fortkommen der Beschwerdeführerin in einer Hilfsarbeitertätigkeit erheblich einschränkt. Damit ist auch aus diesem Grund kein zusätzlicher Abzug gerechtfertigt.

7.3 Somit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 53'235.00 und einem Invalideneinkommen von 38'436.30 (CHF 42'707.00 - 10 % Abzug vom Tabellenlohn) ein Invaliditätsgrad von 28 % und damit kein Anspruch auf eine Rente.

8.

8.1 Die Beschwerdeführerin lässt neben der Ausrichtung einer Invalidenrente beantragen, es seien weitere Massnahmen zur beruflichen Eingliederung anzuordnen. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) 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; und
- die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind.

Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15-18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, eine Entschädigung für Beitragserhöhungen oder auch Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und die sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben.

Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes.

Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG).

Die Leistungen können nach Artikel 21 Absatz 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Artikel 7 dieses Gesetzes oder nach Artikel 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG).

8.2

8.2.1 Vorweg ist auf die Rüge der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die Ablehnung des Anspruchs auf berufliche Eingliederungsmassnahmen ohne jede Begründung erfolgt sei, was eine schwere Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör darstelle. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung ausführte, es bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen, da der Beschwerdeführerin ihre angestammte Tätigkeit als Fabrikmitarbeiterin weiterhin zugemutet werden könne. Bei dieser Ausgangslage war eine weitergehende Begründung nicht erforderlich, womit keine Verletzung des rechtlichen Gehörs vorliegt.

8.2.2 Nachdem der Beschwerdeführerin, wie vorgehend festgehalten, die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar ist, kann der Anspruch auf berufliche Massnahmen aber nicht mehr damit verneint werden, berufliche Massnahmen seien per se nicht erforderlich. Angesichts des Invaliditätsgrades von 28 % hat die Beschwerdeführerin denn auch grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Zudem wurde im D.\_\_\_\_-Gutachten die Notwendigkeit der Durchführung von beruflichen Massnahmen bejaht. Die Versicherte erlebe sich zwar subjektiv invalidisiert, ein Eingliederungserfolg sei aber durchaus möglich. Eingliederungsmassnahmen seien anzuraten. Gewisse Fragezeichen dürfte es hingegen bei der subjektiven Eingliederungsbereitschaft der Beschwerdeführerin geben. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der psychiatrischen Untersuchung im Rahmen der D.\_\_\_\_-Begutachtung an, sie könne sich eine Teilzeittätigkeit im 50%-Pensum durchaus vorstellen. Ein zeitlicher umfangreicheres Engagement sei für sie jedoch mit ihren Beschwerden unvorstellbar (S. 45 des Gutachtens). So fehlt es an einer subjektiven Eingliederungsbereitschaft auch dann, wenn die versicherte Person nicht bereit ist, ihre Arbeitsfähigkeit in dem ihr gutachterlich attestierten zumutbaren Rahmen auszuüben. Vorliegend ist jedoch zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin erst nach Vorliegen des Gutachtens darüber Bescheid wusste, dass für sie ein 80%-Pensum als zumutbar erachtet wird. Zudem sind ihre diesbezüglichen Äusserungen nicht als derart endgültig zu betrachten, dass daraus mit überwiegender Wahrscheinlichkeit geschlossen werden könnte, Eingliederungsmassnahmen im Rahmen eines 80%-Pensums würden zum Vornherein infolge fehlender subjektiver Eingliederungsbereitschaft scheitern. Es ist denn auch nicht ausgeschlossen, dass im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen ein Arbeitsversuch in einem tieferen Pensum gestartet wird, welches in der Folge sukzessive erhöht wird. Die Beschwerde ist demnach in diesem Sinne teilweise gut zu heissen, dass der Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zugesprochen werden.

9.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Bei der Bemessung der Parteientschädigung ist zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin im Hauptbegehren die Ausrichtung einer Invalidenrente und nur sekundär Eingliederungsmassnahmen verlangt hat. Sie hat somit nur teilweise obsiegt. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand des Versichertenanwaltes beeinflusst hat (vgl. Urteil 8C\_449/2016 vom 2. November 2016 E. 3.1.1; BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Angesichts der im vorliegenden Verfahren eingereichten Rechtsschriften ist festzuhalten, dass der Prozessaufwand des Versichertenanwaltes viel höher ausfiel, weil er neben den zugesprochenen Eingliederungsmassnahmen eine Invalidenrente beantragt hat und dies dementsprechend begründen musste. Im Lichte der dargelegten Grundsätze erscheint es deshalb

gerechtfertigt, im Rahmen der Parteientschädigung nur 1/3 des Aufwandes zu vergüten.

Im Vergleich zu den eingereichten Kostennoten sind vorweg verschiedene der geltend gemachten Positionen zu streichen: Mehrere Positionen stellen Kanzleiaufwand dar (Orientierungskopien an die Klientin vom 15. September, 20. September, 11. Oktober, 27. Oktober, 21. November, 7. Dezember 2017 sowie vom 9. Januar, 8. Juni, 25. Juli 2018; Einreichung der UP-Unterlagen am 11. Oktober 2017), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und nicht gesondert entschädigt wird. Zudem werden in den Kostennoten mehrere Positionen geltend gemacht, die nicht direkt mit dem vorliegenden Verfahren im Zusammenhang stehen und demnach nicht zu vergüten sind (Briefe, Telefonate und E-Mail an Basler Leben AG und an die Profond). Sodann sind Kopien pro Stück nur mit 50 Rappen zu vergüten (§ 158 Abs. 3 Gebührentarif) und nicht mit CHF 1.00, wie in der Kostennote geltend gemacht wird.

In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung demnach auf CHF 851.00 (9.43 : 3 Stunden zu CHF 240.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen (1/3 von CHF 103.70) und MwSt) festzusetzen.

9.2 Da die Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege steht (vgl. E. I. 4. hiervor), sind dem unentgeltlichen Rechtsbeistand die übrigen 2/3 des Aufwandes durch den Kanton Solothurn zu entschädigen. Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeistandin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO). Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 18. September 2006 seit 1. Oktober 2006 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT) CHF 180.00. Damit ist die Kostenforderung auf CHF 1'295.10 festzusetzen (9.43 Stunden / davon 2/3 zu CHF 180.00, zuzügl. 2/3 der Auslagen und MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 345.65 (Differenz zum vollen Honorar [9.43 : 3 x CHF 230.00 + Auslagen + MwSt. = 1'640.75 ; - 1'295.10 = CHF 345.65]) während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (§ 123 ZPO).

Der Nachzahlungsanspruch wird praxisgemäss basierend auf einem Stundenansatz von CHF 230.00 festgesetzt (vgl. § 160 Abs. 2 GT), wenn wie vorliegend keine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird, in der ein höherer Ansatz vereinbart worden ist. Andernfalls wäre das rechtliche Gehör der Beschwerdeführerin, die sich zur Höhe des Stundenansatzes nicht äussern konnte, verletzt.

