

SO_GERICHTE VSBES.2019.131 vom 16. März 2019

SO Obergericht, 2019-03-16, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.131

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.131 du 16 mars 2019

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.131 del 16 marzo 2019

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1959 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 25. Februar 2000 wegen einer Kniegelenksentzündung mit arthrotischen Veränderungen des Knorpels und eines defekten Meniskus bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr. 2]). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) sprach der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 28. Juni 2002 eine einjährige Umschulung zur Medizinischen Praxisassistentin vom 13. August 2002 bis 12. August 2003 zu (IV-Nr. 40), welche von der Versicherten per 28. August 2002 abgebrochen wurde. Die von der Beschwerdeführerin beabsichtigte Ausbildung zur ganzheitlichen Bestatterin wurde von der Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 6. November 2002 nicht übernommen (IV-Nr. 46). Die dagegen erhobene Beschwerde wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn mit rechtskräftigem Urteil vom 26. April 2004 ab (VSBES.2002.693; IV-Nr. 62 S. 3 ff.).

1.2 Seit dem 17. Mai 2010 arbeitete die Beschwerdeführerin als Hauspflegerin im Teilzeitpensum bei den B.____-Diensten [...]. Am 28. April 2011 unterzog sie sich einer Karpaltunnel- und Dupuytren-Operation an der dominanten linken Hand; daraufhin wurde sie zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Am 8. Oktober 2011 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV erneut zum Leistungsbezug an. In der Folge wurden ihr Frühinterventionsmassnahmen, berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie verschiedene Hilfsmittel (Elektrorollstuhl, Metallrampe, Krückstöcke, orthopädische Spezialschuhe) zugesprochen. Vom 11. Oktober bis 11. November 2011 war sie in der C.____ und vom 23. Januar bis 2. März 2012 in der E.____, [...], hospitalisiert (IV-Nr. 190 f.). Am 15. Juni 2012 wurde ihr eine Totalprothese ins rechte Kniegelenk eingesetzt und im Mai und Oktober 2013 sowie Februar 2014 wurde sie am rechten Fuss operiert (Talonaviculararthrodese, Metallentfernung, Rearthrodese). Am 17. Februar 2014 veranlasste die Beschwerdegegnerin eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. G.____, Facharzt für Innere Medizin und Rheumaerkrankungen FMH, sowie Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 18. Juli 2014, IV-Nr. 177.1 und 179.1). Vom 12. Juni bis 5. Juli 2014 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im Rehabilitations- und Rheumazentrum des J.____ auf (IV-Nr. 183). Mit Vorbescheid vom 28. Oktober 2014 stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin eine befristete und abgestufte Invalidenrente vom 1. April 2012 bis 31. August 2014 in Aussicht (IV-Nr. 194).

Am 11. Dezember 2014 musste die Beschwerdeführerin ein viertes Mal am rechten Fuss operiert werden (Rearthrodese talonavicular rechts). Vom 3. bis 10. März 2015 war sie wegen einer Sinusvenenthrombose erneut im I.____ (IV-Nr. 204 S. 2 ff.) und vom

30. November bis 15. Dezember 2015 im K.____, [...], (IV-Nr. 217 S. 2 ff.) hospitalisiert. Am 31. Mai 2016 veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische, neurologische, neuropsychologische und psychiatrische) Begutachtung im L.____, [...] (Gutachten vom 16. Februar 2017, IV-Nr. 247). Von der Beschwerdegegnerin gestellte Rückfragen wurden vom rheumatologischen L.____-Gutachter am 2. August 2017 beantwortet (IV-Nr. 260). Am 28. August 2017 erfolgte eine Haushaltsabklärung durch eine Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin (Bericht vom 29. August 2017; IV-Nr. 263). Nach Durchführung eines weiteren Vorbescheidverfahrens am 30. August 2017 (IV-Nr. 264 S. 2 ff.) und Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 28. November 2017 eine ergänzende rheumatologische Begutachtung bei Dr. med. M.____, Rheumatologie FMH, welche am 16. Januar 2018 durchgeführt wurde (Gutachten vom 12. März 2018, IV-Nr. 281 S. 2 ff.). Nach Eingang der Stellungnahme der Beschwerdeführerin vom 27. März 2018 (IV-Nr. 284) und erneuter Konsultation des RAD erliess die Beschwerdegegnerin am 16. März 2019 eine Verfügung, worin der Beschwerdeführerin in Anwendung der gemischten Methode (80 % Hauspflegerin, 20 % Haushalt) aufgrund eines (Gesamt-)Invaliditätsgrades von 84 % eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. April 2012 bis 30. September 2015 zugesprochen wurde; aufgrund eines (Gesamt-)Invaliditätsgrades von nurmehr 17 % (bzw. 30 % nach der ab 1. Januar 2018 anzuwendenden neuen Berechnungsmethode) wurde die Invalidenrente per 1. Oktober 2015 eingestellt. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, die Beschwerdeführerin sei seit April 2011 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in ihrer angestammten Tätigkeit als B.____-Angestellte in ihrer Arbeitsfähigkeit erheblich eingeschränkt. Bezüglich der Bemessungsmethode sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin auch ohne Gesundheitsschaden mit einem Pensum von 80 % erwerbstätig wäre; die anderen 20 % wäre sie im Haushalt tätig. Eine umfassende medizinische Abklärung sei im Juni 2016 begonnen worden, da der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zu diesem Zeitpunkt stabil gewesen sei. Das umfassende Gutachten vom 22. (recte: 16.) Februar 2017 beschreibe, dass die Beschwerdeführerin seit April 2011 in keiner Tätigkeit arbeitsfähig gewesen sei. Im Haushalt gehe man von einer Einschränkung von ca. 20 % aus; dies beziehe sich auf schwere Arbeiten und solche, welche über Kopf auszuführen seien. Nach Ablauf des Wartejahres stehe der Beschwerdeführerin ab 1. April 2012 eine ganze Invalidenrente zu. Ab Juni 2015 sei ihr eine angepasste Tätigkeit im 80%-Pensum möglich und zumutbar. Diese Tätigkeit sollte dabei wechselbelastend und ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen und ohne Arbeiten auf Leitern und im Kauern angepasst sein. Auf das L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 sowie das ergänzende Gutachten von Dr. med. M.____ vom 12. März 2018 sei abzustellen, beiden Gutachten komme voller Beweiswert zu. Wegen einer Verbesserung des Gesundheitszustands werde die ganze Invalidenrente daher per 1. Oktober 2015 aufgehoben (IV-Nr. 295; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

reizlos inliegenden Schrauben im Tibiakopf links. Ad F: Es bestünden auch rechtsbetonte Schulterschmerzen beidseits bei erhaltener Beweglichkeit. Eine Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne rechts sei im Jahr 2004 arthroskopisch behandelt worden. Hier finde sich radiologisch nur eine ganz kleine Restverkalkung in der Supraspinatussehne. Links sei hingegen auf den aktuellen Röntgenbildern eine grössere subacromiale Verkalkung sichtbar. Ad H: Bei erhöhten Blutdruckwerten in den Routinekontrollen sei eine

24-Stunden-Blutdruckmessung erfolgt. Darin habe sich eine leichte arterielle Hypertonie bestätigt. Das nächtliche Blutdruck-Dipping sei reduziert. Ad J: Während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Die 51-jährige B.____-Mitarbeiterin in gekündigtem Arbeitsverhältnis habe nach der operativen Versorgung eines Karpaltunnelsyndroms links neben einem CRPS eine topographisch ausgeweitete Schmerzsymptomatik von stark einschränkender Qualität im Alltag, im psychischen Bereich verbunden mit Stimmungsschwankungen, Zukunftsängsten, kognitiven Schwächen (vermehrte Vergesslichkeit, Zerstreuung) und einer Tendenz zu sozialem Rückzug entwickelt, ohne dass ein eigentliches depressives Syndrom vorliege. Aufgrund kumulierter Belastungen in der Biographie (mehrere Spitalaufenthalte in der Kindheit, gescheiterte Ehe mit Scheidung, Unfalltod des 16-jährigen Sohnes vor 10 Jahren, Tod des Bruders im Jahr 2010, vorbestehende und multiple Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates, unlängst erfolgter Stellenverlust) sei davon auszugehen, dass beim aktuellen Beschwerdebild eine erhebliche somatoforme Komponente beteiligt sei, bedingt durch eine erhöhte Vulnerabilität in Bezug auf die Entwicklung von Schmerzzuständen, die ihrerseits durch die kumulierten Belastungen (v.a. schmerzliche Verlusterfahrungen) generiert worden seien. Diagnostisch sei am ehesten von der neuen ICD-10-Kategorie «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (F45.41) auszugehen, wobei eine somatische Kernursache (CRPS) durch (unbewusste) psychische und psychovegetative Faktoren verstärkt, ausgeweitet und chronifiziert werde.

Zusammenfassend habe eine Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training auf einem niedrigen Niveau nicht gesteigert werden können, das Training an Geräten habe abgebrochen werden müssen. Bezüglich der Beweglichkeit im Nacken und Schultergürtel habe insgesamt eine gewisse Verbesserung erreicht werden können. Während des Klinikaufenthalts sei eine psychotherapeutische Betreuung der Patientin erfolgt. Zur Funktionsfähigkeit und Behinderung wurde dargelegt, die Patientin sei durch die beinahe den ganzen Körper betreffenden Schmerzen zurzeit bereits in der Bewältigung des Alltags stark eingeschränkt. An die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei in diesem Zusammenhang nicht zu denken. Die bisherige Tätigkeit als B.____-Mitarbeiterin dürfte längerfristig, möglicherweise dauernd, nicht mehr infrage kommen. Die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden Arbeit müsste jedoch von den Diagnosen her grundsätzlich wieder möglich werden (Austrittsbericht vom 22. November 2011, IV-Nr. 191).

