

SO_GERICHTE VSBES.2017.274 vom 6. Dezember 2018

SO Obergericht, 2018-12-06, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2017.274_d20181206

FR: SO_GERICHTE VSBES.2017.274 du 6 décembre 2018

IT: SO_GERICHTE VSBES.2017.274 del 6 dicembre 2018

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 25. September 2017 sei aufzuheben.

E. 2

Der Beschwerdeführerin sei mit Wirkung ab wann rechtens eine Invalidenrente zuzusprechen.

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des

Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 4

4.1 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).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchs begründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin habe die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung noch damit argumentiert, dass die Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung nicht invalidisierend sei, wenn diese wie im vorliegenden Fall nicht therapieresistent sei. Diese Rechtsprechung habe das Bundesgericht aber mittlerweile aufgegeben. Gemäss den am 30. November 2017 ergangenen Urteilen (8C_130/2017 und 8C_841/2016) finde das strukturierte Beweisverfahren anhand von Standardindikatoren beinahe auf sämtliche psychische Erkrankungen Anwendung. Sodann sei die Beschwerdeführerin seit Jahren in therapeutischer Behandlung. Sie habe sich keinen Behandlungsvorschlägen widersetzt. Sie nehme die verordneten Medikamente ein. Die vom Gutachter vorgeschlagenen Anpassungen habe sie mit dem behandelnden Facharzt thematisiert. Ein Therapeutenwechsel sei eingeleitet worden, gestalte sich jedoch aufgrund der sprachlichen

Barrieren als schwierig. Die von der Beschwerdegegnerin angenommene Aussicht auf Verbesserung habe dem Gutachten nicht entnommen werden können. Bei der Beschwerdeführerin liege seit mehreren Jahren aktenkundig eine depressive Erkrankung vor. Zudem sei zu beachten, dass sie angemessen therapeutisch betreut werde. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdegegnerin liege somit ein invalidisierender psychischer Gesundheitsschaden vor. Es sei somit von einer 40%igen Arbeitsfähigkeit in der adaptierten Tätigkeit auszugehen. Der Einkommensvergleich sei unter Berücksichtigung eines Abzuges in der Höhe von mindestens 15 % vorzunehmen. Der Beschwerdeführerin stehe somit mindestens eine Dreiviertelsrente zu. Die Gutachter hätten zwar eine Aggravationstendenz festgestellt. Diese werde vom (massgebenden) psychiatrischen Gutachter jedoch als bewusstseinsfern festgestellt. Von allen Gutachtern werde die Tendenz bei den gutachterlichen Feststellungen der Arbeitsfähigkeit entsprechend berücksichtigt. Die festgestellte Verdeutlichungstendenz könne nicht dazu benutzt werden, die invaliditätsbedingte Einschränkung zu negieren. Des Weiteren wolle die Beschwerdegegnerin die Arbeitsunfähigkeit, in Abkehr von der bundesgerichtlichen Rechtsprechung, lieber schematisch festlegen. Das Bundesgericht habe in den ergangenen Entscheiden festgehalten, dass die Festlegung der Arbeitsfähigkeit anhand der Diagnose nicht zielführend sein könne. Es solle «in jedem Einzelfall eine Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit unabhängig von der diagnostischen Einordnung eines Leidens und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt» werden (vgl. 8C_841/2016 E.4.2.1.). Im Weiteren und soweit die Beschwerdegegnerin überhaupt auf die im vorliegenden Einzelfall zu berücksichtigenden Faktoren abstelle, sei festzustellen, dass die IV-Stelle lediglich die entlastenden Punkte aufführe. Das Gutachten lege demgegenüber sowohl Entlastendes wie auch Belastendes (im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit) ausführlich dar und wäge ab, wie hoch, unter Berücksichtigung sämtlicher Faktoren, die Arbeitsfähigkeit festzulegen sei. Unter Berücksichtigung der objektiven Einschätzung des Gutachtens müsse daher von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden.

Die Beschwerdegegnerin führt in ihren Rechtsschriften aus, bezüglich der in der Verfügung vom 25. September 2017 herangezogenen Rechtsprechung des Bundesgerichts sei der Beschwerdeführerin zwar beizupflichten, dass zwischenzeitlich diese Rechtsprechung aufgehoben worden und neu bei sämtlichen psychischen Leiden eine Prüfung der Standardindikatoren gemäss BGE 141 V 281 vorzunehmen sei. Nach BGE 141 V 281 könne somit der Beweis für eine lang andauernde und erhebliche gesundheitsbedingte Arbeitsunfähigkeit nur dann als geleistet betrachtet werden, wenn die Prüfung der massgeblichen Beweisthemen im Rahmen einer umfassenden Betrachtung ein stimmiges Gesamtbild einer Einschränkung in allen Lebensbereichen (Konsistenz) für die Bejahung einer Arbeitsunfähigkeit zeige (Urteil 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 6). Ob die im Gutachten der E.____ gestellten Diagnosen einen invalidisierenden Gesundheitsschaden nach Art. 4 Abs. 1 IVG darstellten, sei eine frei überprüfbare Rechtsfrage. Aus rechtlicher Sicht könne deshalb von einer medizinischen Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit abgewichen werden, ohne dass das Gutachten seinen Beweiswert verliere (8C_283/2015 vom 24. Juni 2015 E. 3). Bei der Prüfung der Standardindikatoren seien folgende Ressourcen zu eruieren: Der Gutachter führe klar aus, dass noch Therapieoptionen bestünden, welche zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würden. Auch sei die Beschwerdeführerin in der Lage, sich um ihren kranken Ehemann zu kümmern, Einkäufe zu tätigen, den Haushalt zu führen und Mahlzeiten zuzubereiten. Auch die

sozialen Kontakte in der Familie seien intakt. So habe sie ein gutes Verhältnis zu ihren Kindern und Enkelkindern. Auch führe der Gutachter aus, dass die Beschwerdeführerin grundsätzlich einer Arbeitstätigkeit nicht abgeneigt sei, was darauf hinweise, dass noch Ressourcen vorhanden seien. Im Bericht von Dr. F. ___ vom 23. Januar 2016 werde ausserdem darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin sehr aktiv sei und viel laufen gehe und sich sportlich betätige. Als Belastungsfaktoren seien die langjährige Krankheitsdauer und die gute Compliance der Beschwerdeführerin anzumerken, welche trotz der langjährigen Behandlung nicht zu einer vollständigen Remission der Depression geführt habe. Somit könnten im vorliegenden Fall die geltend gemachten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigung anhand der Standardindikatoren als überwiegend wahrscheinlich erstellt angesehen werden. Jedoch sei die daraus abgeleitete Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit des Gutachters von 60 % in einer angepassten Tätigkeit als definitiv zu hoch anzusehen. Unter Einbezug der nach wie vor vorhandenen Ressourcen, welche eine Arbeitstätigkeit zulassen würden, sei von einer maximalen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen. Für die Begründung der nun angenommenen Arbeitsunfähigkeit sei auf den Artikel «Vorschläge zur MdE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung» von Dr. med. Foerster et al. zu verweisen. In diesem Artikel publiziere er den mit einer interdisziplinären Arbeitsgruppe erarbeiteten Vorschlag, wie hoch die Einschätzung der Minderung der Erwerbsfähigkeit bei gewissen psychischen Diagnosen ausfallen könne. Darin werde festgehalten, dass bei einer depressiven Episode mit einer Beeinträchtigung entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von bis zu 40 % ausgegangen werden könne. Bei der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren handle es sich um ein Beschwerdebild, bei welchem gemäss neuester Rechtsprechung (BGE 141 V 281) die Standardindikatoren geprüft werden müssten. Die Gutachter stellten im Rahmen der Untersuchung Aggravationstendenzen fest. Diese müssten für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit ausgeklammert werden. Weiter sei gemäss Gutachten auch die chronische Schmerzstörung therapierbar und entsprechende Ressourcen seien vorhanden. Bezüglich der Aggravationstendenzen sei festzuhalten, dass alle drei Gutachter solche feststellen würden. Es werde zwar angegeben, dass diese auf psychiatrischem Fachgebiet eher bewusstseinsfern stattfinden würden, auf somatischem Fachgebiet jedoch eher bewusstseinsnah seien. Dazu werde im Gutachten auf S. 17 festgehalten, dass das Ausmass der als invalidisierend beschriebenen Rückenschmerzen auf der Befundebene nicht nachvollziehbar sei. Auch liessen sich die Schmerzen im Bereich der Gelenke rheumatologisch [recte: nicht] zuordnen und die gezeigte Kraftminderung der linken Hand könne rheumatologisch auch nicht nachvollzogen werden. Dies seien alles Hinweise auf eine Aggravation. Diese seien wie bereits oben erwähnt bei der Beurteilung der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu berücksichtigen resp. auszuklammern. Dementsprechend könne auch daraus kein invalidisierender Gesundheitsschaden abgeleitet werden.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin das im Rahmen der Neuanschuldung der Beschwerdeführerin vom 5. Januar 2016 beantragte Leistungsbegehren mit Verfügung vom 25. September 2017 zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie

er im Zeitpunkt der Aufhebungsverfügung ■ vorliegend am 11. Juni 2014 ■ bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 25. September 2017 (Urteil des Eidgenössischen Versicherungsgerichts I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Rentenaufhebungsverfügung vom 11. Juni 2014 (IV-Nr. 76) stützte sich die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das C.____-Gutachten vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 56.1). Darin werden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit

Zur Beurteilung hielten die Gutachter fest, entgegen den subjektiven Beschwerden liessen sich objektiv nur geringgradige Befunde objektivieren, so dass eine Zuordnung zu einem chronischen zervikovertebralen Schmerzsyndrom und einem chronischen lumbovertebralen Schmerzsyndrom erfolgen könne, ohne radikuläre Symptome, ohne wesentliche radiologische Veränderungen und bei objektiv guter Beweglichkeit. Weiterhin beständen chronische Schulter-Arm-Handbeschwerden unter Betonung der dominanten linken Seite, ebenfalls ohne klinisch relevante funktionelle Einschränkung. Sowohl neurologisch wie auch orthopädisch ergebe sich für jegliche leichten bis mittelschweren Tätigkeiten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer Sicht beständen keine Befunde und Diagnosen, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würden. Aus psychiatrischer Sicht bestehe bei der Explorandin eine affektive Störung, diese sei allerdings nur gering ausgeprägt, diagnostisch einer gegenwärtig leichtgradigen Episode einer rezidivierenden depressiven Störung zuzuordnen. Daneben bestehe die Komorbidität der anhaltenden somatoformen Schmerzstörung. Bei der rezidivierenden Störung sei die Überwindbarkeit der Willensanstrengung leicht beeinträchtigt, so dass auch eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere. Diese sei auf 25 % anzusetzen. Seit einigen Jahren bestehe nur noch einmal pro Monat eine Behandlung der Explorandin, das Antidepressivum werde offensichtlich kaum mehr benötigt (im Serum sei der Spiegel nicht nachweisbar), die Explorandin werde jedoch in den letzten Jahren psychiatrisch weiterhin zu 50 % arbeitsunfähig geschrieben. Dementsprechend könne die nur 25%ige Einschränkung, wahrscheinlich schon länger andauernd, nicht weiter zurückdatiert werden und sei ab April 2013 festzulegen. Objektiv habe eine Verbesserung stattgefunden, indem nur noch eine leichte depressive Störung nachweisbar sei. Zusammenfassend resultiere aus interdisziplinärer Sicht, dass bei der Explorandin für körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeiten eine 75%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf von 10 bis 15 Minuten pro Stunde und leicht reduziertem Rendement.

6.2 Im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 25. September 2017 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

6.2.1 Im Bericht vom 27. November 2014 (IV-Nr. 108, S. 8) stellte Dr. med. G.____, Facharzt für Pneumologie FMH, folgende Diagnosen:

Bezüglich der Arbeitsfähigkeit sei ein gut eingestelltes Asthma bronchiale wahrscheinlich kein Invaliditätsgrund. Da die Beschwerdeführerin extrem auf Exposition gegenüber

Stäuben, Blütenpollen, Baumpollen, Parfum und Rauch reagiere und daran leide, wäre für leichte und phasenweise mittelschwere körperliche Tätigkeiten eine möglichst saubere und reizstoffarme Luftumgebung wünschenswert. Die häuslichen Staubsanierungen, wie entfernen von Teppichen und Vorhängen, sowie Encasings (Schutzüberzüge über den Bettinhalt) habe die Beschwerdeführerin bereits realisiert.