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 einen Betrag von CHF 660.00 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). Die Beschwerdegegnerin hat an die Verfahrenskosten CHF 340.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne teilweise gutgeheissen, dass die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 14. Juli 2017 aufgehoben wird und der Beschwerdeführerin berufliche Eingliederungsmassnahmen zugesprochen werden. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 851.00 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die Kostenforderung des unentgeltlichen Rechtsbeistandes, Claude Wyssmann, [...], wird auf CHF 1'295.10 (inkl. Auslagen und MwSt) festgesetzt, zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates sowie der Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 345.65 während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten CHF 340.00 zu bezahlen.

5. Die Beschwerdeführerin hat an die Verfahrenskosten CHF 660.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. \_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

6. Das Protokoll der Verhandlung vom 26. November 2018 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

7. Die vom Vertreter der Beschwerdeführerin anlässlich der Verhandlung eingereichten Kostennoten und Unterlagen (Urkunden 3 - 5) gehen zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin                      Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst                              Isch

**E. 11**

Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom

**E. 12**

Asthma bronchiale

### **E. 13**

Verdacht auf Osteoporose

### **E. 14**

Verdacht auf Lichen ruber Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Die Tätigkeiten könnten überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen durchgeführt werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden. Aus psychiatrischer Optik sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeiten auszuüben. Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren seien aber ungünstig, sodass Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie Tätigkeiten unter Nacharbeitsbedingungen und Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck auszuschliessen seien. Die Arbeitsfähigkeit betrage sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit 80 %. 5.11 Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Dermatologie u. Venerologie, hielt in seinem Bericht vom 5. August 2016 (IV-Nr. 161, S. 5) fest, zur Sicherung der klinischen Verdachtsdiagnose bei der vorliegenden granulomatösen Hautveränderung wie auch mit der Fragestellung, inwieweit ein Zusammenhang mit der bereits bekannten Sarkoidose bestehe, sei eine Probebiopsie durchgeführt worden, welche die Diagnose einer kutanen Sarkoidose bestätigt habe. Zur Therapie der Prurigo simplex subacuta, welche unter einer rein systemischen Therapie mit einem Antihistaminikum nicht rückgängig sei, habe er, Prof. Dr. med. L.\_\_\_\_, zusätzlich die Gabe von Doxepin 25 mg/d empfohlen. 5.12 Dr. med. I.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 25. August 2016 (IV-Nr. 157, S. 23) im Wesentlichen folgende Diagnosen: Belastungs- und bewegungsabhängig verstärkte lumbosacrale Rücken-/ Beckenschmerzen bei - Degenerativen Veränderungen der LWS mit leichter rechtskonvexer Skoliose - Fortgeschrittener erosiver Osteochondrose L1/2 - Spondylarthrosen vor allem L4 bis S1 mit Retrolisthese-Stellung LWK 4 und LWK 5 - Relativer recessaler Einengung L3/4 linksbetont, L4/5 rechtsbetont - Status nach erfolgloser Facetteninfiltration L4/5 beidseits am 26. April 2012 - Status nach erfolgreicher Facetteninfiltration L5/S1 Nach wie vor bestünden vor allem lumbosacrale Rückenschmerzen unterschiedlicher Intensität, diese seien am ehesten auf die Gelenksarthrosen L4/5 und L5/S1 zurückzuführen. Sicherlich bestehe auch zusätzlich eine muskuläre Dysbalance bei auch im MRI nachgewiesener Atrophie der autochtonen Rückenmuskulatur. Aktuell im Vordergrund stehe eine deutliche Druckdolenz trochantär und peritrochantär rechts, am ehesten einer Bursitis trochanterica und / oder Muskelansatztendinosen entsprechend. Klinisch finde er, Dr. med. I.\_\_\_\_, zurzeit keine Anhaltspunkte für eine relevante kompressive Radiculopathie. 5.13 Dr. med. O.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 29. August 2016 (IV-Nr. 161, S. 5) aus, in den letzten Monaten seien zunehmend infiltrative Hauteffloreszenzen verstreut an Rücken, Nase, Kinn und Oberschenkel aufgetreten. Die Abklärung mittels Hautbiopsie habe eine Hautsarkoidose ergeben. Trotz nicht immer regelmässiger Inhalationsbehandlung mit Seretide sei das Asthma bronchiale ohne Husten oder Atemnot kontrolliert. Die CPAP-Therapie bereite keine Probleme und werde regelmässig durchgeführt. Radiologisch und lungenfunktionell zeigten sich keine Hinweise für eine Aktivitätszunahme im Bereich der Lunge. Subjektiv sei die Beschwerdeführerin auch ohne Husten oder Atemnot beschwerdefrei. Kalzium und ACE im Serum seien normal. Von pulmonaler Seite bestehe deshalb kein zusätzlicher