5.3 Dem Bericht des I.____ vom 29. Dezember 2011 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom, am ehesten im Rahmen einer Fibromyalgie (Central Pain Syndrom); Lumbales Syndrom, Hyperlordose, Facettenarthrosen L3 bis S1 (MRI LWS 2007), multisegmentale degenerative Veränderungen in der LWS, Schmorl-■sche Knötchen in BWK 8, Facettengelenksarthrosen (MRI der gesamten Wirbelsäule vom 02.08.2011); Psychosoziale Belastungssituation (Kündigung); Morbus Dupuytren Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom, Operative Behandlung am 28.04.2011, Post operatives CRPS Typ I der linken Hand, Beuger-Tendinose Strahl III auf Höhe Grundgelenk Hand links; Polyarthrose, AC-Gelenksarthrosen, Gonarthrosen rechts mehr als links, Genua valga, Patellazentrierungs-Operation beidseits wahrscheinlich nach Emslie in der Jugendzeit; Spreizfüsse, Laxität Seitenbandapparat OSG rechts, 1959/69 Klumpfußoperation links, 1972 Fraktur im OSG-Bereich rechts, 1973 und 1975 Sehnenoperationen am OSG rechts,

1982 Bänderriss am OSG rechts, 11/2000 Distorsion OSG links, 03/2001 Sehnenoperation im Bereich OSG links; Chondrosen C5 bis 7; Schulterschmerzen beidseits, rechtsbetont, bei Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne, 29.12.2004 Arthro-MRI Schulter rechts: Enthesiopathie Muskel supraspinatus mit lokalem Kalkdepot, Verdacht auf weitere Kalkdepots im Musculus subscapularis. Chronische Insertions-Enthesiopathie des Musculus infraspinatus. Leichtes subacromiales Impingement bei beginnender AC-Gelenksarthrose, 2005 Arthroskopie und Kalkentfernung Schulter rechts, 12.10.2011 Röntgen Schultergelenk beidseits: Rechts noch ganz kleine Restverkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne. Links grössere Verkalkung subacromial».

Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die 52-jährige Patientin mit seit Juni 2011 bestehenden Schmerzen fast am ganzen Körper sei zur Beurteilung und Behandlung zugewiesen worden. Die Patientin habe über bestehende Schmerzen vorwiegend im unteren LWS-Bereich, der Handgelenke beidseits und der Kniegelenke rechtsbetont berichtet. Die Schmerzen seien belastungsverstärkt aber auch in Ruhe und während des Schlafs vorhanden. Die angegebenen Schwellungen in den Finger- und Handgelenken hätten klinisch objektiviert werden können. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein Impingement bei pathologischem Hawkins-Test beidseits bei bekannten Verkalkungen subakromial gefunden. Die Beweglichkeit der BWS und LWS sei ebenfalls schmerzbedingt eingeschränkt. Zudem bestehe eine angedeutete Valgus-Fehlstellung der Kniegelenke. Es habe sich eine mässige Schwellung am rechten Kniegelenk gefunden, jedoch keine Überwärmung oder Rötung. Sonographisch habe ein mässiggradiger Erguss in beiden Kniegelenken vor allem aber rechts nachgewiesen werden können. Nach ausführlicher Aufklärung über mögliche Risiken und das Vorgehen sei das Kniegelenk rechts am 16. Dezember 2011 punktiert worden, wobei im Punktat eine normale Viskosität und eine normale Zellzahl nachweisbar gewesen seien, was zur Arthrose passe. Im Rahmen weiterer Abklärungen und mit der Frage nach einem entzündlichen Geschehen habe man die Patientin am 12. Dezember 2011 für eine Skelettszintigraphie angemeldet. Das Resultat habe eine bilaterale aktivierte rechtsbetonte Gonarthrose ergeben. Es bestünden zudem eine aktivierte AC-Gelenksarthrose links sowie degenerative Veränderungen im oberen und unteren Sprunggelenk rechts sowie im Bereich der Wirbelsäule (BWS und LWS). Zudem bestehe eine mässiggradige aktivierte Arthrose beider Radiokarpalgelenke.

Die Patientin leide einerseits an einer Polyarthrose (Schultergelenke, Handgelenke, Kniegelenke, Wirbelsäule) und andererseits an einer Schmerzchronifizierung und Schmerzzentralisierung im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation. Die Patientin habe die Ziele, den ganzen normalen Alltag zu bewältigen, die Angst vor dem nächsten Tag und der nächsten Nacht zu verlieren, wieder eine Lebensqualität zu erlangen und mit Hoffnung in die Zukunft zu blicken und etwas planen zu können sowie wieder Freude am Leben zu haben. Die Patientin werde mit einer analgetischen Therapie mittels Paracetamol und einer zentralen schmerzmodulierenden Medikation behandelt. Die von der Patientin gewünschte stationäre muskulo-skelettale Rehabilitation in der D.____ in [...] sei bei den bisherigen erschöpften ambulanten physiotherapeutischen Massnahmen ohne therapeutischen Effekt sinnvoll, um der somatischen Komponente (Polyarthrose, Tendinosis calcarea) und den psychischen Faktoren gerecht zu werden (IV-Nr. 89).

5.4 Vom 23. Januar bis 2. März 2012 war die Beschwerdeführerin in der D.____, [...], hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2); 2. Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom (R52.2);

3. Chronisches lumbovertebrales Syndrom (M47.86); 4. Morbus Dupuytren Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom (M72.0, G56.0); 5. Polyarthrose (M15.9); 6. Spreizfüsse, Laxität Seitenbandapparat OSG rechts; 7. Chondrosen C5-C7. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Patientin komme im Anschluss an eine wenig erfolgreiche Rehabilitationsmassnahme nach operativer Versorgung eines CTS und M. Dupuytren im April 2011 wegen chronischer Schmerzen und einer am ehesten reaktiven depressiven Symptomatik. Die Schmerzen seien zumeist arthrotisch bzw. degenerativ bedingt (langjährig bestehende Gonarthrose, lumbal betontes panvertebrales Syndrom). Zu einem langjährig bestehenden Schmerzsyndrom, welches zuletzt im Rahmen eines postoperativen Morbus Sudeck der linken Hand eskaliert sei, seien bereits in der Vergangenheit depressive Symptome parallel dazu aufgetreten. Im Laufe des letzten Jahres hätten sich diese zunehmend mit schweren Schlafstörungen (mitbedingt durch Schmerzen), Zukunftsängsten und Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen, entwickelt. Auch der unverarbeitete, traumatische Verlust des Sohnes vor 10 Jahren habe zu einer erschwerten Krankheitsverarbeitung und Verschlechterung der psychischen Situation beigetragen. Es sei ein therapeutisches Gesamtkonzept mit Heileurythmie und Maltherapie etabliert worden und es sei eine medikamentöse Behandlung erfolgt. Unter diesen Massnahmen habe sich der seelische Zustand der Patientin stabilisiert. Die allgemeine Kräftesituation habe sich verbessert und das depressive Erleben habe sich deutlich aufgehellt. Bei Austritt hätten zwar nach wie vor Schmerzen bestanden, doch sei der Umgang damit deutlich besser möglich (Bericht vom 12. April 2012, IV-Nr. 190).

5.5 Dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen der IV-Stelle vom 10. August 2013 kann folgende Diagnose entnommen werden: «Mittelgradige depressive Episode F32.10, div. somatische Behandlungen Dr. S.____»». Zur Arbeitsfähigkeit als Hauspflegerin wurde angegeben, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. Juni 2013 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Es sei fraglich, ob der Patientin eine andere Tätigkeit zugemutet werden könne. Es bestünden wahrscheinlich hauptsächlich somatische (DD schmerzbedingte) Einschränkungen. Psychiatrisch gesehen seien keine dauerhaften Einschränkungen bezüglich des erlernten Berufs ersichtlich. Eine Belastungserprobung müsste an einem geschützten Arbeitsplatz evaluiert werden (IV-Nr. 137).

5.6 Dr. med. T.____, Fachärztin für Homöopathie, diagnostizierte in ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 14. September 2013 eine Polyarthrose, einen Morbus Sudeck sowie einen fraglichen erneuten Morbus Sudeck am rechten Fuss postoperativ. Als Hauspflegerin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. April 2011 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da die Bewegungs- und Belastungsfähigkeit stark eingeschränkt seien; es bestünden ein chronischer Schmerzzustand sowie eine Polyarthrose. Auch eine andere Tätigkeit sei im Moment nicht zuzumuten (IV-Nr. 140).

5.7 Prof. Dr. med. S.____, Innere Medizin FMH (Gruppenpraxis [...]), stellte in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 15. Oktober 2013 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines «Central pain syndrome (generalisiertes, chronisches Schmerzsyndrom)». Im Weiteren führte er aus, die Patientin brauche sicher eine multimodale, interdisziplinäre Beurteilung hinsichtlich ihrer Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Zweifelsohne leide sie unter einem central pain syndrome im Sinne

eines Schmerzausweitungs-Syndroms mit multiplen Symptomen aus dem weichteilrheumatischen Formenkreis. Zudem leide sie auch an multiplen Arthrosen der grossen und kleinen Gelenke, welche zum Teil schon operativ ersetzt bzw. versteift worden seien (IV-Nr. 143 S. 1 ff.).