6.2.2 Im Austrittsbericht des I.____, Frauenklinik, vom 26. Oktober 2015 (IV-Nr. 108, S. 5) wurde folgende Diagnose gestellt: postmenopausale PIII mit DCIS Mamma rechts, (ED: 9/2015) pTis (DCIS), pNO (0/2) (sn, 1-), G1, R0, ER (100 %)/ PR (80 %) positiv. Weiter wurde ausgeführt, am 20. Oktober 2015 sei eine therapeutische Mammoplastik rechts nach radiologischer Drahtmarkierung mit intraoperativer Präparat-Radiographie rechts und Sentinellymphknoten-Entfernung rechts, Reduktionsmastopexie, durchgeführt worden.

6.2.3 Dr. med. F.____, Fachärztin für Kardiologie FMH, stellte in ihrem Bericht vom 23. Januar 2016 (IV-Nr. 117, S. 6) folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin beschreibe seit ca. einem Jahr nur in Ruhe und vor allem in der Nacht stundenandauernde linksthorakale Schmerzen. Unter Belastung habe sie diese Beschwerden nie. Sie sei sehr aktiv, gehe viel laufen und betätige sich sportlich. Dort habe sie nie diese Beschwerden gespürt. Wenn sie diese Thorakalgien habe, dann habe sie die ersten 30 Minuten sehr starke Schmerzen, diese würden dann langsam abklingen und könnten Stunden andauern. Zur Beurteilung führte Dr. med. F.____ aus, in der Ergometrie von heute habe die Beschwerdeführerin 74 % ihrer Soll-Arbeitskapazität geleistet und der Test sei bezüglich Ischämie klinisch und elektrisch negativ ausgefallen, bei ausreichendem Doppelprodukt. In der Echokardiographie habe ausser der leichten Mitralinsuffizienz insgesamt ein Normalbefund festgestellt werden können. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein niedriges Risiko bezüglich KHK. Ausser dem Lipidstatus sei keine Auffälligkeit vorhanden.

6.2.4 In seinem ärztlichen Zeugnis vom 23. Januar 2016 (IV-Nr. 108, S. 3) hielt Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie fest, die Beschwerdeführerin habe eine neue depressive Dekompensation erlebt, weil bei ihr im September 2015 ein Brustkrebs diagnostiziert worden sei. Sie sei am 20. Oktober 2015 operiert worden. Sie sei informiert worden, dass dieser Krebs hoch invasiv sei und ein hohes Wiederholungsrisiko von 80 % bestehe. Seit diesem Datum fühle sich die Beschwerdeführerin durcheinander. Sie erwache jede zweite Stunde, habe Albträume. Sie könne sich nicht mehr konzentrieren, habe keine Lust mehr, etwas zu unternehmen, und habe alle sozialen Kontakte abgebrochen. Die geschilderten Symptome und Störungen seien glaubhaft. Diese zeigten eine Verschlechterung des psychischen Zustandes. Ihre depressive Störung habe sich verschlechtert.

6.2.5 Dr. med. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. April 2016 (IV-Nr. 116) eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) sowie einen Mamma-Krebs rechts. Die Beschwerdeführerin sei hoffnungslos, klage über innere Unruhe, Morgentiefe. Sie verstehe die Leute, die sich unter einem Zug werfen würden. Sie habe auch solche Ideen. Sie könne für morgen nichts planen. Wenn sie Schmerzen an der Brustregion bekomme, denke sie, dass sie wieder Krebs bekommen würde, ihre Krebskrankheit sei verbreitet, in die Knochen, Magen, etc. Sie habe im März 2016 zweimal Dissoziationen erlebt, sie habe nicht gewusst, wo sie sich befinde und wohin sie gehe. Sie überlege sehr viel, besonders wegen ihres Ehemannes, der einen Unfall erlebt und das

rechte Bein gebrochen habe. Früher habe der Ehemann ihr zu Hause geholfen. Jetzt müsse sie sich auch um ihren Ehemann kümmern. Sie sei seit September 2015 100 % arbeitsunfähig.

6.2.6 Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 2. Mai 2016 (IV-Nr. 117, S. 1) aus, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es bestünden asthmatische Probleme trotz Antiasthmatica in nicht staubsanierten Arbeitsplätzen. Sie könne keine Lasten tragen. Sie leide als Linkshänderin an verminderter Kraft in der linken Hand sowie an Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen.

6.2.7 Im interdisziplinären Gutachten der E.____ vom 18. Januar 2017 (IV-Nr. 128.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit

Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert

Im Vordergrund des Krankheitsbildes stünden eine Schmerzstörung sowie eine depressive Erkrankung seit zirka 25 Jahren. Im Vergleich zum Vorgutachten des C.____ vom 30. Mai 2013 sei es zu einer Verschlimmerung der Depression im Rahmen des im September 2015 diagnostizierten Carcinoma in situ der rechten Brust gekommen. Zusätzlich zu der Schmerzstörung, welche als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren codiert werde, hätten sich als weitere relevante Erkrankung gemäss Vorakten eine bronchiale Hyperreagibilität und ein Asthma bronchiale entwickelt. Die Untersuchungsbefunde des Bewegungsapparates seien im Wesentlichen altersentsprechend, bestünden seit der Vorbegutachtung im Wesentlichen unverändert fort und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die im Jahr 2015 operierte Brustkrebskrankung im Anfangsstadium (duktales Carcinoma in situ). Hier seien auch weiterhin Kontrolluntersuchungen gemäss Leitlinie notwendig. Hinweise für ein Rezidiv bestünden gemäss Vorakten nicht. Von Seiten der Lungenerkrankung werde vom behandelnden Arzt, Dr. med. G.____, eine schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität sowie ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Diesen Erkrankungen komme eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu, Tätigkeiten mit erhöhter Staubbelastung, bronchialen Reizstoffen oder Dämpfen seien der Versicherten medizinisch nicht möglich. Da von der Versicherten zusätzlich Atembeschwerden auf Gerüche, beispielsweise Parfüm, beschrieben würden, könnte differentialdiagnostisch eine Vocal Cord Dysfunction vorliegen. Man empfehle, diesen Anfangsverdacht im Rahmen der nächsten HNO-ärztlichen Konsultation abzuklären. Von allen drei Begutachtern würden Aggravationstendenzen festgestellt, wobei diese auf psychiatrischem Fachgebiet bewusstseinsfern stattfänden, auf somatischem Fachgebiet eher bewusstseinsnah seien, beispielsweise die gezeigte Kraftminderung der linken oberen Extremität bei unauffälligem Muskelprofil. Zusammenfassend liessen sich betreffend Arbeitsfähigkeit von somatischer Seite her im Vergleich zum Vorgutachten keine relevanten Veränderungen feststellen, während es von psychiatrischer Seite ab September 2015 zu einer gesundheitlichen Verschlechterung gekommen sei. Aufgrund der mittelgradig ausgeprägten depressiven Erkrankung und der Schmerzstörung bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf insgesamt 30 % ■ welche über die Woche verteilt werden sollten. Ob diese Arbeitsfähigkeit tatsächlich umgesetzt werde, erscheine unter Würdigung auch der nichtmedizinischen Faktoren allerdings fraglich. Für

angepasste körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe ebenfalls aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 40 % ■ ebenfalls über die Arbeitswoche verteilt.

6.2.8 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2017 (IV-Nr. 131) aus, gestützt auf das Gutachten der E.____ seien insgesamt die psychiatrischen Einschränkungen führend und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend. Die Verschlechterung sei psychiatrischer Art und ab Herbst 2015 eingetreten (ausgelöst durch die Brustkrebs-Diagnose im September 2015). Das Gutachten entspreche ■ insbesondere im psychiatrischen Teil ■ der neuen Rechtsprechung und die relativ hohe attestierte Arbeitsunfähigkeit werde auch plausibel begründet. Das E.____-Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 11. Juni 2014 wesentlich verändert. In der bisherigen Tätigkeit sei seit September 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen.

7. Die Grundlage des angefochtenen Entscheides bildet im Wesentlichen das Gutachten der E.____ vom 18. Januar 2017 (IV-Nr. 128.1), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Dezember 2016 (IV-Nr. 128.4) setzte sich Dr. med. L.____ gestützt auf seine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 1 - 7 des Gutachtens) eingehend und wohlbegründet mit den Vorakten und den möglichen Diagnosen auseinander: Die rheumatologische Untersuchung im Rahmen dieses Teilgutachtens zeige ein linksbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom mit Ausweitung auf die linke Körperseite und damit verbunden eine schmerzhaft eingeschränkte Schulter- und Hüftbeweglichkeit links bei aufgrund der abgesunkenen Schmerzschwelle schwieriger Untersuchbarkeit. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule seien auf allen Etagen als leichtgradig einzustufen. Es bestünden aktuell klinisch weder Hinweise für eine Segment-instabilität noch für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik, weder auf zervikalem noch auf lumbalem Niveau. Zusätzlich festzustellen seien Irritationen an den Beckenkämmen, der Spina iliaca posterior superior beidseits entsprechend Insertionstendinosen und Irritationen im Bereich der Iliosakralgelenke linksbetont sowie myofasziale Befunde in der Nacken- / Schulterpartie links. Im Weiteren bestehe ein Residualzustand nach erfolgreicher Karpaltunnelsyndrom-Operation links mit nur mehr residueller Hypästhesie an der Daumenkuppe links. Die von der Versicherten gezeigte, deutlich verminderte Kraft des Faustschlusses könne nicht nachvollzogen werden und stehe diskrepant zu der seitengleichen muskulären Trophik der intrinsischen Hand- und Unterarmmuskulatur nota bene ohne Umfangsdifferenzen an den oberen Extremitäten. Hinsichtlich der angegebenen Beschwerden im Bereich der proximalen Interphalangealgelenke aller Finger sei der klinisch-rheumatologische Befund altersentsprechend unauffällig und insbesondere bestehe keine palpable synovialitische Schwellung und eine freie Gelenkfunktion. Von somatischer Seite her finde die diffuse Oberflächenhypästhesie der ganzen linken oberen und unteren Extremität keine Erklärung. Der Vollständigkeit halber genannt sei zudem eine leichte Metatarsalgie links mit Druckdolenzen über dem Grosszehengrundgelenk rechts bei Knick-Senk-Spreizfuss mit Hallux valgus beidseits. Die angegebenen Kniebeschwerden

fänden einzig bildgebend ein Korrelat mit dem Befund einer Femoropatellararthrose rechts; klinisch präsentierten sich beide Kniegelenke nicht gereizt, ohne Erguss, bandstabil und mit unauffälliger Funktion bezüglich Beugung und Streckung. Die aktuelle radiologische Standortbestimmung zeige bis auf eine lumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit zerviko-thorakalem Gegenausgleich weitgehend altersentsprechende Befunde mit leichter Osteochondrose C5/C6 sowie leichten polysegmentalen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. In der Zusammenschau der Akten, der Angaben der Versicherten sowie der aktuellen klinischen und bildgebenden Befunde bestehe deskriptiv ein chronifiziertes, therapierefraktäres und unspezifisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit Jahren, aktuell tendomyotisch ausgeprägt und ohne klinische Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/ oder sensomotorische, defizitäre Ausfallsymptomatik und ohne Anhalt für eine Segmentinstabilität. Bildgebend bestünden bis auf eine lumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit zervikothorakalem Gegenausgleich weitgehend altersentsprechende Veränderungen und klinisch eine Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance und ausgeprägter, schonungsbedingter Dekonditionierung. Das Ausmass der von der Versicherten als invalidisierend beschriebenen panvertebralen Rückenschmerzen lasse sich auf der Befundebene nicht nachvollziehen. Zusätzlich gebe die Versicherte Polyarthralgien insbesondere im Bereich des Handskelettes beidseits und auch im Bereich des linken Ellbogens und beider Kniegelenke rechtsbetont an. Diesbezüglich zeigten sich klinisch weder Hinweise für relevante arthrotische Veränderungen (Ausnahme: leichte Femoropatellararthrose rechts) noch für eine entzündlich-rheumatische Gelenkaffektion. Die Funktion der genannten peripheren Gelenke sei als altersentsprechend normal zu bezeichnen. Bezüglich der angegebenen linksseitigen Vorfusschmerzen handle es sich um eine leichte Metatarsalgie auf dem Boden eines Knick-Senk-Spreizfusses mit Hallux valgus beidseits. Hinsichtlich der beklagten, schmerzhaften Bewegungseinschränkung in der linken Schulter erlaube die schwierige Untersuchbarkeit keine Auskunft über eine allfällige Rotatorenmanschettenpathologie. Radiologisch präsentiere sich die linke Schulter altersentsprechend ohne Hinweise für eine Omarthrose/Akromioklavikulargelenksarthrose, ohne Anhalt für ein knöchernes, subakromiales Impingement und ohne Zeichen für eine Tendinitis calcarea. Möglicherweise bestehe eine Tendinitis im Bereich der Rotatorenmanschette insbesondere die Supraspinatussehne betreffend, wobei die schwierige Untersuchbarkeit aufgrund des grotesken Schmerzverhaltens diesbezüglich keine definitiven Aussagen zulasse. Hinsichtlich der angegebenen Sensibilitätsstörung an der linken oberen und unteren Extremität könne von rheumatologischer Seite her kein entsprechendes organisches Korrelat genannt werden. Die Versicherte gebe eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit 2015 an. In diesem Jahr sei ein Mammakarzinom rechts diagnostiziert und im Oktober 2015 auch operiert worden. Von Seiten des Bewegungsapparates her sei aber auf der Befundebene keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber den Gutachten ZMB 1999 und ABI 2013 festzustellen. Hinsichtlich der aktuell festgestellten, leichten Hyperkalzämie stelle sich die Frage nach einem Zusammenhang mit dem Mamma-Karzinom. Möglich sei jedoch auch ein präanalytischer / analytischer Laborfehler. Zu empfehlen sei diesbezüglich eine Wiederholung des Serum-Kalziums inklusive des albuminkorrigierten Kalziums sowie die zusätzliche Bestimmung der alkalischen Phosphatase inkl. allenfalls auch der Isoenzyme. Die gleichförmige Beschwerdeschilderung ohne tageszeitlichen Verlauf, das fehlende Ansprechen auf sämtliche bisherigen Therapiemassnahmen sowie die zunehmende Schmerzausweitung mit subjektiv empfundener Verschlechterung des