Behandlungsbedarf. 5.14 Dr. med. G.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 5. September 2016 (IV-Nr. 157, S. 20) aus, die DXA-Untersuchung vor 2 Tagen habe keine Verschlechterung der Knochendichte bei weit im Normbereich liegenden Knochendichtewerten gezeigt. Trotz Risikofaktoren der Glukokortikoid-Therapie über mehrere Monate 2009 und 2010 und des postmenopausalen Zustandes bestehe keine Osteoporose. Frakturen seien seit 2010 nicht aufgetreten. Die Skelettszintigraphie von August 2016 zeige gegenüber 09/2010 unveränderte Traceraufnahmen im Bereiche der Rippen nach Frakturen. Die Indikation für eine erneute Bisphosphonat-Therapie sei aktuell nicht gegeben. Die von der Patientin mitgebrachte LWS-MRI-Untersuchung zeige eine Multietagendiskopathie ohne neue Frakturen. Die Skelettszintigraphie zeige keine arthritischen Veränderungen, dies jedoch bei erhöhter Traceraufnahme und in den Spät-Aufnahmen in einzelnen DIP-Gelenken, PIP-Gelenken und dem Handgelenk links sowie im Bereiche der Wirbelsäule und weniger in den Knie- und Schultergelenken. Die von der Beschwerdeführerin heute erwähnten Hüftbeschwerden könnten somit keinen entzündlichen oder degenerativen Pathologien im Bereiche des Hüftgelenkes in der Skelettszintigraphie zugeordnet werden. Er, Dr. med. G.\_\_\_\_, habe der Beschwerdeführerin deswegen eine sonographische Untersuchung dieser Regionen vorgeschlagen. Bis anhin fänden sich in den Untersuchungen keine klaren Indizien für ein entzündliches Leiden im Sinne einer Arthritis im Rahmen der Sarkoidose. Die humorale Entzündungsaktivität könnte aber im Rahmen einer Entzündung bei Sarkoidose gesehen werden. 5.15 In der Stellungnahme vom 23. Januar 2017 (IV-Nr. 159) hielt Dr. med. N.\_\_\_\_ fest, im Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 23. August 2016 stehe im Status: «Freie Schulterbeweglichkeit mit angedeutetem Impingement.» Dieser zum D.\_\_\_\_-Gutachten divergierende Befund sei wohl nicht schwer genug ausgeprägt, um die gutachterliche Untersuchung als ungenügend und nicht verwertbar einzustufen. Sodann habe der gutachterliche Orthopäde aufgrund konventioneller Röntgenbilder «lediglich» eine fortgeschrittene Osteochondrose der unteren LWS festgestellt, zwischenzeitlich sei aber ein MRI angefertigt worden, das eine fortgeschrittene erosive Osteochondrose zeige. Auch hier scheine eher ein semantischer als ein relevanter Unterschied in der Beschreibung des gleichen Phänomens vorzuliegen. Das Wirbelgleiten sei vom Gutachter zwar festgestellt worden, das Ausmass nicht, wie vom Vertreter der Beschwerdeführerin geltend gemacht worden sei, in Zentimetern beschrieben worden. Die Abweichungen in den Befunden der nachuntersuchenden Ärzte von den gutachterlichen Befunden seien allesamt nur gering und würden die Untersuchungen und Beurteilungen der Gutachter nicht widerlegen. 5.16 In ihrer Stellungnahme vom 3. April 2017 (IV-Nr. 163) führte Dr. med. N.\_\_\_\_ aus, aus den Berichten gehe hervor, dass es im Rahmen des neu aufgetretenen Hautbefalls der Sarkoidose nicht zu einem systemischen Rezidiv gekommen sei. Das heisse, die lungenärztlichen Abklärungen hätten keine Hinweise darauf ergeben, dass die Erkrankung in der Lunge fortschreiten würde. Augenärztliche Abklärungen hätten, wahrscheinlich mangels Symptomen, zwischenzeitlich nicht stattgefunden. 6. 6.1 Da sich die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das D.\_\_\_\_-Gutachten vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 147.1) stützt, ist vorweg dessen Beweiswert zu prüfen. Dieses ist für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden und ist in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden. Damit erfüllt es die formellen Voraussetzungen, welche die Rechtsprechung von einem Gutachten verlangt. Nachfolgend ist sodann zu prüfen, ob das D.\_\_\_\_-Gutachten auch hinsichtlich der Diagnoseerhebung, Schlussfolgerungen und Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen vermag. 6.1.1 Im

orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 147.1, S. 31) führt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie des Bewegungsapparates, aus, die Beschwerdeführerin habe zuletzt als Fabrikmitarbeiterin in einem autoteileproduzierenden Gewerbe gearbeitet. Sie habe die Tätigkeit einer Maschinenbedienerin gehabt und habe die Tätigkeit sowohl im Sitzen als auch im Stehen durchführen können. Bei der klinischen Untersuchung stelle sich bei lotgerichtetem Aufbau keine Schmerzfehlhaltung dar. Die Versicherte sei in der Lage während der gesamten Exploration entspannt auf dem Holzstuhl zu sitzen. Aufgrund des deutlich erhöhten Körpergewichtes seien die Bewegungen allesamt schwerfällig und auch hierdurch bewegungslimitiert. Die Funktionen der BWS/LWS würden als leicht- bis mittelgradig eingestuft. Der FBA betrage 5 cm, das Zeichen nach Schober: 10/13.5 cm, das Zeichen nach Ott: 30/32 cm. Die Funktionen für Rotation und Seitneigung seien leicht bis mittelgradig funktionseingeschränkt. Die Röntgenbilder zeigten bereits deutliche Zeichen einer lumbalen Degeneration auf, klinisch liessen sich jedoch keine Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik nachweisen. Bei den Umfangsmessungen der Beine stellten sich diese seitengleich dar. Das Nervendehnungszeichen nach Lasegue und Bragard als auch der Reflexstatus seien seitengleich auslösbar. Gestützt auf die vorgehende Befunderhebung hält Dr. med. F.\_\_\_\_ nachvollziehbar fest, wiederkehrende Rückenschmerzen führten zur Reduktion der Produktivität durch vermehrte Pausen. Die Arbeitsfähigkeit in leidensadaptierten Tätigkeiten betrage 80 %. Die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Tätigkeiten in Zwangshaltungen (Vorneige) sollten vermieden werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden. Nicht gefolgt werden kann dem orthopädischen Gutachter dahingehend, als er die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als Fabrikmitarbeiterin bei der K.\_\_\_\_ ebenfalls als eine den Leiden angepasste Tätigkeit erachtet. Dies geht so zwar jeweils aus den Abschlussberichten der Eingliederungsfachpersonen der IV-Stelle hervor (vgl. IV-Nrn. 61 und 30). Insofern kann dies dem Gutachter kaum zum Vorwurf gemacht werden. Jedoch wurde im Arbeitgeberfragebogen der K.\_\_\_\_ vom 28. Oktober 2010 (IV-Nr. 17) angegeben, die Beschwerdeführerin habe bei ihrer Tätigkeit selten mittelschwer im Bereich von 10 - 25 kg zu heben oder zu tragen. Im Zumutbarkeitsprofil des D.\_\_\_\_-Gutachtens wird aber ausdrücklich festgehalten, die Versicherte sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Zudem geben sich auch aus dem Protokolleintrag vom 4. Oktober 2010 (Protokoll, S. 5), welcher anlässlich einer Arbeitsplatzbesichtigung durch die Beschwerdegegnerin erstellt wurde, Hinweise, dass es sich bei der bisherigen Tätigkeit nicht um eine ausschliesslich leichte Tätigkeit gehandelt hat. So seien die zu tragenden Kisten schwer gewesen. Insgesamt ist deshalb die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin als nicht eine den Leiden ideal angepasste Tätigkeit zu betrachten, was bei der Berechnung des Invalideneinkommens hiernach zu berücksichtigen sein wird. Da die Einschätzung hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit ansonsten überzeugend ist, kann im Resultat dennoch auf das schlüssige Teilgutachten von Dr. med. F.\_\_\_\_ abgestellt werden.