5.8

5.8.1 Dem im Rahmen einer bi- bzw. interdisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Begutachtung erstellten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 18. Juli 2014 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin von ihm am 28. April 2014 untersucht wurde. Es wurden folgende Diagnosen (interdisziplinär) mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Hypermobilitätssyndrom; 2. Kniebeschwerden; 3. Fussbeschwerden; 4. Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. H.____. Die weiteren gestellten Diagnosen (chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung, Periarthropathia humeroscapularis beidseits, Übergewicht mit Body Mass Index von 29,5 kg/m², anamnestisch Reizmagen-Syndrom) haben nach den gutachterlichen Angaben keine langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Beurteilung lautete im Wesentlichen dahingehend, aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung könne neu die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms gestellt werden. Darauf sei bis anhin nicht hingewiesen worden. Wahrscheinlich seien im Jahr 1967, wegen der rezidivierenden Patellaluxationen beidseits, Operationen nach Emsli beidseits durchgeführt worden. Aufgrund der Ergebnisse der epidemiologischen Datenlage sei bekannt, dass diese Operationstechnik zur Entwicklung einer medialen Gonarthrose neige, nachdem bereits aufgrund der Kollagenopathie das Risiko für die Entwicklung einer Gonarthrose erhöht sei. Die im Bereich der Füsse durchgeführten Operationen seien auch Folge des hypermobilen Gelenkscharakters. Ein Hypermobilitätssyndrom gehe, weil es mit somatisch abstützbaren Beschwerden begründet sei, mit eindeutig schmerzverstärkenden bzw. schmerzlindernden Mechanismen einher.

Im Weiteren hielt der Rheumatologe fest, an den oberen Extremitäten könne, abgesehen vom hypermobilen Gelenkscharakter, jeweils ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, aktuell kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. In der vorliegenden Dokumentation werde auf eine Periarthropathia humeroscapularis beidseits mit Verkalkungen im Bereich der Rotatorenmanschette hingewiesen. Anlässlich der aktuellen Begutachtung könne klinisch kein Hinweis auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik oder auf eine Läsion der Rotatorenmanschette objektiviert werden. Im Bereich der Ellbogen könne, abgesehen vom hypermobilen Gelenkscharakter, ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, kein klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. Im Bereich der Hände imponierten der hypermobile Gelenkscharakter, jeweils ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, leichtgradige Dupuytren-Kontrakturen des IV. Strahles beidseits, jeweils ohne ein Streckdefizit im MCP-Gelenk, und ein Palmarerythem beidseits. In der vorliegenden Dokumentation werde auf eine am 28. April 2011 erfolgte operative Behandlung einer Dupuytrenkontraktur links und eines Karpaltunnel-Syndroms links hingewiesen. Nachdem unterdessen kein Streckdefizit im Ringfinger links mehr objektivierbar sei und nachdem anamnestisch und klinisch keine Hinweise mehr auf ein Karpaltunnel-Syndrom bestünden,

sei diesbezüglich postoperativ jeweils von einem erfreulichen Verlauf auszugehen. Ein relevantes Ausmass einer Algodystrophie bzw. eines CRPS könne nicht aufgetreten sein. Insofern relativiere sich die im Arztbericht der Hausärztin vom 14. September 2013 erwähnte Diagnose eines Morbus Sudeck. Es sei zur Kenntnis zu nehmen, dass die Explorandin seit dieser Operation im Bereich der linken Hand keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt habe. Dies sei «isoliert betrachtet» irritierend, nachdem die Explorandin bis zu dieser Handoperation links in der B. ___ in [...] gearbeitet habe. Diejenigen Beschwerden, die sich nach den Angaben der Explorandin nach dieser Handoperation links entwickelt hätten, korrelierten weder bezüglich der linken Hand noch bezüglich der generalisierten Schmerzen mit einem objektivierbaren klinisch-pathologischen oder radiologisch-pathologischen Befund. Eine Beugertendinose des Mittelfingers links könne nicht mehr bestätigt werden.

Im Bereich der Wirbelsäule schildere die Explorandin die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente, betont lumbal, in allen Ebenen als ca. gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet werden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolge, in der die Bewegungssegmente entlastet seien. Dies weise auf vordergründig nicht-somatisch abstützbare Beschwerden hin. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallssyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, z.B. im Sinne einer Thoracic Outlet-Komponente. Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der ganzen Wirbelsäule dokumentierten cervical leichtgradige und als altersentsprechend einzustufende Osteochondrosen von HWK5 bis 7, die nicht mit einer klinisch objektivierbaren Bewegungseinschränkung einhergingen, und thorakal keine Arthrose, wie eine Chondrose oder Osteochondrose. Lumbal komme, konventionell-radiologisch beurteilt, eine leichtgradige und als altersentsprechend einzustufende Chondrose im lumbosakralen Bewegungssegment zur Darstellung.

An den unteren Extremitäten seien die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. An den Kniegelenken könne rechtsseitig der Status nach einer Implantation einer Totalprothese mit einem zu erwartenden Bewegungsausmass objektiviert werden. Die im Juni 2012 durchgeführte Implantation einer Totalprothese im rechten Kniegelenk begründe eine vorübergehende vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die von der Explorandin zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit im Pflegebereich. Mit den Befunden im Bereich der Kniegelenke könne jedoch für die berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Mit den Befunden im Bereich der Kniegelenke könne zudem nicht begründet werden, dass die Explorandin einen Rollstuhl einsetze. Im Bereich der Füsse könne, klinisch beurteilt, linksseitig ein diskretes Residuum eines Klumpfusses objektiviert werden. Das diskrete Ausmass dieses Klumpfusses links, resultierend nach den 1959 und 1960 durchgeführten Operationen, sei daran ersichtlich, dass die Explorandin später sportlich aktiv geworden sei und auch das Kunstturnen habe ausüben können. Aufgrund von mehreren Distorsionen der Sprunggelenke beidseits, die sich wahrscheinlich im Rahmen des Hypermobilitätssyndroms ereignet haben dürften, und aufgrund einer Fraktur

im Bereich des oberen Sprunggelenks rechts, welche die Explorandin im Jahr 1972 erlitten habe, resultierten unterdessen weitere klinisch-pathologische Befunde im Bereich der Füsse. Das mögliche Bewegungsausmass sei, isoliert betrachtet, nicht geeignet, um ein Hinken zu begründen, nachdem die objektivierbaren Bewegungen im oberen Sprunggelenk als noch normal eingestuft werden könnten. Eine hinkende Gangkomponente rechts könne resultieren aufgrund der klinisch objektivierbaren Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk von 2/3, aufgrund der konventionell-radiologisch dokumentierten beginnenden Arthrose im oberen Sprunggelenk rechts sowie aufgrund der Operationen im Bereich des rechten talonavicular Gelenkes, zunächst am 22. Mai 2013 und wegen des postoperativ unbefriedigenden Verlaufs mit der Entwicklung einer Osteolyse erneut am 30. Oktober 2013 und am 12. Februar 2014. Nach der zuletzt am 12. Februar 2014 durchgeführten Rearthrodese talonavicular und der erneuten Spongiosaplastik dürfe die Explorandin unterdessen mit 25 kg teilbelasten.

Es werde zur Kenntnis genommen, dass die Explorandin gemäss ihren Angaben zu Hause einen mechanischen Rollstuhl und ausserhalb ihrer Wohnung einen elektrischen Rollstuhl einsetze. Aufgrund der Ergebnisse dieser aktuellen Begutachtung und auch unter Berücksichtigung der von der Explorandin demonstrierten schmerzvermittelnden Mimik und Gestik bestehe die Gefahr eines sekundären Krankheitsgewinnes. Mit der zu erwartenden Belastungssteigerung des rechten Fusses sollte baldmöglichst wieder auf den Einsatz des Rollstuhles verzichtet werden. Auch gewichtsreduzierende Massnahmen seien indiziert. Die im Bereich der unteren Extremitäten geschilderten Beschwerden korrelierten seit knapp 10 Jahren nicht bzw. kaum mehr mit den objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. Mit den Befunden im Bereich der Füsse könnten aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt relevante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenpflegerin begründet werden, auch wenn die Explorandin diesbezüglich keine korrelierenden bzw. typischen Beschwerden beschreibe. Allgemeininternistisch könne, abgesehen vom Übergewicht, kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden.

Zur Arbeitsfähigkeit hielt der rheumatologische Gutachter fest, diese sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, seit der im April 2011 durchgeführten Operation an der linken Hand wiederholt vollständig eingeschränkt gewesen und für die berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin bestehe eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von gut 70 %. Je nach Beschwerdeverlauf im Bereich des rechten Fusses könnte auch eine höhergradigere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zum Beispiel von 80 % oder mehr Prozenten, resultieren. Insofern werde die erlernte berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin für die Explorandin zukünftig als wenig geeignet erachtet. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht, nicht mit einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Für eine angepasste Verweistätigkeit seien derzeit, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, zeitliche limitierte vollständige Arbeitsunfähigkeiten im Zeitraum vom 28. April bis Ende August 2011 und seit Mai 2013 bis zur aktuellen Begutachtung gegeben. Ab dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung könne für eine angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % begründet werden. In den nächsten Monaten sei mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit zu rechnen, zum Beispiel bis zum Sommer 2014 auf ein Ausmass von 80 %. Dieses bereits derzeit zumutbare Ausmass der

Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit könne sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt geleistet werden.

Die angepasste Verweistätigkeit für diese Explorandin liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leichtgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die repetitiv zurückzulegende Gehdistanz sollte nicht mehr als 300 m betragen. Das Stehen am Ort sollte vermieden werden. Das repetitive Gehen auf unebenem Untergrund und das repetitive Besteigen von Leitern sei nicht mehr zumutbar. Vermieden werden sollten berufliche Tätigkeiten, bei denen die Arme repetitiv oberhalb der Kopfhöhe einzusetzen seien, sofern man die Ellbogen nicht abstützen könne. Die Prognose sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, gut (IV-Nr. 179.1).