Gesundheitszustandes auch den Bewegungsapparat betreffend seit der Mamma-Karzinom Diagnose 2015 deuteten unübersehbar auf eine weitgehend nicht organische Genese der angegebenen Schmerzen. Schliesslich vermögen im Lichte der von Dr. med. L.____ festgestellten Widersprüche zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, ihrem gezeigten Verhalten und den objektiv feststellbaren Befunden, auch die von ihm in der Folge gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen: Medizinisch-theoretisch ergäben sich auf der Befundebene keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und es bestehe diesbezüglich eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit. In Anbetracht der chronischen Schmerzsymptomatik und der damit verbundenen mittlerweile jahrelangen Dekonditionierung mit Auswirkungen auf Weichteilstrukturen an Rumpf und Extremitäten und damit erklärbaren myo-faszialen Schmerzen halte er jedoch vorwiegend aus ethischen Gründen eine körperliche Schwerarbeit für nicht mehr zumutbar. Für jegliche körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen bestehe jedoch von seinem Fachgebiet her eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit.

7.2

7.2.1 Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens von med. pract. M.____ ist vorweg festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung noch auf den Standpunkt stellte, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass in vorliegendem Fall in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Wie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort jedoch mittlerweile anerkannt wurde, hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektivierter Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, was im Teilgutachten von med. pract. M.____ vom 10. Januar 2017 (IV-Nr. 128.5) denn auch gemacht wurde. Somit ist im nachfolgenden zu prüfen, ob mit dem Teilgutachten von med. pract. M.____ eine beweismässige Grundlage zur Beurteilung des psychiatrischen Sachverhalts vorliegt.

7.2.2 Im psychiatrischen Teilgutachten stützte sich med. pract. M.____ auf eine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 1 - 7 des Gutachtens) und setzte sich sehr eingehend und überzeugend mit den Vorakten auseinander (S. 9 - 11 des Gutachtens). Hinsichtlich der aktuellen Untersuchung führte med. pract. M.____ aus, es präsentiere sich eine Explorandin, die, nur ihren eigenen Angaben folgend, eine sehr schwer ausgeprägte Depression haben müsste. Es zeigten sich jedoch auch anlässlich seiner Untersuchung gewisse Diskrepanzen zwischen den beim Psychostatus gemachten Angaben und den Überprüfungen sowie dem Abgleich mit der Anamnese. Es sei eine Aggravation festzustellen. Er erachte diese jedoch eher bewusstseinsfern, der Explorandin gelinge es recht konsistent, Behandler und

Gutachter ein ähnliche Zweifel auslösendes Bild abzugeben. Darin sei sie stabil. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Das Leben der Explorandin sei spätestens mit dem Wechsel in die Schweiz mit Enttäuschungen (Kinder in der Heimat) und ab dem Unfall des Ehemannes auch mit starken (psychischen) Belastungen (beeinträchtigter Ehemann, Eheprobleme, verpasster Ausbildungsraum, sie einschränkende somatische Beschwerden) verknüpft. Zwar hätten sich zunächst somatische Beschwerden entwickelt, aber recht bald habe die Explorandin (1999) stark mit Suizidalität dekompenziert und sich überwiegend wahrscheinlich nie mehr völlig von dieser depressiven Phase erholt. Spätestens mit der Tumordiagnose und der zuletzt erlebten Unsicherheit bezüglich Tumorrezidiv habe sich die Depression (wieder) intensiviert. Sie wirke insgesamt unmotiviert, ohne Lust und Perspektive. Dies sei überwiegend wahrscheinlich im Rahmen der Depression zu sehen; auch die negative Selbsteinschätzung könne hier eingeordnet werden, im Rahmen der Hauptdiagnose. Die Depression dauere bereits seit Jahren an und habe sich längst als eigenes Krankheitsbild von den psychischen Belastungsfaktoren gelöst. Der Schweregrad könne jedoch, gerade auch aktuell, äusseren Faktoren zugeordnet werden, eben dem Druck des Ehemannes (wolle sich umbringen, sollte sie ihn verlassen) und der Tumorunsicherheit. Des Weiteren begründete med. pract. M.____ seine Einschätzung des Schweregrades der depressiven Episode nachvollziehbar: Das ICD-10 gebe folgende zu erfüllende Kriterien zur Depression an: «Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten somatischen Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.» Bei der Beschwerdeführerin seien folgende der genannten Symptome vorhanden: Es bestehe eine gedrückte Stimmung, Antrieb und Aktivität sowie die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert, sodann könne eine ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten und der Schlaf sei meist gestört, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt. Weiter bestünden Gedanken über die eigene Wertlosigkeit, die gedrückte Stimmung reagiere nicht auf Lebensumstände. Schliesslich bestünden Interessenverlust, Verlust der Freude, eine psychomotorische Hemmung und Libidoverlust. Diese Symptome führten zu einer mittelgradigen depressiven Episode mit klarer Tendenz zur schwergradigen. Diese Störung habe klar Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin sei sozial, beruflich und auch sonst in der Alltagsgestaltung deutlich durch diese Störung beeinträchtigt. Eine absichtliche Täuschung oder Simulation könne nicht belegt werden, es bestehe auch kein Verdacht darauf. Sodann begründet med. pract. M.____ die von ihm gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren einleuchtend. Das ICD-10 fordere für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung somatische und psychische

Faktoren: «Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen, insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung, sollen hier nicht berücksichtigt werden.» Aufgrund der klaren Erfüllung der Kriterien und der Konstanz über nun viele Jahre sei die Diagnose als gegeben zu werten. Es erscheine überwiegend wahrscheinlich, dass bereits die Beschwerden Ende der 90er Jahre im Sinne dieser Diagnose, die allerdings erst viel später vom ICD-10 eingeführt worden sei, einzuordnen seien. Auch diese Störung habe negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, eine klare Differenzierung sei aktuell jedoch beeinträchtigt durch die Unsicherheit bzgl. eines allfälligen Tumorrezidivs.

Weiter begründet med. pract. M.____ die seiner Ansicht nach eingetretene gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar: Die Depression habe sich seit Herbst 2015 klar verschlechtert, habe möglicherweise auch phasenweise die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt, was aber nicht ausreichend sicher belegt worden sei. Die somatoforme Störung sei als mindestens durchgehend vorhanden zu betrachten, gutachterlich bereits 1999 festgehalten. Auch wenn spätere Autoren diese Diagnose nicht mehr angeführt hätten, gehe er von deren Fortbestehen als überwiegend wahrscheinlich aus, da die Diagnose auch nicht lege artis widerlegt worden sei und somatische Beschwerden immer (wieder) Thema bei der Explorandin gewesen seien. Bei aller Depressivität sei anzumerken, dass die Prognose und die Möglichkeiten nicht völlig negativ einzuschätzen seien. Immerhin könne sich die Explorandin sogar einen kleinen Einsatz in der Berufswelt vorstellen, wenn auch nur eingeschränkt, was für ihn, med. pract. M.____, ebenfalls gegen eine bewusstseinsnahe Aggravation spreche. Auch gebe sie sich nicht völlig passiv in ihrem Tagesablauf wieder. Hier schienen Ressourcen grundsätzlich vorhanden zu sein. Vieles werde davon abhängen, ob ein Tumorrezidiv vorliege oder auftreten werde oder ob die Tumorbehandlung als geheilt eingestuft werden könne. Das ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Linden & Baron, 2009) sei im Rahmen dieses Gutachtens wie folgt zu diskutieren: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei mittel beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien leicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei schwer beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei stark beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserhäuslichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt, sie benötige Unterstützung durch die Tochter; ein sekundärer Krankheitsgewinn habe sich daraus jedoch nicht klar ableiten lassen. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Wegefähigkeit sei leicht beeinträchtigt.

Schliesslich vermag im Lichte der vorgehenden Erwägungen von med. pract. M.____ grundsätzlich auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage aufgrund der oben dargelegten Verschlechterungen noch 30 %. Diese 30 % müssten auch eher über mehrere Tage verteilt werden, als dass sie zusammenhängend umsetzbar wären. Dies sei jedoch eine versicherungsmedizinisch-theoretische Einschätzung, denn aus der klinischen Erfahrung heraus werde zum jetzigen Zeitpunkt eine Reintegration die Explorandin überwiegend wahrscheinlich überfordern und zu einer weiteren Dekompensation der Symptome führen. In einer angepassten Tätigkeit ohne Belastung der oberen Extremität sei eine Arbeitsfähigkeit von 40 % anzusetzen. Bezüglich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit sei ein genauer prozentualer Verlauf rückblickend aufgrund der Mängel der vorliegenden Berichte nicht seriös möglich. Die aktuelle Einschätzung gelte ab September 2015.

7.2.3 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. I.____ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (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)

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 20. November 2017 E. 4.5.2) einzugehen. Diesbezüglich ist dem Gutachten von med. pract. M.____ zu entnehmen, die bisherige Therapie sei seines Erachtens angemessen. Soweit erkennbar, sei die Kooperation bei den verordneten Behandlungen gut gewesen. Gemäss psychiatrischer Abklärung bestünden aber weitere Therapieoptionen, mit denen eine relevante Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Die Psychotherapie sei unbedingt fortzuführen. Konkrete Vorschläge seien wegen der Tumorunsicherheit nur insofern machbar, als die Explorandin in dieser Situation zu stützen und zu stabilisieren sei. Alles Weitere hänge von den Befunden ab. Psychopharmakologisch könnte jedoch noch mit weiteren Antidepressiva oder Stimmungsstabilisatoren wie z.B. Quetiapin gearbeitet werden, damit die therapeutischen Effekte besser durchgreifen könnten. Die vom Gutachter angesprochene gute Kooperation der Beschwerdeführerin zeigt sich zudem auch im Umstand, dass der anlässlich der Begutachtung gemessene Blutspiegel von Paroxetin im hohen Bereich lag (IV-Nr. 128.1, S. 16).

Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1, zur Publikation bestimmt). Die somatischen Beeinträchtigungen schränken die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit gemäss der Beurteilung von Dr. med. L.____ nicht weiter ein. Im Gutachten wurden darüber hinaus keine ressourcenhemmenden Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen erwähnt.

Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) führte med. pract. M.____ aus, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei mittel beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien leicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei schwer beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei stark beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserhäuslichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt, sie benötige Unterstützung durch die Tochter; ein sekundärer Krankheitsgewinn habe sich daraus jedoch nicht klar ableiten lassen. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Wegefähigkeit sei leicht beeinträchtigt. Damit sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht über nur eingeschränkte Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren.

Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist ebenfalls nur begrenzte Ressourcen aus. Die Beschwerdeführerin gibt an, sie lebe zusammen mit ihrem Ehemann und der Tochter. Der Ehemann könne sowieso nichts machen. Die Tochter mache, was die

Beschwerdeführerin nicht machen könne. Der Mann mache nur etwas, wenn die Explorandin es sage. Er könne nicht selber denken. Er habe in der Türkei einen Autounfall erlitten. Er habe viele Brüche gehabt, sei zwei Monate im Koma gewesen. In der Schweiz habe man gesagt, dass man bestimmte Operationen nicht mehr habe machen können, so dass der Ehemann seinen Kopf nur noch schief halten könne. Er habe seit da nicht mehr arbeiten können. Bei ihm sei es nicht besser geworden, es sei im Gegenteil immer schlechter geworden. Sein Gehirn funktioniere nicht mehr, sei geschädigt worden. Die Tochter könne den Haushalt schon machen. Die Tagesabläufe seien ganz unterschiedlich. Sie habe kein regelmässiges Leben. Mal könne sie nicht durchschlafen, dann könne sie wieder einen ganzen Tag durchschlafen. Habe sie Termine, gehe sie dorthin, sei daheim etwas zu machen, mache sie es. Sie bereite auch das Essen vor. Sie gehe mit der Tochter einkaufen. Milch und Brot gehe sie selber bei Migros in der Nähe kaufen. Gehe es ihr nicht gut, gehe sie für eine halbe Stunde draussen spazieren. Sie kaufe am Wochenende ein. Kontakte habe sie keine. Bekomme sie einen Anruf, dann telefoniere sie schon. Bis vor kurzem habe sie eine gute Kollegin gehabt, die nun aber für immer in die Türkei gegangen sei.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) führte med. pract. M. ___ aus, es habe sich eine 52-jährige Explorandin gezeigt, die offen wirkend über sich, ihr Leben und ihre Beschwerden berichtet habe. Es hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Hinweise auf Simulation ergeben. Es zeigten sich jedoch gewisse Diskrepanzen zwischen den beim Psychostatus gemachten Angaben und den Überprüfungen sowie dem Abgleich mit der Anamnese. Es sei eine Aggravation festzustellen. Er erachte diese jedoch eher bewusstseinsfern, der Explorandin gelinge es recht konsistent, Behandler und Gutachter ein ähnlich Zweifel auslösendes Bild abzugeben. Darin sei sie stabil. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Zusammenfassend hielt med. pract. M. ___ fest, seine Abklärungen hätten ergeben, dass sich die beklagten Leiden konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen auswirken würden. Aus gutachterlicher Sicht sei er vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen überzeugt.

7.2.4 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von med. pract. M. ___ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundegerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind bei der Beschwerdeführerin im persönlichen und sozialen Bereich nur begrenzt Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Zudem hat med. pract. M. ___ bei seiner Beurteilung auch berücksichtigt, dass eine Aggravation aufgefallen sei. Er erachte diese jedoch eher als bewusstseinsfern. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Im Resultat kommt med. pract. M. ___ nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren besteht. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von med. pract. M. ___ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu.

7.3 Sodann vermag auch die unter Einschluss der internistischen Fachrichtung vorgenommene Gesamtbeurteilung im E.____-Gutachten zu überzeugen. Im Vergleich zum Vorgutachten des C.____ vom 30. Mai 2013 sei es zu einer Verschlimmerung der Depression im Rahmen des im September 2015 diagnostizierten Carcinoma in situ der rechten Brust gekommen. Zusätzlich zu der Schmerzstörung, welche als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu codieren sei, habe sich als weitere relevante Erkrankung gemäss Vorakten eine bronchiale Hyperreagibilität und ein Asthma bronchiale entwickelt. Von Seiten der Lungenerkrankung werde vom behandelnden Arzt, Dr. med. G.____, eine schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität sowie ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Diesen Erkrankungen komme eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu, Tätigkeiten mit erhöhter Staubbelastung, bronchialen Reizstoffen oder Dämpfen seien der Versicherten medizinisch nicht möglich. Gesamthaft betrachtet bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf insgesamt 30 %■ welche über die Woche verteilt werden sollten. Für angepasste körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe ebenfalls aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 40 %■ ebenfalls über die Arbeitswoche verteilt.

7.4 Schliesslich vermögen auch die gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen sowie die teilweise entgegenstehenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der E.____ nicht zu schmälern. Dr. med. D.____ geht in seinem Bericht vom 30. April 2016 (IV-Nr. 116) zwar von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, er begründet diese vollständige Arbeitsunfähigkeit jedoch kaum, so dass dies an der gutachterlichen Einschätzung von med. pract. M.____ nichts zu ändern vermag. Das Gleiche gilt auch für den Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. J.____, vom 2. Mai 2016, der darin lediglich eine leichte bis mittelschwere depressive Episode festhält, ohne dies zu begründen. Dr. med. J.____ verfügt zudem nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb seine diesbezügliche Diagnosestellung kaum beweiswertig ist. Sodann stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, die Einschätzung von med. pract. M.____, wonach die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit nur noch zu 40 % arbeitsfähig sei, sei zu hoch. Unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen und der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren sei von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % auszugehen. Der Ansicht der Beschwerdegegnerin kann jedoch im Lichte der beweiswertigen Ausführungen von med. pract. M.____ nicht gefolgt werden. So legte med. pract. M.____, wie vorgehend ausgeführt, überzeugend dar, dass aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik diverse Fähigkeiten der Beschwerdeführerin beeinträchtigt seien: So die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die fachliche Kompetenz, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, die Fähigkeit zu ausserhäuslichen Aktivitäten sowie die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die Wegefähigkeit. Der Beschwerdegegnerin ist zwar insofern Recht zu geben, dass bei der Beschwerdeführerin auch gewisse Ressourcen auszumachen sind. Diese sind aber nicht in derart grossem Ausmass vorhanden, dass aufgrund derer von der Beurteilung von med. pract. M.____ abgewichen werden könnte. Insofern die Beschwerdegegnerin im Weiteren darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. med. F.____ vom 23. Januar 2016 sehr aktiv sei, viel laufen gehe und sich sportlich betätige, ist ihr entgegenzuhalten, dass diese Aussagen kaum den Zeitpunkt der

Untersuchung durch Dr. med. F.____ im Januar 2016 betreffen dürften. So berichtet die Beschwerdeführerin darin über «seit einem Jahr» bestehende thorakale Beschwerden, welche nur im Ruhezustand auftreten würden, nicht jedoch bei den oben genannten aktiven Betätigungen. Im Lichte dessen, dass die psychische Verschlechterung erst per September 2015 mit der Erstdiagnose des Mammakarzinoms erstellt ist und die Beschwerdeführerin im Oktober 2015 operiert wurde, ist nicht davon auszugehen, dass sich ihre Aussagen bezüglich der sportlichen Betätigung auf den Zeitraum zwischen der Operation und den Bericht vom Januar 2016 beziehen, sondern auf die Zeit vor September 2015. Somit kann daraus nichts abgeleitet werden, was den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung vermindern würde. Des Weiteren stellt sich die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf Foerster (Foerster K., Bork S., Kaiser V., Grobe Th., Tegenthoff M., Weise H., Badke A., Schreinicke G., Lübcke J., Vorschläge zur MUE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung, MED SACH 103 2/2007S. 54 f.) auf den Standpunkt, bei einer depressiven Episode mit einer Beeinträchtigung entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode könne von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von bis zu 40 % ausgegangen werden. Diesbezüglich lässt die Beschwerdeführerin aber zum einen ausser Acht, dass dabei die vorliegend ebenfalls diagnostizierte Schmerzstörung nicht berücksichtigt wurde. Und zum anderen dürften gerade angesichts der Indikatorenrechtsprechung (vgl. E. II. 7.2.3) solche schematischen und nicht einzelfallbezogenen Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit überholt sein, zumal der betreffende Artikel von Foerster aus dem Jahr 2007 stammt. So kann eine solche Diagnose je nach vorhandenen Ressourcen der betreffenden Person sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Diesem Umstand wird denn auch mit der bundesgerichtlich festgelegten Indikatorenprüfung Rechnung getragen. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass der RAD-Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. K.____, in seinem Bericht vom 18. Februar 2017 ausdrücklich festhielt, das Gutachten der E.____ entspreche ■ insbesondere im psychiatrischen Teil ■ der neuen Rechtsprechung und die relativ hohe attestierte Arbeitsunfähigkeit werde auch plausibel begründet. Was die Beschwerdegegnerin nun nachträglich gegen die gutachterliche Beurteilung vorbringt, vermag nach dem Gesagten nicht zu überzeugen. Sodann macht die Beschwerdegegnerin geltend, der Gutachter führe klar aus, dass noch Therapieoptionen bestünden, welche zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würden. Das Bundesgericht hat aber wiederholt unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht (zuletzt etwa Urteile 8C_222/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2, 9C_682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2, 8C_349/2016 vom 2. November 2015 E. 3.1). Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus (vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c), was im vorliegenden Fall zu bejahen ist. Schliesslich macht die Beschwerdegegnerin geltend, es seien Aggravationstendenzen festgestellt worden, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern seien.

Diesbezüglich ist festzuhalten, dass im Gutachten eine sehr differenzierte Auseinandersetzung mit den aggravatorischen Tendenzen der Beschwerdeführerin vorgenommen wurde. Die rheumatologischen und internistischen Gutachter haben auf diese gezielt hingewiesen und kamen denn auch im Resultat zur Schlussfolgerung, es liege aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Auch der psychiatrische Teilgutachter med. pract. M.____ setzte sich differenziert mit der Aggravationsproblematik auseinander und kam in seinem Fachgebiet zum Schluss, es sei zwar eine Aggravation festzustellen, er erachte diese jedoch eher als bewusstseinsfern. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Somit ist davon auszugehen, dass die Gutachter die Aggravation der Beschwerdeführerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entsprechend berücksichtigt.

Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung zu Unrecht davon ausgegangen ist, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erstellt. Vielmehr hätte sie gestützt auf die Beurteilung aus dem Gutachten der E.____ davon ausgehen müssen, dass bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit nur noch eine 40%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt.

8. Somit ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen, nachdem die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf einen solchen verzichtet hat.

8.1 Bezüglich des Invaliden- und Valideneinkommens kann im Wesentlichen auf die in der Verfügung vom 11. Juni 2014 (IV-Nr. 76) verwendeten Berechnungsgrundlagen verwiesen werden. Da die Beschwerdeführerin ihre letzte Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. IV-Nr. 9.1), ist bezüglich des Valideneinkommens auf den Lohn gemäss Arbeitgeberbericht vom 31. März 1998 (IV-Nr. 9.1, S. 9) abzustellen und dieser entsprechend auf das Jahr 2015 aufzurechnen (CHF 2'850.00 x 13, Aufrechnung Teuerung [Ziffer 19] :106.3x123.2, :100x109.8, :100x105.9), woraus sich ein Valideneinkommen von CHF 49'930.30 ergibt.

Das Invalideneinkommen errechnet sich gestützt auf LSE 2014 TA1_tirage_skill_level Total Niveau 1 Frauen: CHF 4'300.00 x 12 + Aufrechnung Wochenstunden (:40 x 41.7) + Aufrechnung Teuerung 2015 (:103.6 x 104.1) = CHF 54'052.60; davon 40 % zumutbar = CHF 21'621.00.

8.2 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, es sei beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 15 % vorzunehmen.

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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). 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 in der angefochtenen Verfügung, wie erwähnt, keinen Einkommensvergleich und damit 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. 6.2.7 vorgehend festgehalten, ist das somatische Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten der E.____ neben der 60%igen Arbeitsunfähigkeit nur wenig zusätzlich eingeschränkt. Zudem umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Anforderungsniveau 1 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). Jedoch dürfte zusätzlich einschränkend hinzukommen, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit gemäss gutachterlicher Beurteilung nur noch über die Woche verteilt umsetzen kann. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten Defizite bei der Anpassung an Regeln und Routinen, bei der Planung und Strukturierung, bei der Flexibilität und Entscheidungsfähigkeit sowie beim Durchhaltevermögen und der Gruppenfähigkeit hat. Es rechtfertigt sich somit ein behinderungsbedingter Abzug 15 %. Dagegen ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstnachteil für Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 25 - 49 % im Jahr 2014 und 2016 statistisch nur sehr geringfügig ausgewiesen (LSE 2014 und 2016, T 18), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Zudem ist die Beschwerdeführerin bereits 1983 in die Schweiz gekommen (IV-Nr. 111), womit diesbezüglich kein Abzugsgrund vorliegt. 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).