6.1.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 147.1, S. 40) hält Dr. med. E.\_\_\_\_ fest, die Versicherte berichte recht defizitorientiert über ihre körperbezogenen Beschwerden, ihre psychischen Beeinträchtigungen und ihre Minderbelastbarkeit. Die Schilderung der Beschwerden geschehe dabei gelegentlich etwas histrionisch geprägt. Die eingehende psychiatrische Exploration der Versicherten offenbare einzelne depressive Merkmale, diese entsprächen

aber höchstens dem Bild einer leichten depressiven Episode. Weiter führt Dr. med. E.\_\_\_\_ gestützt auf seine umfassende Befunderhebung (S. 45 ff. des Gutachtens) nachvollziehbar aus, die diagnostischen Algorithmen einer mittelschweren oder gar einer schweren Depression seien ebenso wenig erfüllt wie die Merkmale einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung. Zwar weise die Versicherte weit in die Biographie zurückreichend asthen-selbstunsichere Persönlichkeitsmerkmale auf, aber diese seien keineswegs so ausgeprägt, dass von einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden könne, allenfalls von einer Persönlichkeitsakzentuierung, welche naturgemäss jedoch zu einer Dekompensationsbereitschaft beitrage und auch die Ressourcen zur Bewältigung seelischer Störungen reduziere. Des Weiteren sei festzuhalten, dass die Versicherte, die bereits unter schwierigen Sozialisationsbedingungen aufgewachsen sei, zunehmend in den letzten Jahren körperbezogene Symptome entwickelt habe, insbesondere Schmerzen, welche nicht vollumfänglich durch somatische Befunde erklärbar seien. Es bestehe ein fibromyalgieformes Ganzkörperschmerzsyndrom, welches mit Blick auf die Verknüpfung mit psychosozialen Belastungsfaktoren und innerseelischen, aus der Psychobiographie herleitbaren, Konflikten und Belastungen, als Ausdruck einer somatoformen Schmerzstörung zu interpretieren sei. Eine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit resultiere indes aus der somatoformen Schmerzstörung nicht. Es zeige sich hier weder ein ausgewiesener sozialer Rückzug aus allen Lebensbereichen, noch finde sich eine gravierende Psychopathologie in Verknüpfung mit der Schmerzsymptomatik. Auch verfüge die Versicherte über ausreichende Ressourcen in den komplexen Ich-Funktionen, mit denen es ihr gelinge, Hemmungen gegenüber einer Arbeitsleistung mit Willenskräften zu überwinden. Die depressive Symptomatik der Versicherten sei bei fehlenden Hinweisen auf vollständigen Interesseverlust, fehlenden Hinweisen auf Anhedonie und einer nur mässig gedrückten Stimmungslage als leicht einzustufen. Die somatoforme Schmerzstörung führe darüber hinaus nicht zu gravierenden Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen und komplexer Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Intentionalität und Antrieb. Sodann vermag auch das von Dr. med. E.\_\_\_\_ festgelegte Belastungsprofil sowie seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Aus psychiatrischer Optik sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeiten auszuüben. Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren seien aber ungünstig, sodass Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie Tätigkeiten unter Nachtarbeitsbedingungen und Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck auszuschliessen seien. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit sei derzeit aus psychiatrischer Sicht mit 80 % auf sieben Stunden täglich (ohne weitere Minderung der Leistungsfähigkeit) einzuschätzen. Schliesslich setzt sich Dr. med. E.\_\_\_\_ schlüssig mit den Vorakten auseinander: Die von Dr. med. M.\_\_\_\_ attestierte mittelgradige Depression sei unter Behandlung auf den Schweregrad einer leichten depressiven Episode teilremittiert. Bereits im Bericht vom 24. Januar 2013 beschreibe dieser wiederholt Phasen mit leichter und auch mittelgradiger Depressivität seit Behandlungsbeginn. Bei einer leichten Ausprägung wäre eine Arbeitsunfähigkeit von 20 % und bei einer mittelschweren eine solche von maximal 50 % denkbar gewesen. Aus rein psychiatrischer Optik sei das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit retrospektiv nicht zuverlässig bestimmbar. Dr. med. M.\_\_\_\_ behandle die Versicherte seit 2008 und attestiere seit 2010 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. Das C.\_\_\_\_ sehe 2012 keine Depression, 2013 beschreibe Dr. M.\_\_\_\_ eine mittelgradige

depressive Episode. Die Eigendynamik im Verlauf psychischer Störungen sei retrospektiv aus der vorliegenden Aktenlage nicht zu klären. 6.1.2.1 Sodann sind gemäss Urteil 143 V 409 sämtliche psychiatrischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Es wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (BGE 141 V 281 E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Hinsichtlich des Indikators «Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde» ist auf die vorgehend unter E. II. 6.1.2 gemachten Ausführungen zu verweisen. So entsprechen die einzelnen depressiven Merkmale höchstens dem Bild einer leichten depressiven Episode. Die somatoforme Schmerzstörung führe darüber hinaus nicht zu gravierenden Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen und komplexer Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Intentionalität und Antrieb. Hinsichtlich des Indikators «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» ist dem psychiatrischen Teilgutachten Dr. med. E. \_\_\_ zu entnehmen, unter der laufenden Behandlung sei eine in der Vergangenheit als mittelschwer attributierte depressive Episode teilremittiert, insoweit sei ein Behandlungserfolg durchaus erkennbar. Die Versicherte erlebe sich zwar subjektiv invalidisiert, ein Eingliederungserfolg sei aber durchaus möglich. Eingliederungsmassnahmen seien anzuraten. Beim Indikator «Komorbiditäten» ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. Eine Störung, welche nach der Rechtsprechung als solche nicht invalidisierend sein kann (vgl. E. 4.3.1.2; Urteil 9C\_98/2010 vom 28. April 2010 E. 2.2.2, in: SVR 2011 IV Nr. 17 S. 44) ist keine Komorbidität. Dem Gutachten ist als Komorbidität die Diagnose «Chronisch rezidivierendes lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der unteren LWS mit leicht- bis mittelgradiger Funktionseinschränkung ohne Zeichen einer radikulären Defizitsymptomatik» zu entnehmen. Anlässlich der psychiatrischen Exploration präsentiere sich eine über fibromyalgieforme Ganzkörperschmerzen klagende, einzelne depressive Symptome beschreibende, sich teilinvalidisiert erlebende Versicherte. Die Versicherte berichte recht defizitorientiert über ihre körperbezogenen Beschwerden, ihre psychischen Beeinträchtigungen und ihre Minderbelastbarkeit. Die Versicherte habe zunehmend in den letzten Jahren körperbezogene Symptome entwickelt, insbesondere Schmerzen, welche nicht vollumfänglich durch somatische Befunde erklärbar seien. Hinsichtlich des Komplexes «Persönlichkeit» geht aus dem Gutachten hervor, auf der Persönlichkeitsebene bestehe das Bild einer selbstunsicheren Persönlichkeitsstruktur mit Selbstwertzweifeln und Asthenie, ohne dass jedoch die Merkmale einer Persönlichkeitsstörung von Krankheitswert hinlänglich erfüllt seien. Allenfalls sei von einer Persönlichkeitsakzentuierung auszugehen, welche naturgemäss jedoch zu einer