5.8.2 Dem im Rahmen der bi- bzw. interdisziplinären Begutachtung erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. Juli 2014 (Untersuchung vom 15. Juli 2014) kann folgende psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), bestehend seit 4/2011». Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde im Wesentlichen dargelegt, im Jahr 2011 seien operative Behandlungen eines Morbus Dupuytren und eines Karpaltunnelsyndroms links erfolgt. Seither habe die Explorandin persistierende Schmerzen am ganzen Körper entwickelt. Seitdem leide sie unter depressiven Symptomen und befinde sich seit eineinhalb Jahren bei Dr. med. R.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Zum Untersuchungszeitpunkt lasse sich ein depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine deprimierte Stimmung, leichte Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, eine innere Unruhe, ein stark eingengtes und leicht verlangsamtes formales Denken, eine Ratlosigkeit, eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, eine sexuelle Gleichgültigkeit, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und eine Reduktion des Antriebs. Da die depressiven Symptome seit dem Jahr 2011 kontinuierlich bestünden, ohne dass es zu einer klaren Remission gekommen wäre, sei bei der Explorandin zusammenfassend diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), bestehend seit April 2011, auszugehen. Die Testergebnisse im BDI, ADS-L und im PHQ-9 wiesen ebenfalls auf das Vorhandensein einer ausgeprägten depressiven Symptomatik hin. Das Ergebnis im MADRS weise auf eine mässige depressive Symptomatik hin. Für eine Anpassungsstörung sei das Zeitkriterium gemäss ICD-10 selbst bei einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (maximale Dauer zwei Jahre) längst überschritten. Auch aufgrund des Beschwerdebilds könne die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht verifiziert werden. Der Unfalltod des Sohnes stelle sicherlich ein sehr gravierendes und belastendes Lebensereignis dar. Interessanterweise habe die Explorandin die subjektive Einschätzung angegeben, zunächst im Verlauf der Jahre dieses Ereignis besser verarbeitet zu haben. Die depressive Symptomatik ab dem Jahr 2011 habe aber dazu geführt, dass die Coping-Mechanismen der Explorandin, mit denen sie mit diesem Ereignis umzugehen gelernt habe, sich abgeschwächt hätten. Die Explorandin beschäftige sich seither wieder vermehrt mit diesem Ereignis und sei emotional dadurch weitaus stärker belastet als vorher.

Es sei festzustellen, dass sich die von der Explorandin aktuell beschriebenen Schmerzen in diversen Körperbereichen aus somatischer Sicht nicht ausreichend erklären liessen. Dies könne dem Gutachten von Dr. med. G.____ entnommen werden. Es sei davon auszugehen, dass durch die depressive Symptomatik der Explorandin deren subjektive Schmerzwahrnehmung dysfunktional verstärkt sei. Klare Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung, für eine Symptomausweitung oder für eine Simulation könne man nicht sehen. Die Explorandin weise eine gewisse akzentuierte, ängstlich getönte Schonhaltung auf, die zur Bewegungsvermeidung und schliesslich sogar zur Fixierung der betreffenden Bewegungseinschränkung führe. Diese Kinesiophobie habe zur Folge, dass die Explorandin mögliche Schmerzsensationen in phobisch-übersteigerter Weise vorwegnehme und in der Folge Bewegungen im Sinne einer fokussierten Selbstlimitierung schon in einer frühen Phase der Ausführung abbreche. Bei der Explorandin bestehe klinisch und anamnestisch aktuell kein Anhaltspunkt für eine Angststörung, Persönlichkeitsstörung, Anpassungsstörung, Suchterkrankung, eine Erkrankung aus dem schizophrene Formenkreis oder für eine Zwangsstörung. Zum aktuellen Zeitpunkt stehe die adäquate Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, im Vordergrund. Es werde die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung mit psychopharmakologischen und psychotherapeutisch ausgerichteten Therapiestrategien sowie die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit als therapeutische Massnahme empfohlen. Das Prinzip der Ablenkung stelle eine der wichtigsten Strategien im Umgang mit chronischen Schmerzen dar. Bei der Durchführung der für die Explorandin zumutbaren therapeutischen Massnahmen könne mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin gerechnet werden. Insgesamt bestehe aus rein psychiatrischer Sicht durch die rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Explorandin sei aus rein psychiatrischer Sicht ein volles zeitliches Arbeitspensum bei einer gleichzeitig um 40 % verminderten Leistungsfähigkeit zuzumuten (IV-Nr. 177.1).

5.8.3 Die interdisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Krankenpflegerin könne ab April 2011 eine nahezu vollständige (mehr als 80 %) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne von April bis August 2011 und von Mai 2013 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % formuliert werden. Von September 2011 bis Ende April 2013 sei vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht abzustellen. Ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung könne aus interdisziplinärer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von (mindestens) 50 % formuliert werden. Es werde dabei berücksichtigt, dass sich die somatischen und die psychiatrisch-psychosomatischen Anteile an der Arbeitsfähigkeit überdeckten (IV-Nr. 177.1 S. 25 und 179.1 S. 22).

5.9 Vom 12. Juni bis 5. Juli 2014 war die Beschwerdeführerin im I.____, Rehabilitations- und Rheumazentrum, hospitalisiert. Die Diagnosen lauteten auf Polyarthrose, chronisches Lumbovertebralsyndrom, Fibromyalgie, Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion, Morbus Dupuytren-Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom sowie rezidivierende Clostridium difficile-Colitis seit Dezember 2013 nach antibiotischer Therapie (11/13). Die

Fahrtauglichkeit der Patientin sei nicht gegeben. Unter dem Titel «Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde im Wesentlichen angegeben, die Zuweisung sei zur körperlichen Rekonditionierung nach mehrmonatiger annähernder Immobilität erfolgt, nachdem die Patientin aufgrund eines generalisierten Schmerzsyndroms und Restbeschwerden nach einer Talonavikular-Arthrodeese rechts im Februar 2014 vorübergehend einen Elektrorollstuhl benutzt habe. Bei Eintritt auf die Rehabilitationsstation sei die Patientin in ihrer Mobilität noch deutlich eingeschränkt gewesen, vor allem aufgrund belastungsabhängiger bilateraler Knie- und Kreuzbeschwerden. Eine postoperativ angestrebte Teilbelastung des rechten Fusses von max. 40 kg habe die Patientin nicht einhalten können. In der klinischen Eintrittsuntersuchung sei sie zur selbstständigen Bewältigung kurzer Distanzen an zwei Gehstöcken im Stande gewesen. Nicht durchführbar seien der Zehen- und Fersengang sowie auch der Kauertest gewesen. Im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthaltes habe sich die Patientin hochmotiviert und kooperationsbereit gezeigt. Unter intensiver physio- und ergotherapeutischer Unterstützung habe sie insbesondere in den Bereichen der Ausdauer und Kraft Fortschritte erzielen und Strategien im Umgang mit den Beschwerden umsetzen können. Aus Sicht der Ergotherapie habe eine generelle Verbesserung der psychischen Ressourcen und der körperlichen Leistungsfähigkeit beobachtet werden können. Insbesondere seien das Erarbeiten von Strategien für einfache alltägliche Haushaltsaufgaben und die Erarbeitung eines Eigentrainingsprogrammes für Zuhause erfolgt. Nach Durchführung eines intensiven Physiotherapieprogrammes hätten sich zudem eine deutlich verbesserte Gehausdauer und deutlich weniger Belastungsschmerzen gezeigt. Nach einem Probeurlaub im häuslichen Umfeld habe man die Patientin am 5. Juli 2014 in deutlich besserem Allgemeinzustand entlassen können. Das initial formulierte Rehabilitationsziel «Austritt nach Hause mit externer Mobilität 1 km und einige anstehende Haushaltsaktivitäten selbstständig durchführen» habe vollumfänglich erreicht werden können (Bericht vom 30. Juli 2014, IV-Nr. 183; vgl. auch IV-Nr. 174).

5.10 Aus dem Bericht der U.____, [...] (Dr. med. V.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), vom 24. Oktober 2014 geht folgende Diagnose hervor: Persistierende Pseudoarthrose nach Talonaviculararthrodeese rechts vom 22. Mai 2013 (Metallentfernung am 30.10.2013, Rearthrodeese vom 12.02.2014). Zum Prozedere wurde dargelegt, es bestehe eine gemeinsame Indikationsstellung zur erneuten Rearthrodeese talonavicular rechts. Damit sei die Patientin einverstanden (IV-Nr. 195). Gemäss Patientenakte wurde die vierte Operation am rechten Fuss am 11. Dezember 2014 durchgeführt (Rearthrodeese talonavicular rechts, Spongiosaentnahme aus dem rechten vorderen Beckenkamm, Metallentfernung; vgl. auch Operationsbericht, IV-Nr. 198 S. 5 f.). Laut Eintrag vom 23. Januar 2015 bestand sechs Wochen nach dem Eingriff ein sehr erfreulicher Verlauf. Die Patientin sei beschwerdearm. Sie werde nun zum Aufbau der Vollbelastung übergehen und sich in ca. vier Wochen für eine erneute radiologische und klinische Verlaufskontrolle vorstellen (IV-Nr. 203 S. 6 f.).

5.11 Vom 3. bis 10. März 2015 war die Beschwerdeführerin erneut im I.____ hospitalisiert, wobei folgende Hauptdiagnosen gestellt wurden: 1. Sinusvenenthrombose unklarer Ätiologie; 2. Oligosymptomatische Mikrohämaturie; 3. Chronisches Lumbovertebralsyndrom; 4. Polyarthrose; 5. Fibromyalgie mit Hypermotilitätssyndrom; 6. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Als Nebendiagnosen wurden (7.) ein Morbus Dupuytren Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom sowie (8.) eine rezidivierende Clostridium difficile-Colitis seit Dezember 2013 nach antibiotischer Therapie im November

2013 aufgeführt. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 3. März bis 12. April 2015 attestiert. Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin sei am 3. März 2015 auf der Notfallstation bei Schwindel, Übelkeit und Nystagmus beurteilt worden. Sie habe über Kopfschmerzen seit ein bis zwei Wochen berichtet, initial linksseitig, im Verlauf beidseitig ohne neurologische Komponente. Es bestehe beim Drehen im Bett ein perakuter Drehschwindel mit Nausea. Nach dem HNO-Konsil sei die stationäre Aufnahme auf der HNO-Station bei Verdacht auf eine Neuronitis Vestibularis erfolgt. Im weiteren Verlauf sei die Patientin bei rezidivierendem Erbrechen MR-tomographisch abgeklärt worden. Die bildgebende Untersuchung habe den Nachweis einer Sinusvenenthrombose erbracht. Es sei die Übernahme auf die neurologische Schwerpunktstation zur Antikoagulation und Überwachung erfolgt. Die Beurteilung lautete dahingehend, gegenüber dem 3. März 2015 sei keine signifikante Befundänderung festzustellen. Es bestehe weiterhin eine Thrombosierung des Sinus transversus und sigmoideus bis auf Höhe des Foramen jugulare links. Es sei keine venöse Infarzierung ersichtlich. Es bestehe sodann keine im Verlauf aufgetretene Thrombosierung der übrigen grossen venösen Blutleiter. Es bestehe eine Regredienz der seinerzeitigen Flüssigkeitsansammlung. Ansonsten sei ein unverändertes MRI des Gehirnschädels festzustellen (Bericht vom 9. März 2015; IV-Nr. 204 S. 2 ff.).