8.3 Somit ergibt sich aus dem Valideneinkommen von CHF 49'930.30 und dem Invalideneinkommen von CHF 18'377.85 (CHF 21'621.00 abzüglich 15 %) ein Invaliditätsgrad von 63 % womit die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2015 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat.

9. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 25. September 2017 aufzuheben.

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'306.65 festzusetzen (8.60 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt). Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert daraus, dass die Positionen vom 6. November 2017, 9. November 2017, 25. Januar 2018, 30. Januar 2018 und 6. März 2018 (Orientierungskopien an Klientin, Einreichung der UP-Unterlagen) als Kanzleiaufwand gelten, welcher bereits im Stundenansatz der Rechtsvertreterin enthalten ist und demnach nicht gesondert vergütet wird. Zudem wird bei Obsiegen praxisgemäss nur eine halbe Stunde als nachprozessualer Aufwand vergütet.

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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerinder geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird anerkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle des Kantons Solothurn vom 25. September 2017 aufgehoben.
2. Die Beschwerdeführerin hat ab 1. Dezember 2015 Anspruch auf eine Dreiviertelsrente.
3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'306.65 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.
4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_54/2019 vom 1. April 2019 aufgehoben.

E. 5

Sprefzuss beidseits und Hallux valgus links (ICD-10 M21.87/M21.07)

E. 6

Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung links ohne radikuläre Reizung bei leichter medianer Diskusprotrusion L5/S1

E. 7

Chronisches zervikozephal und zervikobrachiales Syndrom links ohne radikuläre Reizungen

E. 7.2

7.2.1 Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens von med. pract. M.____ ist vorweg festzuhalten, dass sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung noch auf den Standpunkt stellte, nach geltender Rechtsprechung würden leichte bis höchstens mittelschwere psychische Störungen grundsätzlich als therapierbar und somit als nicht invalidisierend gelten. In der Konsequenz bedeute dies, dass in vorliegendem Fall in psychiatrischer Hinsicht von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auszugehen sei. Wie von der Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort jedoch mittlerweile anerkannt wurde, hat das Bundesgericht mit Urteil 8C_841/2017 vom 30. November 2017 die vorgenannte Rechtsprechung geändert. Gemäss der bisherigen Rechtsprechung zu leichten bis mittelschweren Depressionen konnten entsprechende Erkrankungen nur dann als invalidisierend in Betracht fallen, wenn sie erwiesenermassen «therapieresistent» waren. Mit der vom Bundesgericht vorgenommenen Praxisänderung gilt dies nicht mehr in dieser absoluten Form. Die entscheidende Frage ist wie bei anderen psychischen Erkrankungen, ob es der betroffenen Person gelingt, auf objektiver Basis den Beweis einer invalidisierenden Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Diesbezüglich ist eine Indikatorenprüfung vorzunehmen, was im Teilgutachten von med. pract. M.____ vom 10. Januar 2017 (IV-Nr. 128.5) denn auch gemacht wurde. Somit ist im nachfolgenden zu prüfen, ob mit dem Teilgutachten von med. pract. M.____ eine beweismässige Grundlage zur Beurteilung des psychiatrischen Sachverhalts vorliegt.

7.2.2 Im psychiatrischen Teilgutachten stützte sich med. pract. M.____ auf eine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 1 - 7 des Gutachtens) und setzte sich sehr eingehend und überzeugend mit den Vorakten auseinander (S. 9 - 11 des Gutachtens). Hinsichtlich der aktuellen Untersuchung führte med. pract. M.____ aus, es präsentiere sich eine Explorandin, die, nur ihren eigenen Angaben folgend, eine sehr schwer ausgeprägte Depression haben müsste. Es zeigten sich jedoch auch anlässlich seiner Untersuchung gewisse Diskrepanzen zwischen den beim Psychostatus gemachten Angaben und den Überprüfungen sowie dem Abgleich mit der Anamnese. Es sei eine Aggravation festzustellen. Er erachte diese jedoch eher bewusstseinsfern, der Explorandin gelinge es recht konsistent, Behandler und Gutachter ein ähnliche Zweifel auslösendes Bild abzugeben. Darin sei sie stabil. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Das Leben der Explorandin sei spätestens mit dem Wechsel in die Schweiz mit Enttäuschungen (Kinder in der Heimat) und ab dem Unfall des Ehemannes auch mit starken (psychischen) Belastungen (beeinträchtigter Ehemann, Eheprobleme, verpasster Ausbildungstraum, sie einschränkende somatische Beschwerden) verknüpft. Zwar hätten sich zunächst somatische Beschwerden entwickelt, aber recht bald habe die Explorandin (1999) stark mit Suizidalität dekomponiert und sich überwiegend wahrscheinlich nie mehr völlig von dieser depressiven Phase erholt. Spätestens mit der Tumordiagnose und der zuletzt erlebten Unsicherheit bezüglich Tumorrezidiv habe sich die Depression (wieder) intensiviert. Sie wirke insgesamt unmotiviert, ohne Lust und

Perspektive. Dies sei überwiegend wahrscheinlich im Rahmen der Depression zu sehen; auch die negative Selbsteinschätzung könne hier eingeordnet werden, im Rahmen der Hauptdiagnose. Die Depression dauere bereits seit Jahren an und habe sich längst als eigenes Krankheitsbild von den psychischen Belastungsfaktoren gelöst. Der Schweregrad könne jedoch, gerade auch aktuell, äusseren Faktoren zugeordnet werden, eben dem Druck des Ehemannes (wolle sich umbringen, sollte sie ihn verlassen) und der Tumorunsicherheit. Des Weiteren begründete med. pract. M.____ seine Einschätzung des Schweregrades der depressiven Episode nachvollziehbar: Das ICD-10 gebe folgende zu erfüllende Kriterien zur Depression an: «Bei den typischen leichten (F32.0), mittelgradigen (F32.1) oder schweren (F32.2 und F32.3) Episoden leidet der betroffene Patient unter einer gedrückten Stimmung und einer Verminderung von Antrieb und Aktivität. Die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration sind vermindert. Ausgeprägte Müdigkeit kann nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten. Der Schlaf ist meist gestört, der Appetit vermindert. Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen sind fast immer beeinträchtigt. Sogar bei der leichten Form kommen Schuldgefühle oder Gedanken über eigene Wertlosigkeit vor. Die gedrückte Stimmung verändert sich von Tag zu Tag wenig, reagiert nicht auf Lebensumstände und kann von so genannten somatischen Symptomen begleitet werden, wie Interessenverlust oder Verlust der Freude, Früherwachen, Morgentief, deutliche psychomotorische Hemmung, Agitiertheit, Appetitverlust, Gewichtsverlust und Libidoverlust. Abhängig von Anzahl und Schwere der Symptome ist eine depressive Episode als leicht, mittelgradig oder schwer zu bezeichnen.» Bei der Beschwerdeführerin seien folgende der genannten Symptome vorhanden: Es bestehe eine gedrückte Stimmung, Antrieb und Aktivität sowie die Fähigkeit zu Freude, das Interesse und die Konzentration seien vermindert, sodann könne eine ausgeprägte Müdigkeit nach jeder kleinsten Anstrengung auftreten und der Schlaf sei meist gestört, Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen seien fast immer beeinträchtigt. Weiter bestünden Gedanken über die eigene Wertlosigkeit, die gedrückte Stimmung reagiere nicht auf Lebensumstände. Schliesslich bestünden Interessenverlust, Verlust der Freude, eine psychomotorische Hemmung und Libidoverlust. Diese Symptome führten zu einer mittelgradigen depressiven Episode mit klarer Tendenz zur schwergradigen. Diese Störung habe klar Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin sei sozial, beruflich und auch sonst in der Alltagsgestaltung deutlich durch diese Störung beeinträchtigt. Eine absichtliche Täuschung oder Simulation könne nicht belegt werden, es bestehe auch kein Verdacht darauf. Sodann begründet med. pract. M.____ die von ihm gestellte Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren einleuchtend. Das ICD-10 fordere für die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung somatische und psychische Faktoren: «Im Vordergrund des klinischen Bildes stehen seit mindestens 6 Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, die ihren Ausgangspunkt in einem physiologischen Prozess oder einer körperlichen Störung haben. Psychischen Faktoren wird eine wichtige Rolle für Schweregrad, Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen. Der Schmerz wird nicht absichtlich erzeugt oder vorgetäuscht (wie bei der vorgetäuschten Störung oder Simulation). Schmerzstörungen, insbesondere im Zusammenhang mit einer affektiven Angst-, Somatisierungs- oder psychotischen Störung, sollen hier nicht berücksichtigt werden.» Aufgrund der klaren Erfüllung der Kriterien und der Konstanz über nun viele Jahre sei die Diagnose als gegeben

zu werten. Es erscheine überwiegend wahrscheinlich, dass bereits die Beschwerden Ende der 90er Jahre im Sinne dieser Diagnose, die allerdings erst viel später vom ICD-10 eingeführt worden sei, einzuordnen seien. Auch diese Störung habe negativen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, eine klare Differenzierung sei aktuell jedoch beeinträchtigt durch die Unsicherheit bzgl. eines allfälligen Tumorrezidivs. Weiter begründet med. pract. M.____ die seiner Ansicht nach eingetretene gesundheitliche Verschlechterung aus psychiatrischer Sicht nachvollziehbar: Die Depression habe sich seit Herbst 2015 klar verschlechtert, habe möglicherweise auch phasenweise die Kriterien für eine schwere depressive Episode erfüllt, was aber nicht ausreichend sicher belegt worden sei. Die somatoforme Störung sei als mindestens durchgehend vorhanden zu betrachten, gutachterlich bereits 1999 festgehalten. Auch wenn spätere Autoren diese Diagnose nicht mehr angeführt hätten, gehe er von deren Fortbestehen als überwiegend wahrscheinlich aus, da die Diagnose auch nicht lege artis widerlegt worden sei und somatische Beschwerden immer (wieder) Thema bei der Explorandin gewesen seien. Bei aller Depressivität sei anzumerken, dass die Prognose und die Möglichkeiten nicht völlig negativ einzuschätzen seien. Immerhin könne sich die Explorandin sogar einen kleinen Einsatz in der Berufswelt vorstellen, wenn auch nur eingeschränkt, was für ihn, med. pract. M.____, ebenfalls gegen eine bewusstseinsnahe Aggravation spreche. Auch gebe sie sich nicht völlig passiv in ihrem Tagesablauf wieder. Hier schienen Ressourcen grundsätzlich vorhanden zu sein. Vieles werde davon abhängen, ob ein Tumorrezidiv vorliege oder auftreten werde oder ob die Tumorbehandlung als geheilt eingestuft werden könne. Das ICF (Mini-ICF-Rating für Aktivitäts- und Partizipationsstörungen bei psychischen Erkrankungen, Linden & Baron, 2009) sei im Rahmen dieses Gutachtens wie folgt zu diskutieren: Die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei mittel beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien leicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei schwer beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei stark beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserhäuslichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt, sie benötige Unterstützung durch die Tochter; ein sekundärer Krankheitsgewinn habe sich daraus jedoch nicht klar ableiten lassen. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Wegfähigkeit sei leicht beeinträchtigt. Schliesslich vermag im Lichte der vorgehenden Erwägungen von med. pract. M.____ grundsätzlich auch seine Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit betrage aufgrund der oben dargelegten Verschlechterungen noch 30 %. Diese 30 % müssten auch eher über mehrere Tage verteilt werden, als dass sie zusammenhängend umsetzbar wären. Dies sei jedoch eine versicherungsmedizinisch-theoretische Einschätzung, denn aus der klinischen Erfahrung heraus werde zum jetzigen Zeitpunkt eine Reintegration die Explorandin überwiegend wahrscheinlich überfordern und zu einer weiteren Dekompensation der Symptome führen. In einer angepassten Tätigkeit ohne Belastung der oberen Extremität sei eine Arbeitsfähigkeit von 40 % anzusetzen. Bezüglich des Beginns der Arbeitsunfähigkeit sei ein genauer prozentualer Verlauf rückblickend aufgrund der Mängel der vorliegenden Berichte nicht seriös möglich. Die aktuelle Einschätzung gelte ab September 2015. 7.2.3 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem

strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen von med. pract. I. ___ setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (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) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf den Verlauf und Ausgang von Therapien als wichtige Schweregradindikatoren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 20. November 2017 E. 4.5.2) einzugehen. Diesbezüglich ist dem Gutachten von med. pract. M. ___ zu entnehmen, die bisherige Therapie sei seines Erachtens angemessen. Soweit erkennbar, sei die Kooperation bei den verordneten Behandlungen gut gewesen. Gemäss psychiatrischer Abklärung bestünden aber weitere Therapieoptionen, mit denen eine relevante Besserung des Gesundheitszustandes erwartet werden könne. Die Psychotherapie sei unbedingt fortzuführen. Konkrete Vorschläge seien wegen der Tumorunsicherheit nur insofern machbar, als die Explorandin in dieser Situation zu stützen und zu stabilisieren sei. Alles Weitere hänge von den Befunden ab. Psychopharmakologisch könnte jedoch noch mit weiteren Antidepressiva oder Stimmungsstabilisatoren wie z.B. Quetiapin gearbeitet werden, damit die therapeutischen Effekte besser durchgreifen könnten. Die vom Gutachter angesprochene gute Kooperation der Beschwerdeführerin zeigt sich zudem auch im Umstand, dass der anlässlich der Begutachtung gemessene Blutspiegel von Paroxetin im hohen Bereich lag (IV-Nr. 128.1, S. 16). Unter dem Indikator Komorbidität (BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 S. 300 f.) ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der hier diagnostizierten mittelgradigen depressiven Episode (ICD-10 F32.1) und chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41) zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen erforderlich. In Präzisierung von BGE 141 V 281 E. 4.3.1.3 fallen Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_130/2017 vom 30. November 2017 E. 8.1, zur Publikation bestimmt). Die somatischen