Dekompensationsbereitschaft beitrage und auch die Ressourcen zur Bewältigung seelischer Störungen reduziere. Die somatoforme Schmerzstörung führe darüber hinaus nicht zu gravierenden Beeinträchtigungen psychischer Grundfunktionen und komplexer Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Urteilsbildung, Beziehungsfähigkeit, Kontaktgestaltung, Impulskontrolle, Selbstwertregulation, Intentionalität und Antrieb. Zum Komplex «sozialer Kontext» ist dem Gutachten zu entnehmen, es bestehe eine gute soziale Integration. Der soziale Kontext sei günstig, sodass Ressourcen zur Überwindung der psychischen Beeinträchtigungen vorhanden seien. Dies geht auch aus den Schilderungen der Beschwerdeführerin hervor. Sie erlebe die Beziehung zu ihrem Ehemann als stabil. Sie habe gute Kontakte zur Familie ihres Ehemannes, ab und zu habe sie allerdings eher distanzierter Kontakt zu ihren eigenen Geschwistern und ein enger Freundes- und Bekanntenkreis sei ebenfalls vorhanden. Bekannte habe sie über den Chor und vor allem sehe man gelegentlich Freunde, die ebenfalls gerne Motorradfahren würden, sodass man gemeinsame Motorrad-Touren unternehmen könne. Aktuell übe sie in dem Haus, in dem sie wohne, die Funktion der Abwartin aus und kümmere sich gemeinsam mit ihrem Ehemann um die Gartenpflege. Schliesslich geht aus dem Gutachten hinsichtlich der Kategorie «Konsistenz» hervor, es bestehe eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenspiegels. Die Ausprägung dieser Aktivitäteneinschränkungen sei aber eher gering. Die Versicherte berichte durchaus von Aktivitäten in Alltag und Freizeit. Ein gewisser Leidensdruck sei spürbar und führe auch zu kontinuierlicher psychiatrischer Fachbehandlung. Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend und es kann auf die schlüssigen Ausführungen zum Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin verwiesen werden, welches unter Beachtung der vorgängig geprüften Indikatoren festgelegt wurde.

### 6.1.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 147.1, S. 53) führt Prof. Dr. med. R. \_\_\_ aus, es liege eine Adipositas mit einem BMI von 38 kg/m<sup>2</sup>, also eine Adipositas Grad 2 nach WHO, vor. Unstrittig bedinge eine Adipositas zahlreiche Risiken und Komplikationen. Auch das Skelettsystem werde durch das Vorliegen von Übergewicht stark beansprucht – es werde diesbezüglich auf das orthopädische Gutachten verwiesen. Eine Fettstoffwechselstörung sei erstmals 2009 beschrieben worden. Eine Therapie der Hyperlipoproteinämie im Sinne einer Risikofaktorbehandlung wäre gegebenenfalls indiziert. Es resultierten keine Funktionseinschränkungen. Sodann bestehe ein Verdacht auf eine nicht-alkoholische Fettlebererkrankung. Das Vorliegen einer NAFLD sei bei Adipositas und Dyslipidämie wenig erstaunlich – funktionelle Einschränkungen resultierten hieraus nicht. Ein Hypertonus sei seit 2 Jahren bekannt. Die Therapie erfolge mit einem ACE-Hemmer und einem Betablocker, bei der jetzigen gutachterlichen Untersuchung lägen die Blutdruckwerte im normalen Bereich. Folgekrankheiten des Hypertonus schienen nicht vorzuliegen, insofern ergäben sich keine funktionellen Einschränkungen. Des Weiteren sei bei der Versicherten 2009 eine Sarkoidose der Lungen Stadium II festgestellt worden. Nach Glucocorticoidtherapie sei die Versicherte diesbezüglich beschwerdefrei. Bezüglich des obstruktiven Schlafapnoe-Syndroms sei festzuhalten, dass die CPAP-Therapie gut vertragen werde und keine funktionellen Einschränkungen resultierten. Bezüglich des Asthma bronchiale erfolge jetzt eine Therapie mit einem inhalativen langzeitwirksamen 32-Sympathomimetium und einem inhalativen Corticosteroid. Darunter sei die Versicherte

beschwerdefrei. Es resultierten ebenfalls keine funktionellen Einschränkungen. Gestützt auf seine umfassenden Befunderhebungen und die nachvollziehbaren Diagnosestellungen erscheint auch die Schlussfolgerung von Dr. med. R.\_\_\_\_ überzeugend, dass sich aus allgemein-internistischer Sicht keine Erkrankungen fänden, welche die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigten. 6.1.4 Gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die Gesamtbeurteilung im D.\_\_\_\_-Gutachten zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin für angepasste Tätigkeiten eine 80%ige Arbeitsfähigkeit besteht (vgl. E. II. 5.10. und 6.1.1 hiervor). Zum retrospektiven Verlauf der Arbeitsfähigkeit ist Folgendes festzuhalten: Wie Dr. med. E.\_\_\_\_ in seinem psychiatrischen Teilgutachten zu Recht ausgeführt hat, ist aus rein psychiatrischer Optik das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit retrospektiv nicht zuverlässig bestimmbar. So liegt in diesem Zusammenhang lediglich der Bericht des behandelnden Psychiaters, Dr. med. M.\_\_\_\_, vom 24. Januar 2013 (IV-Nr. 72, S. 2) vor, welcher aus beweismässiger Sicht kaum verwertbar ist. Wie Dr. med. N.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 28. Januar 2013 (IV-Nr. 73) diesbezüglich nachvollziehbar ausführte, ist die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den behandelnden Psychiater nicht nachvollziehbar. Er beschreibe vorwiegend körperliche Symptome, die die Arbeitsfähigkeit relevant mindern würden. Wie sich die von ihm postulierte Depression auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, bleibe unklar. Zudem nennt Dr. med. M.\_\_\_\_ bei seiner Einschätzung einer 50%igen Arbeitsfähigkeit vor allem körperliche Aspekte und scheint sich hierbei der Beurteilung der Hausärztin anzuschliessen. Daraus kann aber retrospektiv betrachtet nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit eine erhebliche, länger andauernde Arbeitsunfähigkeit aus psychischen Gründen abgeleitet werden. Weitere diesbezügliche Abklärungen erscheinen zudem nicht zielführend, da sich eine retrospektive Betrachtung aus psychiatrischer Sicht auf echtzeitliche Akten des behandelnden Psychiaters zu stützen hätten, auf welche nach dem Gesagten nicht abgestellt werden kann. Aus somatischer Sicht erscheint es sodann, wie im D.\_\_\_\_-Gutachten ausgeführt, nachvollziehbar, dass die 80%ige Arbeitsunfähigkeit auch retrospektiv betrachtet bestanden hat. Insofern die D.\_\_\_\_-Gutachter sich beim Zeitpunkt der Geltung des Belastungsprofils jeweils auf das C.\_\_\_\_-Gutachten vom 16. Januar 2001 beziehen, ist zwar festzuhalten, dass dieses, wie vorgehend ausgeführt wurde (E. I. 1.1 hiervor), nicht verwertbar ist. Eine längerdauernde invaliditätsrelevante Arbeitsunfähigkeit ist aber auch aus den übrigen vorangehenden Akten nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt. Diesbezüglich kann auf die Ausführungen in der angefochtenen Verfügung verwiesen werden. 6.2 An der beweismässigen Beurteilung der D.\_\_\_\_-Gutachter vermögen auch die entgegenstehenden Arztberichte und die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Diesbezüglich ist vorab festzuhalten, dass es die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachperson einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (vgl. z.B. BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; Urteil 9C\_630/2016 vom 9. Februar 2017 E. 4.2.1.1). Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. z.B. Urteil 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). Solche Aspekte sind vorliegend zu verneinen. Insofern die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. B.\_\_\_\_, der Beschwerdeführerin durchgehend eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert, ist