5.12 Dem Bericht des K.____, Klinik für Rheumatologie, [...], vom 22. Mai 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom; 2. Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom bds.; 3. Morbus Dupuytren Strahl IV bds.; 4. Polyarthrose, 5. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion; 6. St.n.

Sinusvenenthrombose unklarer Ätiologie 03/2015. Zum aktuellen Leiden wurde dargelegt, die Patientin beklage Gelenkschmerzen und Nervenschmerzen in den Händen beidseits. Es bestünden nächtliche Parästhesien rechtsbetont im Versorgungsbereich des Medianus. Nach der Karpaltunnel-Operation im Jahr 2011 hätten sich die Schmerzen initial zwar gebessert, diese nähmen jedoch zu. Es bestünden morgendliche Schwellungen aller Finger und Schmerzen aller Fingergelenke. Die Morgensteifigkeit dauere ca. eine Stunde. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Diagnose-Kriterien einer Fibromyalgie seien erfüllt. Ausgehend von generalisierten degenerativen Veränderungen sei es zu einer Schmerzausweitung gekommen. Es sei aus rein rheumatologischer Sicht nicht klar, ob primär eine Fibromyalgie für die Schmerzen verantwortlich gemacht werden müsse oder eine Ausweitung im Sinne einer Schmerzstörung vorliege. Ein Labor zur Suche von sekundären Ursachen sei nicht wegweisend gewesen. Die von der Patientin geschilderten Parästhesien seien passend zu einem anhaltenden Karpaltunnelsyndrom. Sonographisch sei der rechte Medianus zwar nicht vergrössert dargestellt, die Klinik aber sei hierzu passend. Die von der Patientin beobachteten Schwellungen der Finger seien durch eine Arthrose erklärt. Sonographisch wie radiologisch finde sich das Bild einer STT und Rhizarthrose. Da eine STT Arthrose gehäuft bei einer CPPD Kristallarthritis zu finden sei, müsse differenzialdiagnostisch hieran gedacht werden. Hinweise für eine aktive Arthritis oder eine Chondocalcinose habe sich jedoch sonographisch nicht gefunden (IV-Nr. 207 S. 2 ff.).

5.13 Im Bericht des I.____ (Dr. med. W.____, Oberarzt Neurologie) vom 12. Oktober 2015 wurden die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Sinusvenenthrombose, Konzentrationsstörungen, Schwindel und Kopfschmerzen angegeben. Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % von März 2015 bis Februar 2016. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Patientin sei bei Sinusvenenthrombose im März 2015 nach wie vor deutlich verlangsamt; es bestünden

Schwindel und Konzentrationsstörungen (IV-Nr. 214). Im Bericht vom 9. Oktober 2015 (neurologischer Sprechstundenbericht vom 29. September 2015) gab Dr. med. W. ___ an, bei bekannter Sinusvenenthrombose mit Beteiligung des Sinus transversus und Sinus sigmoideus links zeige sich ein positiver Verlauf: die Beschwerden seien seit März 2015 etwas rückläufig. Die Fortsetzung der oralen Antikoagulation mit Marcoumar wurde empfohlen (IV-Nr. 216 S. 10 f.).

5.14 Gemäss dem Bericht de K. ___ vom 7. November 2015 besteht eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als ehemalige Pflegerin bzw. B. ___-Mitarbeiterin von dauerhaft mindestens 50 %. Die Patientin sei in der Feinmotorik und in der Beweglichkeit aufgrund der degenerativen Abnutzung eingeschränkt; es bestehe eine reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit bei chronischen Schmerzen. Die bisherige Tätigkeit sei allenfalls partiell zumutbar; dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Leichte körperliche Tätigkeiten mit mehrheitlich sitzenden Anteilen seien langfristig für ca. fünf bis sieben Stunden pro Tag zumutbar; zu Beginn sei jedoch eine Eingliederungsphase nötig aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsprozess. Aufgrund der chronischen Schmerzen bestehe ein vermehrter Pausenbedarf (IV-Nr. 215).

5.15 Der Hausarzt Dr. med. X. ___, Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 24. November 2015 fest, die Patientin habe am 3. März 2015 eine Sinusvenenthrombose erlitten. Seither stehe sie unter Blutverdünnung mit Marcoumar. Sie werde regelmässig auf der neurologischen Abteilung des I. ___ nachkontrolliert. Aktuell sei die Situation stabil. Die Entwicklung bezüglich des rechten Fusses (letzte Operation im Dezember 2014) sei jedoch erfreulich und die Beschwerden diesbezüglich seien eindeutig zurückgegangen. Als Folge der Sinusvenenthrombose leide die Patientin nun unter Gleichgewichtsstörungen und chronischem Schwindel. Das generalisierte chronische Schmerzsyndrom bestehe weiterhin, diesbezüglich sei eine stationäre Behandlung geplant. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da die Patientin unter chronischem Schmerzen und schneller Erschöpfbarkeit leide. Eine andere Tätigkeit sei jedoch für vier Stunden pro Tag zuzumuten, wobei eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Eine selbstständige Einteilung der Arbeitsbelastung durch die Patientin müsste möglich sein (IV-Nr. 216 S. 5 ff.).

5.16 Vom 30. November bis 15. Dezember 2015 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im K. ___, Klinik für Rheumatologie, auf. Aus dem Bericht vom 7. Januar 2016 geht hervor, die Zuweisung sei bei Versagen der ambulanten Therapiemassnahmen erfolgt. Die Patientin leide unter einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Zusätzlich stehe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit aktuell facettärer Überlastung im Vordergrund. Erschwerend seien noch eine Polyarthrose mit Gonarthrose, Arthrosen im Bereich der Hände und des rechten Fussgewölbes aufgetreten. Ferner bestehe ein Hinweis für eine Hypermobilität. Unmittelbar nach der stationären Aufnahme sei die Patientin in eine konservative multimodale Schmerztherapie integriert worden. Es seien eine interdisziplinäre Diagnostik mit mindestens einmal wöchentlicher Teambesprechung erfolgt. Neben der täglichen Visite mit Teambesprechung seien therapeutisch täglich Therapieverfahren wie Schmerztherapie, aktive Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Psychotherapie und Entspannungsverfahren durchgeführt worden. Zusätzlich sei wöchentlich ein mindestens 30-minütiges ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch abgehalten worden. Am 1. und 8. Dezember 2015 seien eine psychiatrische Beurteilung und ein psychotherapeutisches Gespräch erfolgt.

Daraufhin habe von Mirtazapin auf ein Amitryptilin (Saroten) gewechselt werden können. Die Patientin habe es in der Folge gut vertragen. Eine Facettengelenksinfiltration LWK 4/5 am 8. Dezember 2015 habe ein gutes Ansprechen ergeben. Das Schmerzniveau habe gesenkt werden können. Kurz vor Austritt seien wiederum stärkere Schmerzen zu verzeichnen gewesen. Man habe deswegen wieder mit Novalgin begonnen, bei diskreter Leukopenie werde um eine kritische Evaluation ambulant gebeten. Die Patientin verfüge über regelmässige Psychotherapietermine (IV-Nr. 217 S. 2 ff.).

5.17 Aus dem Bericht des I.____ (Dr. med. Y.____, Leitender Arzt) vom 19. August 2016 geht im Wesentlichen hervor, die Patientin beschreibe klar einen Dauerschmerz in allen vier Körperquadranten. Bei Erfüllung der neuen Klassifikationskriterien einer Fibromyalgie sei an der Diagnose einer Fibromyalgie nicht zu zweifeln. Es bestünden auch klassische funktionelle Begleitbeschwerden wie diffuse Muskelschmerzen, Gedächtnisprobleme, Abgeschlagenheit, trockene Augen und Mund sowie eine ausgeprägte Nervosität. Die Patientin habe sich zur Aufnahme in die interne Fibromyalgiegruppe entschliessen können mit dem Ziel, das Wissen zu erweitern sowie das Erlernen von Selbstmanagementstrategien im Umgang mit den Beschwerden. Zusätzlich seien auch Kraft und Ausdauer nachhaltig aufzubauen. Sodann bestehe der Austausch unter den Betroffenen. Die kribbelnden Parästhesien, hauptsächlich nachts auftretend, seien aufgrund des sonomorphologischen Befundes bei deutlicher Nervus medianus-Verdickung beidseits klar im Rahmen eines symptomatischen Karpaltunnelsyndroms zu sehen (IV-Nr. 242).