Beeinträchtigungen schränken die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit gemäss der Beurteilung von Dr. med. L. ___ nicht weiter ein. Im Gutachten wurden darüber hinaus keine ressourcenhemmenden Wechselwirkungen zwischen den Diagnosen erwähnt. Mit Bezug auf den Komplex der Persönlichkeit (BGE 141 V 281 E. 4.3.2 S. 302) führte med. pract. M. ___ aus, die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sei mittel beeinträchtigt. Die Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben sei mittel beeinträchtigt. Die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit seien schwer beeinträchtigt. Die fachliche Kompetenz sei mittel beeinträchtigt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit seien leicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei schwer beeinträchtigt. Die Selbstbehauptungsfähigkeit sei mittel beeinträchtigt. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei leicht beeinträchtigt. Die Gruppenfähigkeit ebenso. Die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen sei stark beeinträchtigt. Die Fähigkeit zu ausserhäuslichen Aktivitäten sei mittel beeinträchtigt, sie benötige Unterstützung durch die Tochter; ein sekundärer Krankheitsgewinn habe sich daraus jedoch nicht klar ableiten lassen. Die Fähigkeit zur Selbstversorgung sei mittel beeinträchtigt. Die Wegfähigkeit sei leicht beeinträchtigt. Damit sei festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht über nur eingeschränkte Ressourcen verfüge, um die aus somatischer Sicht attestierte Arbeitsfähigkeit zu realisieren. Der soziale Kontext (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303) weist ebenfalls nur begrenzte Ressourcen aus. Die Beschwerdeführerin gibt an, sie lebe zusammen mit ihrem Ehemann und der Tochter. Der Ehemann könne sowieso nichts machen. Die Tochter mache, was die Beschwerdeführerin nicht machen könne. Der Mann mache nur etwas, wenn die Explorandin es sage. Er könne nicht selber denken. Er habe in der Türkei einen Autounfall erlitten. Er habe viele Brüche gehabt, sei zwei Monate im Koma gewesen. In der Schweiz habe man gesagt, dass man bestimmte Operationen nicht mehr habe machen können, so dass der Ehemann seinen Kopf nur noch schief halten könne. Er habe seit da nicht mehr arbeiten können. Bei ihm sei es nicht besser geworden, es sei im Gegenteil immer schlechter geworden. Sein Gehirn funktioniere nicht mehr, sei geschädigt worden. Die Tochter könne den Haushalt schon machen. Die Tagesabläufe seien ganz unterschiedlich. Sie habe kein regelmässiges Leben. Mal könne sie nicht durchschlafen, dann könne sie wieder einen ganzen Tag durchschlafen. Habe sie Termine, gehe sie dorthin, sei daheim etwas zu machen, mache sie es. Sie bereite auch das Essen vor. Sie gehe mit der Tochter einkaufen. Milch und Brot gehe sie selber bei Migros in der Nähe kaufen. Gehe es ihr nicht gut, gehe sie für eine halbe Stunde draussen spazieren. Sie kaufe am Wochenende ein. Kontakte habe sie keine. Bekomme sie einen Anruf, dann telefoniere sie schon. Bis vor kurzem habe sie eine gute Kollegin gehabt, die nun aber für immer in die Türkei gegangen sei. Im Rahmen der Konsistenzprüfung (BGE 141 V 281 E. 4.4 S. 303 f.) führte med. pract. M. ___ aus, es habe sich eine 52-jährige Explorandin gezeigt, die offen wirkend über sich, ihr Leben und ihre Beschwerden berichtet habe. Es hätten sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung keine Hinweise auf Simulation ergeben. Es zeigten sich jedoch gewisse Diskrepanzen zwischen den beim Psychostatus gemachten Angaben und den Überprüfungen sowie dem Abgleich mit der Anamnese. Es sei eine Aggravation festzustellen. Er erachte diese jedoch eher bewusstseinsfern, der Explorandin gelinge es recht konsistent, Behandler und Gutachter ein ähnlich Zweifel auslösendes Bild abzugeben. Darin sei sie stabil. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Zusammenfassend hielt med. pract. M. ___ fest, seine Abklärungen hätten ergeben, dass sich die beklagten Leiden konsistent in vergleichbaren Lebensbereichen auswirken würden.

Aus gutachterlicher Sicht sei er vom Bestehen der geltend gemachten Behinderungen überzeugt. 7.2.4 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das Gutachten von med. pract. M.____ genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundegerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Des Weiteren erscheint die darin vorgenommene Zumutbarkeitsbeurteilung in Würdigung der zu berücksichtigenden Indikatoren überzeugend. So sind bei der Beschwerdeführerin im persönlichen und sozialen Bereich nur begrenzt Ressourcen vorhanden, womit die gutachterliche Beurteilung auch im Lichte dessen nachvollziehbar ist, so dass vollumfänglich darauf abgestellt werden kann. Zudem hat med. pract. M.____ bei seiner Beurteilung auch berücksichtigt, dass eine Aggravation aufgefallen sei. Er erachte diese jedoch eher als bewusstseinsfern. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Im Resultat kommt med. pract. M.____ nachvollziehbar zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin eine mittelgradige depressive Episode sowie eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren besteht. Nach dem Gesagten lässt das vorliegende Gutachten von med. pract. M.____ eine zuverlässige Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht zu. 7.3 Sodann vermag auch die unter Einschluss der internistischen Fachrichtung vorgenommene Gesamtbeurteilung im E.____-Gutachten zu überzeugen. Im Vergleich zum Vorgutachten des C.____ vom 30. Mai 2013 sei es zu einer Verschlimmerung der Depression im Rahmen des im September 2015 diagnostizierten Carcinoma in situ der rechten Brust gekommen. Zusätzlich zu der Schmerzstörung, welche als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren zu codieren sei, habe sich als weitere relevante Erkrankung gemäss Vorakten eine bronchiale Hyperreagibilität und ein Asthma bronchiale entwickelt. Von Seiten der Lungenerkrankung werde vom behandelnden Arzt, Dr. med. G.____, eine schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität sowie ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Diesen Erkrankungen komme eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu, Tätigkeiten mit erhöhter Staubbelastung, bronchialen Reizstoffen oder Dämpfen seien der Versicherten medizinisch nicht möglich. Gesamthaft betrachtet bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf insgesamt 30 %, welche über die Woche verteilt werden sollten. Für angepasste körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe ebenfalls aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 40 %, ebenfalls über die Arbeitswoche verteilt. 7.4 Schliesslich vermögen auch die gegen das Gutachten vorgebrachten Rügen sowie die teilweise entgegenstehenden Arztberichte den Beweiswert des Gutachtens der E.____ nicht zu schmälern. Dr. med. D.____ geht in seinem Bericht vom 30. April 2016 (IV-Nr. 116) zwar von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit aus, er begründet diese vollständige Arbeitsunfähigkeit jedoch kaum, so dass dies an der gutachterlichen Einschätzung von med. pract. M.____ nichts zu ändern vermag. Das Gleiche gilt auch für den Bericht des Hausarztes der Beschwerdeführerin, Dr. med. J.____, vom 2. Mai 2016, der darin lediglich eine leichte bis mittelschwere depressive Episode festhält, ohne dies zu begründen. Dr. med. J.____ verfügt zudem nicht über einen psychiatrischen Facharztstitel, weshalb seine diesbezügliche Diagnosestellung kaum beweiswertig ist. Sodann stellt sich die Beschwerdegegnerin auf den Standpunkt, die Einschätzung von med. pract. M.____, wonach die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit nur noch zu 40 % arbeitsfähig sei, sei zu hoch. Unter Berücksichtigung der noch vorhandenen Ressourcen und der leistungshindernden äusseren Belastungsfaktoren sei von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 60 % auszugehen. Der

Ansicht der Beschwerdegegnerin kann jedoch im Lichte der beweiswertigen Ausführungen von med. pract. M.____ nicht gefolgt werden. So legte med. pract. M.____, wie vorgehend ausgeführt, überzeugend dar, dass aufgrund der ausgeprägten depressiven Symptomatik diverse Fähigkeiten der Beschwerdeführerin beeinträchtigt seien: So die Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen sowie zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, die fachliche Kompetenz, die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, die Durchhaltefähigkeit, die Selbstbehauptungsfähigkeit, die Kontaktfähigkeit zu Dritten und die Gruppenfähigkeit, die Fähigkeit zu familiären bzw. intimen Beziehungen, die Fähigkeit zu ausserhäuslichen Aktivitäten sowie die Fähigkeit zur Selbstversorgung und die Wegefähigkeit. Der Beschwerdegegnerin ist zwar insofern Recht zu geben, dass bei der Beschwerdeführerin auch gewisse Ressourcen auszumachen sind. Diese sind aber nicht in derart grossem Ausmass vorhanden, dass aufgrund derer von der Beurteilung von med. pract. M.____ abgewichen werden könnte. Insofern die Beschwerdegegnerin im Weiteren darauf hinweist, dass die Beschwerdeführerin gemäss Bericht von Dr. med. F.____ vom 23. Januar 2016 sehr aktiv sei, viel laufen gehe und sich sportlich betätige, ist ihr entgegenzuhalten, dass diese Aussagen kaum den Zeitpunkt der Untersuchung durch Dr. med. F.____ im Januar 2016 betreffen dürften. So berichtet die Beschwerdeführerin darin über «seit einem Jahr» bestehende thorakale Beschwerden, welche nur im Ruhezustand auftreten würden, nicht jedoch bei den oben genannten aktiven Betätigungen. Im Lichte dessen, dass die psychische Verschlechterung erst per September 2015 mit der Erstdiagnose des Mammakarzinoms erstellt ist und die Beschwerdeführerin im Oktober 2015 operiert wurde, ist nicht davon auszugehen, dass sich ihre Aussagen bezüglich der sportlichen Betätigung auf den Zeitraum zwischen der Operation und den Bericht vom Januar 2016 beziehen, sondern auf die Zeit vor September 2015. Somit kann daraus nichts abgeleitet werden, was den Beweiswert der gutachterlichen Beurteilung vermindern würde. Des Weiteren stellt sich die Beschwerdegegnerin mit Verweis auf Foerster (Foerster K., Bork 5., Kaiser V., Grobe Th., Tegenthoff M., Weise H., Badke A., Schreinicke G., Lübcke J., Vorschläge zur MUE-Einschätzung bei psychoreaktiven Störungen in der gesetzlichen Unfallversicherung, MED SACH 103 2/2007S. 54 f.) auf den Standpunkt, bei einer depressiven Episode mit einer Beeinträchtigung entsprechend einer mittelgradigen depressiven Episode könne von einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von bis zu 40 % ausgegangen werden. Diesbezüglich lässt die Beschwerdeführerin aber zum einen ausser Acht, dass dabei die vorliegend ebenfalls diagnostizierte Schmerzstörung nicht berücksichtigt wurde. Und zum anderen dürften gerade angesichts der Indikatorenrechtsprechung (vgl. E. II. 7.2.3) solche schematischen und nicht einzelfallbezogenen Einschätzungen der Arbeitsunfähigkeit überholt sein, zumal der betreffende Artikel von Foerster aus dem Jahr 2007 stammt. So kann eine solche Diagnose je nach vorhandenen Ressourcen der betreffenden Person sehr unterschiedliche Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Diesem Umstand wird denn auch mit der bundesgerichtlich festgelegten Indikatorenprüfung Rechnung getragen. In diesem Zusammenhang ist zudem darauf hinzuweisen, dass der RAD-Arzt der Beschwerdegegnerin, Dr. med. K.____, in seinem Bericht vom 18. Februar 2017 ausdrücklich festhielt, das Gutachten der E.____ entspreche – insbesondere im psychiatrischen Teil – der neuen Rechtsprechung und die relativ hohe attestierte Arbeitsunfähigkeit werde auch plausibel begründet. Was die Beschwerdegegnerin nun nachträglich gegen die gutachterliche Beurteilung vorbringt, vermag nach dem Gesagten nicht zu überzeugen. Sodann macht die Beschwerdegegnerin geltend, der Gutachter führe