festzuhalten, dass aus den Berichten der Hausärztin kaum eine nachvollziehbare Begründung hervorgeht, welche eine Arbeitsfähigkeit in diesem Ausmass erklären würde. Zudem hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ in ihrem Bericht vom 4. Juni 2014 sogar fest, die Beschwerdeführerin sei im freien Arbeitsmarkt wegen ihrer Polymorbidität und Konzentrationsschwäche sowie Langsamkeit nicht mehr beschäftigbar. Dies obwohl die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt zu 50 % im Spitexbereich tätig war. Auf die Berichte von Dr. med. B.\_\_\_\_ kann somit aus beweismässiger Sicht nicht abgestellt werden, zumal der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Sodann ist darauf hinzuweisen, dass die übrigen Berichte der behandelnden Ärzte – bis auf den Bericht von Dr. med. M.\_\_\_\_, dessen Beweiswert bereits vorgehend verneint wurde – keine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit enthalten und demnach der gutachterlichen Einschätzung grundsätzlich nicht entgegenstehen. Des Weiteren ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen: Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht geltend, die Gutachter seien nicht auf die Ergebnisse der Arbeitsversuche eingegangen. Diesbezüglich ist anzufügen, dass gestützt auf einen Arbeitsversuch keine endgültigen Aussagen zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden können. Letztlich ist es Sache der medizinischen Gutachter, die Arbeitsfähigkeit medizinisch-theoretisch zu bestimmen, zumal das Resultat eines Arbeitsversuchs auch durch invaliditätsfremde Faktoren beeinflusst werden kann. Da die Beurteilung der Gutachter schlüssig und beweismässig ist, vermöchte auch ein allfälliger Abbruch eines Arbeitsversuchs daran nichts zu ändern. Sodann rügt der Vertreter der Beschwerdeführerin, Dr. med. F.\_\_\_\_ behaupte im orthopädischen Gutachten, die Impingementzeichen seien negativ. Diese Angabe korreliere jedoch nicht mit dem Bericht Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 23. August 2016 (IV-Nr. 157, S. 16). Dieser halte eine beidseitige Impingement-Symptomatik der Schultern bei bekannter Tendinitis calcarea (Kalkschultern) fest. Diesbezüglich ist anzumerken, dass das Impingement der Schulter ein klinisches Syndrom mit schmerzhaften Weichteileinklemmungen im Schulterbereich darstellt. Es präsentiert sich durch Schmerzen bei Armelevation sowie beim Liegen auf der betroffenen Seite (Deutsches Ärzteblatt, Heft 45, 2017, S. 765). Da somit diese Symptomatik klinisch festgestellt wird, können sich per se gewisse Unterschiede in der Befunderhebung zwischen den verschiedenen Ärzten ergeben. Dr. med. G.\_\_\_\_ hielt im Bericht vom 23. August 2016 im Status denn auch nur fest: «Freie Schulterbeweglichkeit mit angedeutetem Impingement.» Dr. med. N.\_\_\_\_ führte dazu in ihrer Stellungnahme vom 23. Januar 2017 zu Recht aus, dieser zum D.\_\_\_\_-Gutachten divergierende Befund sei wohl nicht schwer genug ausgeprägt, um die gutachterliche Untersuchung als ungenügend und nicht verwertbar einzustufen. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der Rüge, Dr. med. F.\_\_\_\_ habe auf den Röntgenbildern lediglich eine fortgeschrittene Osteochondrose der unteren LWS festgestellt, während die zwischenzeitlich am 22. Juni 2016 durchgeführte MRI-Untersuchung der LWS sowie der klinische Untersuch von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 4. August 2016 nun aber eine fortgeschrittene erosive Osteochondrose L1/2 zeigen würden. Hierbei kann wiederum auf die zutreffenden Ausführungen von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom 23. Januar 2017 verwiesen werden, wonach auch hier eher ein semantischer als ein relevanter Unterschied in der Beschreibung des gleichen Phänomens vorzuliegen scheine. Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_ werde bei bekannten Spondylarthrosen vor allem L4 bis S1 eine Retrolisthese-Stellung LWK 4 und LWK 5 festgehalten, dagegen halte der D.\_\_\_\_-Gutachter zwar fest, dass ein teils deutliches