5.18 Dem interdisziplinären Gutachten des L.____ vom 16. Februar 2017 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 24., 25. und 31. August sowie 9. September 2016 allgemein-internistisch (Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin FMH), rheumatologisch (Dr. med. AA.____, Facharzt für Rheumatologie FMH), neurologisch (Dr. med. AB.____, Facharzt für Neurologie FMH), neuropsychologisch (Dr. phil. AC.____, Neuropsychologin mit PVK-Zulassung) und psychiatrisch (med. pract. AD.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Trikompartimentale Gonarthrose mit Valgusfehlstellung beidseits mit/bei: Status nach wiederholten Knieoperationen beidseits bei habitueller Patellaluxation, Status nach Implantation einer Knie-TEP rechts am 15.06.2012, Gonarthrose links, medial und lateral ausgeprägt; 2. Status nach viermaliger Arthrodeese einer Talonaviculararthrose rechts vom Mai 2013 bis Dezember 2014; 3. Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts bei Status nach Arthroskopie mit Kalkentfernung im Bereich der rechten Schulter 2005». Die weiteren gestellten Diagnosen (4. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei: lumbosacraler Einengung; 5. Dupuytren'sche Kontraktur des IV. Strahls der rechten Hand; 6. CTS-Symptomatik beidseits [anamnestisch]; 7. Status nach CTS-Operation links sowie operativer Sanierung [Synovektomie] einer Dupuytren'sche Kontraktur Strahl IV links am 28.04.2011 mit postoperativem Morbus Sudeck (CRPS), abgeheilt; 8. Status nach Klumpfuß-Operation links im Kleinstkindesalter; 9. Metabolisches Syndrom mit/bei: Adipositas Grad I nach WHO [BMI 30.5 kg/m²], arterieller Hypertonie, gemischter Hyperlipidämie; 10. Status nach Sinusvenenthrombose mit Beteiligung des Sinus transversus nach Sinus sigmoideus links im März 2015, keine Hinweise für Thrombophilie, unter oraler Antikoagulation leichte Besserung des thrombotischen Füllungsdefektes im Sinus transversus und Sinus sigmoideus; 11. Rezidivierende Clostridium-difficile-Infektionen mit/bei: Status nach drei Episoden seit Dezember 2013, unauffälliger Kolonoskopie am 09.05.2014; 12. Chronische

Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10: F45.41]; 13. Sonstige depressive Episoden [ICD-10: F32.8]; 14. Probleme mit Bezug auf die Lebensführung [ICD-10: Z72], vermehrter Konsum von Alkohol; 15. Kontakttänlässe mit Bezug auf das Berufsleben [ICD-10: Z56], Status nach Kündigung; 16. Kontakttänlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld und die wirtschaftliche Lage [ICD-10: Z59], Abhängigkeit vom Sozialamt mit Druck, eine eigene Wohnung zu nehmen; 17. Andere Kontakttänlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis [ICD-10: Z63], plötzlicher Tod des Sohnes 2001, Tod des Bruders 2010, Familienzerrüttung durch Trennung und Scheidung 1996) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung legten die Gutachter im Wesentlichen dar, die Explorandin habe nach der obligatorischen Schule eine Lehre als Hauspflegerin absolviert, um anschliessend bei der B.____ zu arbeiten. Zwischen 1985 und 1991 habe sie eine Familienpause gemacht und dann wieder begonnen, als Hauspflegerin oder Nachtwache zu arbeiten, bis sie wegen zunehmender Gelenksprobleme diese Tätigkeit habe niederlegen müssen und sich bei der IV mit einem Antrag auf eine Umschulung gemeldet habe. Nach entsprechenden Abklärungen habe sie eine Umschulung zur Medizinischen Praxisassistentin begonnen, die sie allerdings kurzfristig wieder abgebrochen habe, um anschliessend wieder als Nachtwache bzw. B.____-Angestellte zu arbeiten. Nach einer Karpaltunnelsyndrom-Operation links im April 2014 (recte: 2011) sei es zu einem postoperativen Sudeck-Syndrom mit einem protrahierten Verlauf gekommen. Später habe die Explorandin wegen einer fortgeschrittenen Knie- und später Talonaviculararthrose rechts operiert werden müssen. Trotz wiederholten ambulanten und stationären Rehabilitationsmassnahmen sei es nicht mehr gelungen, die Explorandin in die Arbeitswelt zu reintegrieren. Inzwischen sei die geschiedene Mutter einer erwachsenen Tochter vom Sozialamt abhängig. Sie versuche, soweit als möglich, sich um ihren Haushalt zu kümmern und gehe mit ihrem Hund spazieren.

Zur aktuellen Situation nahmen die Gutachter dahingehend Stellung, aufgrund der schweren Arthrose, welche die Explorandin in praktisch allen Gelenken habe, leide sie aktuell unter permanenten Schmerzen, die man mit Medikamenten kaum mehr beeinflussen könne. Am schlimmsten seien die Schmerzen in den Händen, welche auch geschwollen seien, im Bereich der Lendenwirbel sowie auch im Schultergürtel. Sie habe auch starke Schmerzen in den Knie- und Fussgelenken, welche schon mehrmals operiert worden seien. Zum Sitzen brauche sie jetzt ein spezielles Sitzkissen. Wenn sie aufstehen wolle, verspüre sie Anlaufschmerzen und sei wie blockiert. Sie könne auch nicht lange stehen, gehen oder sitzen bleiben. Seit ihrer Sinusvenenthrombose im März 2015 gehe es ihr nicht nur körperlich, sondern auch geistig deutlich schlechter. Sie leide seither unter unkontrollierten Zuckungen in den Armen, Händen und Beinen und fühle sich beim Gehen sehr unsicher. Beim Autofahren oder beim Einkaufen werde es ihr schnell schwindlig und sie habe wie eine Art verzögerte Wahrnehmung. Sie sei auch sehr vergesslich geworden und habe sehr grosse Mühe, sich zu konzentrieren. Wenn sie gleichzeitig mehrere Stimmen höre, ergebe sich ein Durcheinander in ihrem Kopf. Gespräche in einer Gruppe mitzuverfolgen, falle ihr deshalb sehr schwer. Schon kleinere Aufgaben überforderten sie. Sie fühle sich dann gestresst und blockiert, z.B. wenn sie zu einer bestimmten Zeit Termine wahrnehmen müsse. Sie müsse ihre ganze Energie aufwenden, um ihren Alltag irgendwie zu bewältigen, und stetig gegen pessimistische Gedanken ankämpfen.

Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte allgemein-internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 56-jährigen, adipösen und etwas dekonditionierten Frau in gutem Allgemeinzustand. Der internistische Status sei an sich unauffällig. Die Explorandin sei normoton, normokard und kardiopulmonal kompensiert. Bei einem Body Mass Index von 30.5 kg/m² bestehe eine Adipositas Grad I nach WHO. Da die Explorandin auch an einer arteriellen Hypertonie leide und im Labor erhöhte Cholesterin- und Triglyceride-Werte nachweisbar seien, könne formell die Diagnose eines metabolischen Syndroms gestellt werden. Unter der aktuellen hypertensiven Therapie sei der Blutdruck gut eingestellt. Klinisch bestünden keine Hinweise für eine Herzinsuffizienz oder für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf, ohne Hinweise für eine kardiale Ischämie oder eine linksventrikuläre Hypertrophie. Die Spirometrie ergebe normale statische und dynamische Lungenvolumina, sodass sich kein Anhaltspunkt für eine obstruktive oder restriktive Ventilation ergebe. Der Abdominalstatus sei unauffällig, ebenso die weiteren Laboruntersuchungen. Aus internistischer Sicht könne demzufolge keine Diagnose gestellt werden, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin hätte. Sie sei demzufolge aus allgemein-internistischer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen.

Im Weiteren wurde dargelegt, bei der rheumatologischen Untersuchung könnten pathologische Befunde einerseits im Bereich der rechten Schulter und beider Hände, im Bereich beider Kniegelenke und im Bereich beider Füße erhoben werden. Die Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts mit leicht positivem Jobe-Test sei wenig einschränkend, da das Gelenk fast völlig frei beweglich sei. Im Bereich beider Hände mit positivem Tinel-Zeichen und CTS-Symptomatik sowie Dupuytren rechts Strahl IV und Status nach Dupuytren-Operation links Strahl IV und CTS-Operation links sei die Funktion eigentlich voll, der Faustschluss sei vollständig und kräftig. Im Bereich beider Kniegelenke zeige sich bei Status nach Knie-Totalprothese rechts doch eine ordentliche Beweglichkeit von 110 ° Flexion mit voller Streckung, aber keiner Überstreckung, fehlendem Erguss, aber positiver Bakerzyste. Das linke Knie bei medialer, mehr als bei lateraler Gonarthrose und fehlendem Erguss, aber positiver Bakerzyste sei sicher vermindert belastbar, aber momentan reizfrei. Im Bereich der Füße, wo beidseits Klumpfuß-Operationen stattgefunden hätten und auf der rechten Seite das Talonaviculargelenk insgesamt viermal operiert worden sei, bestehe ein steifes unteres Sprunggelenk und ein in der Beweglichkeit um 1/3 eingeschränktes oberes Sprunggelenk, was doch auch einer verminderten Belastbarkeit bei längerer Gehstrecke gleichkomme. Die Rückenproblematik sei nicht limitierend. Bei diesen multilokulären Problemen im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Kniegelenke und des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes, sei der Explorandin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr zumutbar. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselnd belastend ausgeführt werden, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauender Stellung. Ebenfalls unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die 20%ige Einschränkung im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre.

In der neurologischen Untersuchung konnten keine fokalen Defizite objektiviert werden. Die Hypästhesie auf dem rechten Fussrücken sei hinreichend durch die multiplen Sprunggelenkoperationen zu erklären. Es finde sich aktuell kein Hinweis auf eine zentral- oder peripher-vestibuläre Störung. Die von der Explorandin vorgetragene, insbesondere in der zweiten Hälfte 2015 und im Jahr 2016 zunehmende Schwindelsymptomatik sei gemäss der Anamnese sehr gut mit einem phobischen Schwankschwindel zu vereinbaren. Hierfür sprächen insbesondere das ausschliesslich situative Auftreten des Schwindels und die klare Angstbesetzung. Auch die Progredienz dieser Schwindelform bei gleichzeitiger Regredienz des MR-tomographischen Befundes der Sinusvenenthrombose spreche gegen einen kausalen Zusammenhang und somit auch gegen eine organische Genese der aktuell beklagten Schwankschwindelsymptomatik. Auf fachneurologischem Gebiet bestehe somit keine zusätzliche Minderung der Arbeitsfähigkeit.