klar aus, dass noch Therapieoptionen bestünden, welche zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen würden. Das Bundesgericht hat aber wiederholt unter Hinweis auf BGE 127 V 294 E. 4c S. 298 bekräftigt, dass in der Invalidenversicherung die Therapierbarkeit eines Leidens dem Eintritt einer rentenbegründenden Invalidität nicht absolut entgegensteht (zuletzt etwa Urteile 8C_222/2017 vom 6. Juli 2017 E. 5.2, 9C_682/2016 vom 16. Februar 2017 E. 3.2, 8C_349/2016 vom 2. November 2015 E. 3.1). Denn die Behandelbarkeit, für sich allein betrachtet, sagt nichts über den invalidisierenden Charakter einer psychischen Störung, so auch eines depressiven Leidens, aus (vgl. auch Rahel Sager, Die bundesgerichtliche Rechtsprechung betreffend Depressionen, SZS 2015 S. 308 ff., 317 f. Ziff. 5.2). Für die Entstehung des Anspruchs auf eine Invalidenrente im Besonderen ist immer und einzig vorausgesetzt, dass während eines Jahres (ohne wesentlichen Unterbruch) eine mindestens 40%ige Arbeitsunfähigkeit nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG bestanden hat und eine anspruchsbegründende Erwerbsunfähigkeit weiterhin besteht (vgl. BGE 127 V 294 E. 4c), was im vorliegenden Fall zu bejahen ist. Schliesslich macht die Beschwerdegegnerin geltend, es seien Aggravationstendenzen festgestellt worden, welche für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern seien. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass im Gutachten eine sehr differenzierte Auseinandersetzung mit den aggravatorischen Tendenzen der Beschwerdeführerin vorgenommen wurde. Die rheumatologischen und internistischen Gutachter haben auf diese gezielt hingewiesen und kamen denn auch im Resultat zur Schlussfolgerung, es liege aus somatischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor. Auch der psychiatrische Teilgutachter med. pract. M. ___ setzte sich differenziert mit der Aggravationsproblematik auseinander und kam in seinem Fachgebiet zum Schluss, es sei zwar eine Aggravation festzustellen, er erachte diese jedoch eher als bewusstseinsfern. Auch sei nach seiner Einschätzung ein Störungsmodell zur Entwicklung der Depression schlüssig auf die Anamnese und die Berichte zu entwickeln. Somit ist davon auszugehen, dass die Gutachter die Aggravation der Beschwerdeführerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit entsprechend berücksichtigt. Zusammenfassend ist demnach festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung zu Unrecht davon ausgegangen ist, eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes sei nicht erstellt. Vielmehr hätte sie gestützt auf die Beurteilung aus dem Gutachten der E. ___ davon ausgehen müssen, dass bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit nur noch eine 40%ige Arbeitsfähigkeit vorliegt. 8. Somit ist nachfolgend ein Einkommensvergleich vorzunehmen, nachdem die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf einen solchen verzichtet hat. 8.1 Bezüglich des Invaliden- und Valideneinkommens kann im Wesentlichen auf die in der Verfügung vom 11. Juni 2014 (IV-Nr. 76) verwendeten Berechnungsgrundlagen verwiesen werden. Da die Beschwerdeführerin ihre letzte Tätigkeit aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. IV-Nr. 9.1), ist bezüglich des Valideneinkommens auf den Lohn gemäss Arbeitgeberbericht vom 31. März 1998 (IV-Nr. 9.1, S. 9) abzustellen und dieser entsprechend auf das Jahr 2015 aufzurechnen (CHF 2'850.00 x 13, Aufrechnung Teuerung [Ziffer 19] :106.3x123.2, :100x109.8, :100x105.9), woraus sich ein Valideneinkommen von CHF 49'930.30 ergibt. Das Invalideneinkommen errechnet sich gestützt auf LSE 2014 TA1_tirage_skill_level Total Niveau 1 Frauen: CHF 4'300.00 x 12 + Aufrechnung Wochenstunden (:40 x 41.7) + Aufrechnung Teuerung 2015 (:103.6 x 104.1) = CHF 54'052.60; davon 40 % zumutbar = CHF 21'621.00. 8.2 Sodann macht die Beschwerdeführerin geltend, es sei beim Invalideneinkommen ein Abzug vom Tabellenlohn in der Höhe von 15 % vorzunehmen.

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 pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). 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 in der angefochtenen Verfügung, wie erwähnt, keinen Einkommensvergleich und damit 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. 6.2.7 vorgehend festgehalten, ist das somatische Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin gemäss dem Gutachten der E.____ neben der 60%igen Arbeitsunfähigkeit nur wenig zusätzlich eingeschränkt. Zudem umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Anforderungsniveau 1 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). Jedoch dürfte zusätzlich einschränkend hinzukommen, dass die Beschwerdeführerin ihre Restarbeitsfähigkeit gemäss gutachterlicher Beurteilung nur noch über die Woche verteilt umsetzen kann. Hinzu kommt, dass die Beschwerdeführerin gemäss Gutachten Defizite bei der Anpassung an Regeln und Routinen, bei der Planung und Strukturierung, bei der Flexibilität und Entscheidungsfähigkeit sowie beim Durchhaltevermögen und der Gruppenfähigkeit hat. Es rechtfertigt sich somit ein behinderungsbedingter Abzug 15 %. Dagegen ist ein durch Teilzeit bedingter Verdienstnachteil für Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 25 - 49 % im Jahr 2014 und 2016 statistisch nur sehr geringfügig ausgewiesen (LSE 2014 und 2016, T 18), weshalb wegen Teilzeittätigkeit kein Abzug vorzunehmen ist. Zudem ist die Beschwerdeführerin bereits 1983 in die Schweiz gekommen (IV-Nr. 111), womit diesbezüglich kein Abzugsgrund vorliegt. 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). 8.3 Somit ergibt sich aus dem Valideneinkommen von CHF 49'930.30 und dem Invalideneinkommen von CHF 18'377.85 (CHF 21'621.00 abzüglich 15 %) ein Invaliditätsgrad von 63 % womit die Beschwerdeführerin ab dem 1. Dezember 2015 (vgl. Art. 88a Abs. 1 IVV) Anspruch auf eine Dreiviertelsrente hat. 9. Demnach ist die Beschwerde gutzuheissen und die Verfügung vom 25. September 2017 aufzuheben. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerin eine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Parteientschädigung auf CHF 2'306.65 festzusetzen (8.60 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt). Die Differenz zur eingereichten Kostennote resultiert daraus, dass die Positionen vom 6. November 2017, 9. November 2017, 25. Januar 2018, 30. Januar 2018 und 6. März 2018 (Orientierungskopien an Klientin, Einreichung der UP-Unterlagen) als Kanzleiaufwand gelten, welcher bereits im Stundenansatz der Rechtsvertreterin enthalten ist und demnach nicht gesondert vergütet wird. Zudem wird bei Obsiegen praxismässig nur eine halbe Stunde als nachprozessualer Aufwand vergütet. 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die IV-Stelle die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Folglich ist der Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

E. 8

Leichte bis mittelschwere Depression

E. 9

Anhaltende somatotrope Schmerzstörung Die Beschwerdeführerin beschreibe seit ca. einem Jahr nur in Ruhe und vor allem in der Nacht stundenandauernde linksthorakale Schmerzen. Unter Belastung habe sie diese Beschwerden nie. Sie sei sehr aktiv, gehe viel laufen und betätige sich sportlich. Dort habe sie nie diese Beschwerden gespürt. Wenn sie diese Thorakalgien habe, dann habe sie die ersten 30 Minuten sehr starke Schmerzen, diese würden dann langsam abklingen und könnten Stunden andauern. Zur Beurteilung führte Dr. med. F. ___ aus, in der Ergometrie von heute habe die Beschwerdeführerin 74 % ihrer Soll-Arbeitskapazität geleistet und der Test sei bezüglich Ischämie klinisch und elektrisch negativ ausgefallen, bei ausreichendem Doppelprodukt. In der Echokardiographie habe ausser der leichten Mitralinsuffizienz insgesamt ein Normalbefund festgestellt werden können. Bei der Beschwerdeführerin bestehe ein niedriges Risiko bezüglich KHK. Ausser dem Lipidstatus sei keine Auffälligkeit vorhanden. 6.2.4 In seinem ärztlichen Zeugnis vom 23. Januar 2016 (IV-Nr. 108, S. 3) hielt Dr. med. D. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie fest, die Beschwerdeführerin habe eine neue depressive Dekompensation erlebt, weil bei ihr im September 2015 ein Brustkrebs diagnostiziert worden sei. Sie sei am 20. Oktober 2015 operiert worden. Sie sei informiert worden, dass dieser Krebs hoch invasiv sei und ein hohes Wiederholungsrisiko von 80 % bestehe. Seit diesem Datum fühle sich die Beschwerdeführerin durcheinander. Sie erwache jede zweite Stunde, habe Alpträume. Sie könne sich nicht mehr konzentrieren, habe keine Lust mehr, etwas zu

unternehmen, und habe alle sozialen Kontakte abgebrochen. Die geschilderten Symptome und Störungen seien glaubhaft. Diese zeigten eine Verschlechterung des psychischen Zustandes. Ihre depressive Störung habe sich verschlechtert. 6.2.5 Dr. med. D.____ diagnostizierte in seinem Bericht vom 30. April 2016 (IV-Nr. 116) eine rezidivierende depressive Störung gegenwärtig schwere Episode (ICD-10 F33.2) sowie einen Mamma-Krebs rechts. Die Beschwerdeführerin sei hoffnungslos, klage über innere Unruhe, Morgentiefe. Sie verstehe die Leute, die sich unter einem Zug werfen würden. Sie habe auch solche Ideen. Sie könne für morgen nichts planen. Wenn sie Schmerzen an der Brustregion bekomme, denke sie, dass sie wieder Krebs bekommen würde, ihre Krebskrankheit sei verbreitet, in die Knochen, Magen, etc. Sie habe im März 2016 zweimal Dissoziationen erlebt, sie habe nicht gewusst, wo sie sich befinde und wohin sie gehe. Sie überlege sehr viel, besonders wegen ihres Ehemannes, der einen Unfall erlebt und das rechte Bein gebrochen habe. Früher habe der Ehemann ihr zu Hause geholfen. Jetzt müsse sie sich auch um ihren Ehemann kümmern. Sie sei seit September 2015 100 % arbeitsunfähig. 6.2.6 Dr. med. J.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, führte in seinem Bericht vom 2. Mai 2016 (IV-Nr. 117, S. 1) aus, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Es bestünden asthmatische Probleme trotz Antiasthmatica in nicht staubsanierten Arbeitsplätzen. Sie könne keine Lasten tragen. Sie leide als Linkshänderin an verminderter Kraft in der linken Hand sowie an Vergesslichkeit und Konzentrationsstörungen. 6.2.7 Im interdisziplinären Gutachten der E.____ vom 18. Januar 2017 (IV-Nr. 128.1) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit wesentlicher Einschränkung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit - Mittelgradige depressive Episode ICD-10 F32.1 - Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41 Diagnosen ohne wesentliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, aber mit Krankheitswert - Aktenanamnestisch Asthma bronchiale/bronchiale Hyperreagibilität • Hausstauballergie - Duktales Carcinoma in situ rechts • therapeutische Mamma-Plastik, Sentinel-Lymphknotenentfernung rechts, Reduktionsmastopexie links am 20. Oktober 2015 - Chronifiziertes, therapierefraktäres, unspezifisches panvertebrales Schmerzsyndrom • Fehlstatik mit Haltungsinsuffizienz, lumbal rechts- und zerviko-thorakal linkskonvexe Skoliose, muskuläre Dysbalance und Dekonditionierung • Leichte Osteochondrose C5/6 und geringe Segmentdegeneration L2 bis L5 - Chronische schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit links • nativ-radiologisch altersentsprechender Befund - Diffuse, unspezifische Polyarthralgie im Bereich beider Hände - Status nach Karpaltunnel-Operation links 1996 - Leichte Metatarsalgie links bei Knick-Senk-Spreizfüßen mit Hallux valgus beidseits - Latente Femoropatellararthrose rechts - Gastroösophagealer Reflux - Arterielle Hypertonie Im Vordergrund des Krankheitsbildes stünden eine Schmerzstörung sowie eine depressive Erkrankung seit zirka 25 Jahren. Im Vergleich zum Vorgutachten des C.____ vom 30. Mai 2013 sei es zu einer Verschlimmerung der Depression im Rahmen des im September 2015 diagnostizierten Carcinoma in situ der rechten Brust gekommen. Zusätzlich zu der Schmerzstörung, welche als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren codiert werde, hätten sich als weitere relevante Erkrankung gemäss Vorakten eine bronchiale Hyperreagibilität und ein Asthma bronchiale entwickelt. Die Untersuchungsbefunde des Bewegungsapparates seien im Wesentlichen altersentsprechend, bestünden seit der Vorbegutachtung im Wesentlichen unverändert fort und hätten keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Ebenfalls keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe die im Jahr 2015 operierte Brustkrebskrankung im Anfangsstadium (duktales Carcinoma in situ). Hier