Ante-glissement von L5 gegenüber S1 sichtbar sei, führe jedoch nicht aus, wie gross dieses sei und komme ohne weitere Begründung zum Schluss, dass keine sichere Spondylolyse fassbar sei. Der Befund einer Retrolisthese habe er demnach offenbar auch verpasst. Diesbezüglich ist vorweg festzuhalten, dass sich der orthopädische Teilgutachter lediglich auf die Röntgenbilder vom 6. Mai 2016 abstützte, während Dr. med. I. \_\_\_ bei seinem Bericht vom 4. August 2016 die am 22. Juni 2016 erstellten MRI-Bilder vorlagen. Dass sich hieraus unterschiedliche Befunde ergeben können, ist nachvollziehbar. Entscheidend ist jedoch, ob sich aus den nach dem Gutachten angefertigten MRI-Bildern und diesbezüglichen Befunderhebungen im Resultat eine von den D. \_\_\_-Gutachtern abweichende Beurteilung ergibt. Dies ist mit Blick auf die Aktenlage zu verneinen. Aus dem Bericht von Dr. med. I. \_\_\_ geht nicht hervor, dass sich aus diesem neuen Befund im Vergleich zum D. \_\_\_-Gutachten eine Verschlechterung der Arbeitsfähigkeit ergibt, zumal auch Dr. med. I. \_\_\_ keine Hinweise auf eine Radiculopathie findet. Die Rügen des Vertreters der Beschwerdeführerin vermögen demnach den Beweiswert des orthopädischen Teilgutachtens nicht zu vermindern. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, ein entscheidender Mangel am psychiatrischen Teilgutachten sei der Umstand, dass die psychiatrische Exploration vor den somatischen Untersuchungen stattgefunden habe und der psychiatrische Gutachter lediglich auf die diesbezüglichen Resultate verweise. Dazu ist festzuhalten, dass der psychiatrische Gutachter im Rahmen der Indikatorenprüfung gemäss BGE 141 V 281 beim Indikator «Komorbiditäten» eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychischen Störungen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen vorzunehmen hat. Dementsprechend müsste die somatische Beurteilung dem psychiatrischen Gutachter grundsätzlich vorliegen. Dass die Beurteilung des Indikators «Komorbiditäten» durch den psychiatrischen Gutachter im vorliegenden Fall mangels Kenntnis der somatischen Diagnosen de facto nicht erfolgt ist, führt jedoch nicht dazu, dass das psychiatrische Teilgutachten nicht verwertbar ist. So ist entscheidend – was der Rechtsanwender frei beurteilt – ob bei einer gesamthaften Würdigung das dem Entscheid zugrunde gelegte Gutachten im Licht der massgeblichen Indikatoren materiell schlüssig ist und die rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Beweisgrundlage erfüllt (BGE 137 V 210 E. 6 S. 266 ff., 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f., 125 V 351 E. 3a S. 352). Da die Handhabung der Indikatoren im Rahmen des strukturierten Beweisverfahrens stets den Umständen des Einzelfalls anzupassen und der Indikatorenkatalog nicht als «abhakbare Checkliste» zu verstehen ist (BGE 141 V 281 E. 4.1.1 S. 296 f.), führt die fehlende bzw. andere Beurteilung eines Indizes nicht zwangsläufig zu einem anderen Ergebnis (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_390/2017 vom 9. November 2017 E. 5.2). Zudem kann das Versicherungsgericht selbst in Fällen, in welchen der psychiatrische Gutachter gar keine Indikatorenprüfung vorgenommen hat, prüfen, ob die beigezogenen administrativen und/oder gerichtlichen Sachverständigengutachten – gegebenenfalls im Kontext mit weiteren fachärztlichen Berichten – eine schlüssige Beurteilung im Lichte der massgeblichen Indikatoren erlauben oder nicht (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_492/2014 vom 3. Juni 2015 E. 8). Dies ist vorliegend zu bejahen. Diesbezüglich ist auf die Beweiswürdigung in E. II 6.1.2.1 hiervor zu verweisen. Im Übrigen setzte sich Dr. med. E. \_\_\_ entgegen der Rüge des Beschwerdeführers sehr wohl mit einer allfälligen Persönlichkeitsstörung auseinander. So führte er im Gutachten nachvollziehbar aus, zwar weise die Versicherte weit in die Biographie zurückreichend asthen-selbstunsichere Persönlichkeitsmerkmale auf, aber diese seien keineswegs so ausgeprägt, dass von einer krankheitswertigen Persönlichkeitsstörung

ausgegangen werden könne, allenfalls von einer Persönlichkeitsakzentuierung, welche naturgemäss jedoch zu einer Dekompensationsbereitschaft beitrage und auch die Ressourcen zur Bewältigung seelischer Störungen reduziere. Des Weiteren vermögen auch die gegen das internistische Teilgutachten vorgebrachten Rügen dessen Beweiswert nicht zu entkräften. Wie Dr. med. N.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 3. April 2017 (IV-Nr. 163) treffend ausführte, geht aus den Berichten hervor, dass es im Rahmen des neu aufgetretenen Hautbefalls der Sarkoidose nicht zu einem systemischen Rezidiv gekommen sei. Eine diesbezügliche Verschlechterung seit dem Gutachten ist somit nicht anzunehmen. Sodann geht aus dem Bericht von Dr. med. G.\_\_\_\_ vom 5. September 2016 hervor, die Skelettszintigraphie zeige keine arthritischen Veränderungen. Die von der Beschwerdeführerin heute erwähnten Hüftbeschwerden könnten somit keinen entzündlichen oder degenerativen Pathologien im Bereiche des Hüftgelenkes in der Skelettszintigraphie zugeordnet werden. Dass die Beschwerdegegnerin in der Folge nicht zugewartet hat, bis das Ergebnis der von Dr. med. G.\_\_\_\_ vorgeschlagenen Sonographie vorlag, ist der Beschwerdegegnerin bei dieser Ausgangslage nicht zum Vorwurf zu machen, zumal nicht klar ist, ob diese Untersuchung überhaupt durchgeführt wurde. Zudem besteht neben der Untersuchungspflicht auch die Mitwirkungspflicht der Beschwerdeführerin, neue Arztberichte einzureichen, wenn sie der Meinung sein sollte, dass diese Berichte für das vorliegende Verfahren von Belang seien. Dies ist bis heute nicht erfolgt. Die Beschwerdegegnerin ist nicht gehalten, sämtliche Untersuchungen abzuwarten, wenn sie der Meinung ist, dass der rechtserhebliche Sachverhalt feststeht. Insofern der Vertreter der Beschwerdeführerin schliesslich rügt, das leichte Schlafapnoe-Syndrom vermöge dennoch die Arbeitsfähigkeit durch erhöhte Tagesmüdigkeit einzuschränken, ist ihm entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchung ihren Schlaf als gut bezeichnete (mit CPAP-Maske) (S. 56 des Gutachtens). Zudem hielt Dr. med. O.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 29. August 2016 (IV-Nr. 161, S. 5) fest, trotz nicht immer regelmässiger Inhalationsbehandlung mit Seretide sei das Asthma bronchiale ohne Husten oder Atemnot kontrolliert. Die CPAP-Therapie bereite keine Probleme und werde regelmässig durchgeführt. Radiologisch und lungenfunktionell zeigten sich keine Hinweise für eine Aktivitätszunahme im Bereich der Lunge. Subjektiv sei die Beschwerdeführerin auch ohne Husten oder Atemnot beschwerdefrei. Somit vermag auch die Beurteilung von Prof. Dr. med. R.\_\_\_\_ zu überzeugen, wonach die CPAP-Therapie gut vertragen werde und aus dem Schlafapnoe-Syndrom keine Einschränkungen resultierten.