Zur neuropsychologischen Untersuchung wurde festgehalten, man finde reguläre kognitive Leistungen im Bereich der Sprach- und sprachassoziierten Funktionen, im Rechnen, in den konstruktiv-praktischen Fähigkeiten, in den Wahrnehmungsfunktionen, in der Mehrheit der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, in der Mehrheit der Exekutivfunktionen, in den praktischen Fähigkeiten sowie auch in der Mehrheit der Lern- und Gedächtnisfunktionen. Zu isolierten Leistungseinbussen komme es bei der Fehlerkontrolle in der selektiven Aufmerksamkeitsleistung, bei der Geschwindigkeitsleistung in der phasischen Alertness, bei der verbalen Ideenproduktion, bei der verbalen Abrufleistung nach Vorgabe einer Interferenzliste wie auch bei der Abrufleistung der komplexen geometrischen Figur. Diese isolierten kognitiven Teilleistungsschwächen entsprächen einer leichten kognitiven Störung. Es seien leichte Minderleistungen in mehreren kognitiven Teilfunktionen bei ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert zu finden. Die Funktionsfähigkeit sollte im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen nicht eingeschränkt sein. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Kognition könnte die Funktionsfähigkeit eingeschränkt sein. Eine Aggravation / Simulation als Ursache der leichten kognitiven Störung könne mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Am ehesten sei von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Die kognitiven Einbussen liessen sich im Rahmen der Schmerzproblematik und der deutlichen psychischen Verstimmung interpretieren. In Erwägung zu ziehen seien auch Nebenwirkungen der zentralnervös wirksamen Medikamente. Zusammenfassend finde man aus rein neuropsychologischer Sicht bei einer leichten kognitiven Störung keine IV-relevanten Einschränkungen bezüglich einer Arbeits- oder Umschulungsfähigkeit.

Aus der psychiatrischen Exploration geht hervor, die Explorandin berichte über unspezifische depressive Symptome in Form eines somatischen Syndroms mit Gefühlen von Besorgnis, Anspannung, Ängsten und einer Mischung aus anhaltenden Schmerzen, die nicht vollständig somatisch zu erklären seien. Die festzustellende leichte depressive Symptomatik erfülle nicht die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Einzelne Episoden könnten nicht abgegrenzt werden, weshalb hier auf F32 statt F33 zurückgegriffen werde. Ängste bezögen sich auf die soziale und gesundheitliche Zukunft, Schlafstörungen seien schmerzbedingt vorhanden und ein Libidoverlust sei medikamenteninduziert. Reaktiv bedingt sei es zu einem vermehrten Alkoholkonsum gekommen, den die Explorandin in der Psychotherapie angehe. Es liege eine familiäre Häufung (Alkoholabhängigkeit) vor. Der Konsum erfülle aber nicht die Kriterien eines Missbrauchs gemäss den diagnostischen Leitlinien, weshalb dieser nur Z-kodiert worden

sei. Multiple psychosoziale Belastungen, die sich im Verlauf der Biographie angehäuft hätten, und die Aufeinanderfolge verschiedener ebenfalls belastender und schmerzhafter Operationen, teilweise mit Komplikationen, hätten zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom (F45.41) geführt. Die Schmerzsymptomatik werde durch psychische Faktoren verstärkt, ausgeweitet und modifiziert. Sie ziehe Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten nach sich. Die seelische Vulnerabilität habe mit jedem neuen belastenden Ereignis zugenommen. Es seien daneben Ängste und Sorgen hinzugetreten. In erster Linie habe die Explorandin verschiedene schwerwiegende Verlusterlebnisse erlitten. So habe sie nach ihrer kurzen Ehe, die nur vier Jahre gedauert habe (Scheidung 1992), und jahrelangem Status als Alleinerziehende 2001 den Tod ihres Sohnes durch einen Starkstromunfall im Alter von 16 Jahren zu verkraften gehabt, 2010 den Tod des Bruders, 2011 einen als kränkend erlebten Stellenverlust und 2014 den Verlust ihres eigentlichen Zuhauses, als das Sozialamt sie gezwungen habe, infolge des Konkubinats eine eigene Wohnung zu suchen. Die Tatsache, dass sich der aktuelle Lebenspartner nächstens auf eine sechsmonatige Reise begeben und sie somit in ihrem Alltag alleine lassen, rufe weitere Ängste hervor. Die somatischen Erkrankungen hätten aufgrund der teilweise als subjektiv erlebten Einschränkungen (die Explorandin benutze u.a. einen Elektrorollstuhl) zu Ängsten bezüglich der zukünftigen Gesundheit und allgemein der Zukunftsgestaltung geführt. Für eine Aggravation oder Schmerzausweitung ergäben sich keine Hinweise. Schwere kognitive Störungen könnten bei der hiesigen neuropsychologischen Untersuchung nicht festgestellt werden und stünden einer Tätigkeit nicht im Weg. Aktuell könne keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Explorandin als zu 100 % arbeitsfähig zu betrachten.

Zu den spezifischen Auswirkungen der gesundheitlichen Störung auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung aus, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Explorandin aufgrund ihrer multilokulären degenerativen Problematik im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Kniegelenke und des rechten oberen und unteren Sprunggelenks, als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr einsetzbar. Für diesen Beruf sei sie seit April 2001 (recte: 2011) dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In einer den körperlichen Leiden optimal angepassten Tätigkeit bestehe seit Juni 2015 eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselnd belastend ausgeführt werden können, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauender Stellung. Ebenfalls unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die 20%ige Einschränkung im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. Eine zusätzliche, internistische, neurologisch neuropsychologische oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Explorandin für behinderungsbedingte Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig.

Zur Festlegung des Beginns und des weiteren Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit wurde dargelegt, retrospektiv könne der Gesundheitszustand der Explorandin zwischen April 2011 (CTS-Operation) und Dezember 2014 (letzte Fussoperation) bzw. Juni 2015 (3 Monate nach der Sinusvenenthrombose) als instabil betrachtet werden. In dieser Zeit sei die Explorandin mehrheitlich zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund der

aktuellen Untersuchungsergebnisse könne für die Zeit danach von einer stabilen Phase ausgegangen werden, in der ihr eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten zugemutet werden könne.

Zu den Therapievorschlügen wurde angegeben, aus interdisziplinärer Sicht sei nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit der Explorandin durch medizinische Massnahmen verbessert oder gesteigert werden könne. Aufgrund der multiplen belastenden Lebensereignisse mit zunehmender sich chronifizierender Schmerzsymptomatik seien die Ressourcen der Explorandin, die Einschränkungen durch die Schmerzen und die weiteren somatischen Symptome wie Kraftlosigkeit und Schwindel zu überwinden, etwas eingeschränkt, eventuell könne die Psychotherapie noch intensiviert werden. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht indiziert (IV-Nr. 247).

5.19 Im Bericht des I. ___ vom 23. März 2017 stellte Dr. med. Y. ___ neu die Diagnose «Verdacht auf seronegative rheumatoide Arthritis (EM 11/2016)» und führte aus, unter einer nun seit sechs Wochen bestehenden Basisbehandlung mit 15 mg Methotrexat wöchentlich sowie Reduzierung der zuvor sehr eindrücklich wirksamen Glukokortikoid-Medikation berichte die Explorandin über ein Wiederauftreten der altbekannten Symptomatologie im Sinne einer Kraftlosigkeit sowie Ungeschicklichkeit aller Finger und einem persistierenden Steifigkeitsgefühl, vor allem morgens, von mehreren Stunden. Klinisch zeige sich keine eindrückliche floride Synovitis, jedoch aufgrund der geschilderten Klinik müsse von einer erneuten Krankheitsaktivität ausgegangen werden. Man habe sich deshalb entschlossen, die Methotrexat-Dosierung zu erhöhen, mit dann weiteren laborchemischen Verlaufskontrollen. Hauptsächlich werde im weiteren Verlauf sein, die Beschwerden von Fibromyalgie und entzündlicher Grunderkrankung zu differenzieren und auch entsprechend die Therapie anzupassen (IV-Nr. 255 S. 7 ff.).

5.20 Dr. med. X. ___ äusserte sich in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 24. März 2017 dahingehend, seit dem Zeitpunkt des Erstellens des polydisziplinären Gutachtens sei es zu einer weiteren relevanten Diagnose gekommen. Es handle sich um eine rheumatoide Arthritis, welche zum aktuellen Zeitpunkt mit einer ausgedehnten medikamentösen rheumatologischen Therapie im Rheumazentrum des I. ___ behandelt werde. Eine gut behandelte rheumatoide Arthritis stelle wahrscheinlich langfristig keine ausgeprägte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar. Jedoch zeige diese relevante zusätzliche Diagnose, dass der aktuelle gesundheitliche Zustand der Patientin bei weitem nicht stabil sei. Unabhängig davon erschienen einige Aussagen im Gutachten doch etwas fragwürdig. Schon inhaltlich seien einige Aussagen unglaubwürdig, so zum Beispiel, dass die Patientin in ihrer Freizeit kaum eingeschränkt sei und weiterhin ihre Hobbys pflegen könne. Dies entspreche nicht den Tatsachen und sei auch kein Argument für eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Es sei erstaunlich, dass die verschiedenen befragten Fachärzte zwar in diesem Gutachten zitiert würden, deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aber mehr oder weniger ignoriert werde. So hätten gemäss diesem Gutachten Dr. med. W. ___ von der Neurologie des I. ___, die Rheumatologen des AE. ___ die Psychiaterin Dr. med. R. ___ sowie die früheren Gutachter Dres. med. G. ___ und H. ___ jeweils alle nur eine sehr eingeschränkte Teilarbeitsfähigkeit konstatiert. Dies werde in den Schlussfolgerungen dieses Gutachtens weder kommentiert noch diskutiert. Speziell hinzuweisen sei auf das psychiatrische Teilgutachten. Obwohl Anamnese und Untersuchung sehr detailliert und sorgfältig erschienen, wirke es so, als ob anschliessend

über eine andere Patientin berichtet worden wäre. Die Diagnose der behandelnden Psychiaterin vom 18. März 2016 (mittelgradige depressive Episode ohne Remission) werde vom beurteilenden Psychiater schlichtweg als Fehldiagnose dargestellt und er entscheide, dass die Patientin keine Depression habe. Dass er dafür als Beweis anführe, die Patientin sei noch in der Lage, aktiv in einem Verein mitzumachen, erscheine für einen Psychiater wenig professionell. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im aktuellen Gutachten konstatiere eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % und zusätzlich sieben zu erfüllende Bedingungen. Dies entspreche dann wahrscheinlich eher einer Arbeitsfähigkeit von zwischen 30 und 50 % (IV-Nr. 255 S. 1 f.).