seien auch weiterhin Kontrolluntersuchungen gemäss Leitlinie notwendig. Hinweise für ein Rezidiv bestünden gemäss Vorakten nicht. Von Seiten der Lungenerkrankung werde vom behandelnden Arzt, Dr. med. G.____, eine schwere unspezifische bronchiale Hyperreagibilität sowie ein Asthma bronchiale diagnostiziert. Diesen Erkrankungen komme eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu, Tätigkeiten mit erhöhter Staubbelastung, bronchialen Reizstoffen oder Dämpfen seien der Versicherten medizinisch nicht möglich. Da von der Versicherten zusätzlich Atembeschwerden auf Gerüche, beispielsweise Parfüm, beschrieben würden, könnte differentialdiagnostisch eine Vocal Cord Dysfunction vorliegen. Man empfehle, diesen Anfangsverdacht im Rahmen der nächsten HNO-ärztlichen Konsultation abzuklären. Von allen drei Begutachtern würden Aggravationstendenzen festgestellt, wobei diese auf psychiatrischem Fachgebiet bewusstseinsfern stattfänden, auf somatischem Fachgebiet eher bewusstseinsnah seien, beispielsweise die gezeigte Kraftminderung der linken oberen Extremität bei unauffälligem Muskelprofil. Zusammenfassend liessen sich betreffend Arbeitsfähigkeit von somatischer Seite her im Vergleich zum Vorgutachten keine relevanten Veränderungen feststellen, während es von psychiatrischer Seite ab September 2015 zu einer gesundheitlichen Verschlechterung gekommen sei. Aufgrund der mittelgradig ausgeprägten depressiven Erkrankung und der Schmerzstörung bestehe in der bisherigen Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf insgesamt 30 %, welche über die Woche verteilt werden sollten. Ob diese Arbeitsfähigkeit tatsächlich umgesetzt werde, erscheine unter Würdigung auch der nichtmedizinischen Faktoren allerdings fraglich. Für angepasste körperlich leichte bis mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten bestehe ebenfalls aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsfähigkeit in Höhe von 40 %, ebenfalls über die Arbeitswoche verteilt.

6.2.8 Dr. med. K.____, Facharzt für Allgemeine Medizin FMH, vom Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD), führte in seiner Stellungnahme vom 18. Februar 2017 (IV-Nr. 131) aus, gestützt auf das Gutachten der E.____ seien insgesamt die psychiatrischen Einschränkungen führend und für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit massgebend. Die Verschlechterung sei psychiatrischer Art und ab Herbst 2015 eingetreten (ausgelöst durch die Brustkrebs-Diagnose im September 2015). Das Gutachten entspreche – insbesondere im psychiatrischen Teil – der neuen Rechtsprechung und die relativ hohe attestierte Arbeitsunfähigkeit werde auch plausibel begründet. Das E.____-Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom

E. 11

Juni 2014 wesentlich verändert. In der bisherigen Tätigkeit sei seit September 2015 von einer Arbeitsfähigkeit von 30 % und in einer angepassten Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 40 % auszugehen.

7. Die Grundlage des angefochtenen Entscheides bildet im Wesentlichen das Gutachten der E.____ vom 18. Januar 2017 (IV-Nr. 128.1), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1 Im rheumatologischen Teilgutachten vom 13. Dezember 2016 (IV-Nr. 128.4) setzte sich Dr. med. L.____ gestützt auf seine umfassende Anamnese- und Befunderhebung (S. 1 - 7 des Gutachtens) eingehend und wohlbegründet mit den Vorakten und den möglichen Diagnosen auseinander: Die rheumatologische Untersuchung im Rahmen dieses Teilgutachtens zeige ein linksbetontes panvertebrales Schmerzsyndrom mit Ausweitung auf die linke Körperseite und damit verbunden eine schmerzhaft eingeschränkte Schulter- und Hüftbeweglichkeit links bei aufgrund der abgesunkenen Schmerzschwelle schwieriger Untersuchbarkeit. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Wirbelsäule seien auf allen Etagen als

leichtgradig einzustufen. Es bestünden aktuell klinisch weder Hinweise für eine Segment-instabilität noch für eine radikuläre Reiz- und/oder sensomotorische Ausfallsymptomatik, weder auf zervikalem noch auf lumbalem Niveau. Zusätzlich festzustellen seien Irritationen an den Beckenkämmen, der Spina iliaca posterior superior beidseits entsprechend Insertionstendinosen und Irritationen im Bereich der Iliosakralgelenke linksbetont sowie myofasziale Befunde in der Nacken- / Schulterpartie links. Im Weiteren bestehe ein Residualzustand nach erfolgreicher Karpaltunnelsyndrom-Operation links mit nur mehr residueller Hypästhesie an der Daumenkuppe links. Die von der Versicherten gezeigte, deutlich verminderte Kraft des Faustschlusses könne nicht nachvollzogen werden und stehe diskrepant zu der seitengleichen muskulären Trophik der intrinsischen Hand- und Unterarmmuskulatur nota bene ohne Umfangsdifferenzen an den oberen Extremitäten. Hinsichtlich der angegebenen Beschwerden im Bereich der proximalen Interphalangealgelenke aller Finger sei der klinisch-rheumatologische Befund altersentsprechend unauffällig und insbesondere bestehe keine palpable synovialitische Schwellung und eine freie Gelenkfunktion. Von somatischer Seite her finde die diffuse Oberflächenhypästhesie der ganzen linken oberen und unteren Extremität keine Erklärung. Der Vollständigkeit halber genannt sei zudem eine leichte Metatarsalgie links mit Druckdolenzen über dem Grosszehengrundgelenk rechts bei Knick-Senk-Spreizfuss mit Hallux valgus beidseits. Die angegebenen Kniebeschwerden fänden einzig bildgebend ein Korrelat mit dem Befund einer Femoropatellararthrose rechts; klinisch präsentierten sich beide Kniegelenke nicht gereizt, ohne Erguss, bandstabil und mit unauffälliger Funktion bezüglich Beugung und Streckung. Die aktuelle radiologische Standortbestimmung zeige bis auf eine lumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit zerviko-thorakalem Gegenausgleich weitgehend altersentsprechende Befunde mit leichter Osteochondrose C5/C6 sowie leichten polysegmentalen degenerativen Veränderungen im Bereich der Lendenwirbelsäule. In der Zusammenschau der Akten, der Angaben der Versicherten sowie der aktuellen klinischen und bildgebenden Befunde bestehe deskriptiv ein chronifiziertes, therapierefraktäres und unspezifisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit Jahren, aktuell tendomyotisch ausgeprägt und ohne klinische Hinweise für eine radikuläre Reiz- und/ oder sensomotorische, defizitäre Ausfallsymptomatik und ohne Anhalt für eine Segmentinstabilität. Bildgebend bestünden bis auf eine lumbal rechtskonvexe Torsionsskoliose mit zervikothorakalem Gegenausgleich weitgehend altersentsprechende Veränderungen und klinisch eine Haltungsinsuffizienz mit muskulärer Dysbalance und ausgeprägter, schonungsbedingter Dekonditionierung. Das Ausmass der von der Versicherten als invalidisierend beschriebenen panvertebralen Rückenschmerzen lasse sich auf der Befundebene nicht nachvollziehen. Zusätzlich gebe die Versicherte Polyarthralgien insbesondere im Bereich des Handskelettes beidseits und auch im Bereich des linken Ellbogens und beider Kniegelenke rechtsbetont an. Diesbezüglich zeigten sich klinisch weder Hinweise für relevante arthrotische Veränderungen (Ausnahme: leichte Femoropatellararthrose rechts) noch für eine entzündlich-rheumatische Gelenkaffektion. Die Funktion der genannten peripheren Gelenke sei als altersentsprechend normal zu bezeichnen. Bezüglich der angegebenen linksseitigen Vorfussschmerzen handle es sich um eine leichte Metatarsalgie auf dem Boden eines Knick-Senk-Spreizfusses mit Hallux valgus beidseits. Hinsichtlich der beklagten, schmerzhaften Bewegungseinschränkung in der linken Schulter erlaube die schwierige Untersuchbarkeit keine Auskunft über eine allfällige Rotatorenmanschettenpathologie. Radiologisch präsentiere sich die linke Schulter altersentsprechend ohne Hinweise für eine Omarthrose/Akromioklavikulargelenksarthrose,

ohne Anhalt für ein knöchernes, subakromiales Impingement und ohne Zeichen für eine Tendinitis calcarea. Möglicherweise bestehe eine Tendinitis im Bereich der Rotatorenmanschette insbesondere die Supraspinatussehne betreffend, wobei die schwierige Untersuchbarkeit aufgrund des grotesken Schmerzverhaltens diesbezüglich keine definitiven Aussagen zulasse. Hinsichtlich der angegebenen Sensibilitätsstörung an der linken oberen und unteren Extremität könne von rheumatologischer Seite her kein entsprechendes organisches Korrelat genannt werden. Die Versicherte gebe eine erhebliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes seit 2015 an. In diesem Jahr sei ein Mammakarzinom rechts diagnostiziert und im Oktober 2015 auch operiert worden. Von Seiten des Bewegungsapparates her sei aber auf der Befundebene keine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes gegenüber den Gutachten ZMB 1999 und ABI 2013 festzustellen. Hinsichtlich der aktuell festgestellten, leichten Hyperkalzämie stelle sich die Frage nach einem Zusammenhang mit dem Mamma-Karzinom. Möglich sei jedoch auch ein präanalytischer / analytischer Laborfehler. Zu empfehlen sei diesbezüglich eine Wiederholung des Serum-Kalziums inklusive des albuminkorrigierten Kalziums sowie die zusätzliche Bestimmung der alkalischen Phosphatase inkl. allenfalls auch der Isoenzyme. Die gleichförmige Beschwerdeschilderung ohne tageszeitlichen Verlauf, das fehlende Ansprechen auf sämtliche bisherigen Therapiemassnahmen sowie die zunehmende Schmerzausweitung mit subjektiv empfundener Verschlechterung des Gesundheitszustandes auch den Bewegungsapparat betreffend seit der Mamma-Karzinom Diagnose 2015 deuteten unübersehbar auf eine weitgehend nicht organische Genese der angegebenen Schmerzen. Schliesslich vermögen im Lichte der von Dr. med. L. ____ festgestellten Widersprüche zwischen den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, ihrem gezeigten Verhalten und den objektiv feststellbaren Befunden, auch die von ihm in der Folge gezogenen Schlussfolgerungen bezüglich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu überzeugen: Medizinisch-theoretisch ergäben sich auf der Befundebene keine Gründe für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und es bestehe diesbezüglich eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit. In Anbetracht der chronischen Schmerzsymptomatik und der damit verbundenen mittlerweile jahrelangen Dekonditionierung mit Auswirkungen auf Weichteilstrukturen an Rumpf und Extremitäten und damit erklärbaren myo-faszialen Schmerzen halte er jedoch vorwiegend aus ethischen Gründen eine körperliche Schwerarbeit für nicht mehr zumutbar. Für jegliche körperlich leichte und mittelschwere Tätigkeit in vorzugsweise wechselnden Körperpositionen bestehe jedoch von seinem Fachgebiet her eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte 100%ige Arbeitsfähigkeit.

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