7.1 Nachdem, wie vorgehend festgehalten, die bisherige Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht einer den Leiden angepassten Tätigkeit entspricht, ist eine Berechnung des Invaliditätsgrades vorzunehmen. Beim Valideneinkommen ist auf das zuletzt bei der K.\_\_\_\_ erzielte Einkommen abzustellen. Zwar gehen aus der Kündigung vom 21. Januar 2013 (IV-Nr. 164) eher wirtschaftliche Kündigungsgründe hervor. Jedoch ist hierbei zu berücksichtigen, dass die Beschwerdeführerin in diesem Zeitpunkt aus gesundheitlichen Gründen nur noch in einem 50%-Pensum angestellt war und die Arbeitgeberin in ihrem Schreiben vom 10. Mai 2012 (IV-Nr. 48) zum Ausdruck gebracht hat, dass bei der Beschwerdeführerin auch im Rahmen dieses Pensums Beschwerden aufträten, was die Einsatzmöglichkeiten weiter einschränke. Die körperliche Leistungsfähigkeit betrage maximal 50 %. Somit ist de facto dennoch von einer Kündigung aus gesundheitlichen Gründen auszugehen. Gemäss Protokolleintrag vom 16. Januar 2012, S. 4, betrug das Einkommen bei einem 100%-Pensum CHF 4'095.00 pro Monat. Dies ergibt für das Jahr 2011 ein Valideneinkommen von CHF 53'235.00 (13 x CHF 4'095.00; vgl.

Verfügung vom 17. April 2013, IV-Nr. 82). 7.2 Da die Beschwerdeführerin bislang keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, ist bezüglich des Invalideneinkommens auf einen Tabellenlohn abzustellen. Die Beschwerdeführerin hat zwar gemäss eigenen Aussagen eine Ausbildung zur Coiffeuse absolviert, hat danach aber nur drei Monate als Coiffeuse gearbeitet. In der Folge war sie jeweils in ungelernten Berufen tätig (vgl. S. 45 des D.\_\_\_\_-Gutachtens). Somit rechtfertigt es sich, beim Tabellenlohn auf das Niveau 4, Frauen, LSE 2010, TA 1, Total, abzustellen: CHF 4'225.00, x 12, Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Teuerung 2011 (: 100 x 101), davon 80 % = CHF 42'707.00 (vgl. IV-Nr. 82). 7.2.1 Wird das Invalideneinkommen 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) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 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). Unter dem Titel Beschäftigungsgrad im Besonderen wird bei Männern, welche gesundheitlich bedingt lediglich noch teilzeitlich erwerbstätig sein können, ein Abzug anerkannt. Damit soll dem Umstand Rechnung getragen werden, dass bei Männern statistisch gesehen Teilzeitarbeit vergleichsweise weniger gut entlohnt wird als eine Vollzeittätigkeit (SVR 2010 IV Nr. 28 S. 87, Urteil des Bundesgerichts 9C\_708/2009 vom 19. November 2009, E. 2.1.1 mit Hinweisen). So verdienen Männer mit einem Beschäftigungsgrad von 75 - 89 % im hier massgebenden Anforderungsniveau 4 rund 6 % weniger als bei einem Beschäftigungsgrad von mehr als 90 % (vgl. z.B. Tabelle T2\* der LSE 2006 S. 16). Weiter ist nach der Rechtsprechung 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). Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen Einkommensvergleich durchgeführt und demnach auch keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Wie in Ziffer II. 5.10 vorgehend festgehalten, ist die Beschwerdeführerin gemäss dem D.\_\_\_\_-Gutachten wie folgt eingeschränkt: Sie sei in der Lage, körperlich leichte Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten bis zu 10 kg durchzuführen. Die Tätigkeiten könnten überwiegend im Sitzen, zeitweilig im Stehen und Gehen durchgeführt werden. Darüber hinaus sollten Tätigkeiten unter extremen Temperaturschwankungen wie Hitze, Kälte und Nässe vermieden werden. Aus psychiatrischer Optik sei die Versicherte in der Lage, jegliche ihrem Ausbildungs- und Kenntnisstand sowie ihrem körperlichen Belastbarkeitsprofil angepassten Tätigkeiten auszuüben. Tätigkeiten mit besonderen psychischen Belastungsfaktoren seien aber ungünstig, sodass Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Team- und Konfliktfähigkeit sowie Tätigkeiten unter Nachtarbeitsbedingungen und

Tätigkeiten unter besonderem Zeitdruck auszuschliessen seien. Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Anforderungsniveau 4 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C\_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Da bei der Beschwerdeführerin aber gemäss Zumutbarkeitsprofil die genannten, nicht unerheblichen zusätzlichen Einschränkungen vorliegen, ist ein diesbezüglicher leidensbedingter Abzug von 10 % gerechtfertigt. Dagegen ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstnachteil für Frauen im Anforderungsniveau 4 statistisch nicht ausgewiesen (LSE 2004, S. 25, T6), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Ebenso gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9, S. 65). Schliesslich ist nicht anzunehmen, dass die relativ kurze Absenz vom Arbeitsmarkt das berufliche Fortkommen der Beschwerdeführerin in einer Hilfsarbeitertätigkeit erheblich einschränkt. Damit ist auch aus diesem Grund kein zusätzlicher Abzug gerechtfertigt.

7.3 Somit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 53'235.00 und einem Invalideneinkommen von 38'436.30 (CHF 42'707.00 - 10 % Abzug vom Tabellenlohn) ein Invaliditätsgrad von 28 % und damit kein Anspruch auf eine Rente.

8. 8.1 Die Beschwerdeführerin lässt neben der Ausrichtung einer Invalidenrente beantragen, es seien weitere Massnahmen zur beruflichen Eingliederung anzuordnen. Gemäss Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität (Art. 8 ATSG) 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; und - die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind. Die Eingliederungsmassnahmen beruflicher Art sind in den Art. 15-18d IVG geregelt. So können Berufsberatung, eine erstmalige berufliche Ausbildung, eine Umschulung, eine Arbeitsvermittlung, Arbeitsversuche, Einarbeitungszuschüsse, eine Entschädigung für Beitragserhöhungen oder auch Kapitalhilfe gewährt werden. Jede einzelne Massnahme unterliegt gewissen Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen und die sich aus der jeweiligen Bestimmung ergeben. Arbeitsunfähige Versicherte, welche eingliederungsfähig sind, haben gemäss Art. 18 Abs. 1 IVG Anspruch auf aktive Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes und begleitende Beratung im Hinblick auf die Aufrechterhaltung ihres Arbeitsplatzes. Die versicherte Person muss alles ihr Zumutbare unternehmen, um die Dauer und das Ausmass der Arbeitsunfähigkeit (Art. 6 ATSG) zu verringern und den Eintritt einer Invalidität (Art. 8 ATSG) zu verhindern. Sie muss an allen zumutbaren Massnahmen, die zur Erhaltung des bestehenden Arbeitsplatzes oder zu ihrer Eingliederung ins Erwerbsleben oder in einen dem Erwerbsleben gleichgestellten Aufgabenbereich (Aufgabenbereich) dienen, aktiv teilnehmen (Art. 7 Abs. 1 und 2 IVG). Die Leistungen können nach Artikel 21 Absatz 4 ATSG gekürzt oder verweigert werden, wenn die versicherte Person den Pflichten nach Artikel 7 dieses Gesetzes oder nach Artikel 43 Absatz 2 ATSG nicht nachgekommen ist (Art. 7b Abs. 1 IVG).

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