5.21 Im Bericht des I.____, Rehabilitations- und Rheumazentrum, vom 6. Juni 2017 wurde u.a. die Diagnose «Kalziumpyrophosphatarthropathie (CPPD) (EM 11/2016)» gestellt und darauf hingewiesen, unter der vor eineinhalb Wochen aufgenommenen NSAID-Medikation mit Etoricoxib 60 mg sei es innerhalb von wenigen Tagen zu einer massivsten Beschwerdereduktion der klar entzündlichen Beschwerden gekommen. Auch werde die NSAID-Medikation bei bekannter Refluxösophagitis momentan relativ gut toleriert. Diese Therapie sei fortzuführen (IV-Nr. 257).

5.22 RAD-Arzt Dr. med. AF.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 fest, auf das polydisziplinäre L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 könne abgestellt werden. Bezüglich der neuen Diagnose «Kalziumpyrophosphat-Arthropathie» sei festzustellen, dass der aktuellste Bericht des Rehabilitations- und Rheumazentrums des I.____ explizit auf einen sehr guten Behandlungserfolg und eine massive Beschwerdereduzierung hinweise, sich aber nicht zu den Auswirkungen der Diagnose und Befunde auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin äussere. Da mögliche Einflüsse der neuen Befunde und Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin nicht abschliessend eingeschätzt werden könnten, empfehle sich diesbezüglich eine Rückfrage beim rheumatologischen Gutachter (IV-Nr. 258 S. 5).

5.23 Der rheumatologische L.____-Teilgutachter, Dr. med. AA.____, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. August 2017 fest, der medizinische Sachverhalt ändere sich insofern, als eine zusätzliche rheumatologische Diagnose im Raum stehe, welche jedoch als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angesehen werden müsse. Wegen einer Kalziumpyrophosphatarthropathie, bei welcher gemäss den Berichten des I.____ nach begonnener Therapie eine massivste Beschwerdereduktion eingetreten sei, ändere sich aus rheumatologischer Sicht an der Arbeitsfähigkeit nichts. Zudem sei die Kalziumpyrophosphatarthropathie eine Krankheit, welche nicht zur dauernden Invalidität führe und zudem gut behandelbar sei (IV-Nr. 260).

5.24 RAD-Arzt Dr. med. AF.____ äusserte sich am 10. August 2017 dahingehend, an den Ergebnissen der polydisziplinären L.____-Begutachtung könne unter Erweiterung der festgestellten rheumatologischen Diagnosen einer Kalziumpyrophosphat-Arthropathie weiterhin unverändert festgehalten werden (IV-Nr. 262 S. 2).

5.25 Dr. med. Y.____ hielt in seinem Bericht vom 16. Oktober 2017 fest, die Patientin leide schon seit Jahren an einem chronischen Schmerzsyndrom, welches sich anfänglich im Rahmen einer Fibromyalgie im Sinne eines weichteilrheumatischen Beschwerdebildes manifestiert habe. Im Verlauf habe sich dann klar ein entzündlich rheumatologisches Krankheitsbild im Sinne einer rheumatoiden Arthritis bei auch klinisch sehr eindrücklicher entzündlicher Beteiligung der Gelenke gezeigt, die jeweils auf höher dosierte

Cortison-Gaben sehr gut angesprochen hätten. Es sei davon auszugehen, dass sich diese entzündliche Grunderkrankung schon vor mehreren Monaten, d.h. auch schon im Oktober 2015, atypischerweise durch unspezifische Schmerzen geäussert habe. Somit sei es der Patientin damals auch nicht möglich gewesen, in einer entsprechenden Arbeitstätigkeit wie beispielsweise als B.____-Angestellte tätig zu sein. Zusammenfassend müsse somit der Entscheid der IV-Stelle Solothurn revidiert werden, da damals sicherlich schon von einer entzündlichen Grunderkrankung ausgegangen werden könne. Aktuell werde eine immunsuppressive Medikation geplant, um das Beschwerdeausmass entsprechend zu reduzieren. Sehr eindrücklich sei das gute Ansprechen der systemischen Glukokortikoid-Medikation (IV-Nr. 269 S. 4).

5.26 Dem (provisorischen) Austrittsbericht des I.____, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, vom 20. Oktober 2017 kann entnommen werden, dass bei der Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2017 eine Operation (Diagnostische Laparoskopie, Hiatus-Repair [Augmentation mit BioA-Netz, resorbierbar], Hemifunduplicatio nach Toupet [270 Grad], Drainage im Oberbauch links) durchgeführt wurde. Es wurden u.a. eine «schwere Refluxösophagitis bei grosser axialer Hiatushernie, klinisch Verdacht auf Barrettösophagus mittelschwere Antrungastritis» sowie eine «Peroneussehnenruptur links des M. peroneus longus und partiell M. peroneus brevis» diagnostiziert. Es habe ein komplikationsloser perioperativer Verlauf bestanden. Die eingelegte Magensonde habe am 18. Oktober 2017 gezogen werden können. Der stufenweise Kostaufbau sei gut vertragen worden. Im Rahmen der Mobilisation habe die Patientin zunehmend über Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenks geklagt. Diese hätten schon seit dem Treppenlaufen in der Sprechstunde bestanden. Die am 21. Oktober 2017 durchgeführte Röntgenuntersuchung habe lediglich degenerative Veränderungen gezeigt. Im MRT des Sprunggelenks am 23. Oktober 2017 habe sich eine vollständige Ruptur der Sehne des M. peroneus longus und eine partielle Ruptur der Sehne des M. peroneus brevis links gezeigt. In Rücksprache mit dem orthopädischen Kollegen habe man sich unter Berücksichtigung der multiplen Vorerkrankungen der Patientin für ein konservatives Procedere entschlossen. Die Patientin habe am 25. Oktober 2017 schliesslich in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 269 S. 5 ff.).

5.27 RAD-Arzt Dr. med. AF.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. November 2017 fest, die von der Beschwerdeführerin bestrittene medizinische Verbesserung des Gesundheitszustandes erscheine beim Vergleich der rheumatologischen und psychiatrischen Befunde, Einschätzungen und Prognosen des Jahres 2014 mit den Ergebnissen der polydisziplinären Begutachtung des Jahres 2017 nicht nachvollziehbar. Der von Dr. med. Y.____ erneut vorgenommene Diagnoseschwenk hin zur sero-negativen rheumatoiden Arthritis ■ ohne dass neue medizinische Aspekte und Befunde mitgeteilt würden ■ erscheine nicht ganz einfach nachzuvollziehen. Zudem seien die Folgen der beschriebenen Ruptur bzw. Teil-Ruptur der M. peroneus Sehnen am linken (die Seite erscheine in den Berichten nicht ganz eindeutig) Fuss nach sechs Wochen konservativer Therapie bislang nicht bekannt. Ausserdem bestünden nach Einschätzung des RAD bezüglich der Diagnose Raynaud-Syndrom am Fuss gewisse Unsicherheiten (bei den bekannten Vorerkrankungen bzw. Operationen), die eine abschliessende valide Beurteilung nicht erlaubten. Daher erscheine es aus Sicht des RAD hier unumgänglich, eine erneute rheumatologische Begutachtung zur Feststellung des medizinischen Sachverhaltes und der Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit vornehmen zu lassen. Die Begutachtung könne sich

auf das Gebiet der Rheumatologie beschränken, da diese für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgeblich sei (IV-Nr. 272 S. 2 ff.).

5.28 Dr. med. M.____, Rheumatologie FMH ([...]), nahm in seinem rheumatologischen Gutachten vom 12. März 2018 (Untersuchung vom 16. Januar 2018) zur aktuellen Situation dahingehend Stellung, zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die Explorandin seit Mai 2015 Schmerzen und Schwellungen der Fingergelenke angebe. Diese hätten jedoch klinisch und sonomorphologisch nie objektiviert werden können bis zur Untersuchung im November 2017. Schon im Mai 2015 sei im K.____ an die Differentialdiagnose einer CPPD-Kristallarthritis gedacht worden, weshalb auch eine intensive differenzialdiagnostische Abklärung durchgeführt worden sei ohne weitere Anhaltspunkte hierfür bzw. eine systementzündliche rheumatologische Erkrankung. Zum damaligen Zeitpunkt (22. Mai 2015) habe keine Aktivität in der Ultraschalluntersuchung der Fingergelenke gefunden werden können. Somit könne gestützt auf die Akten der objektive Beginn der Calciumpyrophosphat-Arthropathie auf November 2016 terminiert werden. Am 23. März 2017 habe Dr. med. Y.____ richtigerweise ausgeführt, dass es im weiteren Verlauf erschwerend sein werde, die Fibromyalgie von der entzündlichen Grunderkrankung zu differenzieren und entsprechend auch die Therapie anzupassen. Es sei durchaus möglich, dass eine sogenannte präklinische Phase schon früher bestanden habe, welche die Patientin subjektiv wahrgenommen habe. Aus klinischer und versicherungsmedizinischer Sicht könne diese Phase jedoch nicht objektiviert werden, obwohl z.B. im K.____ intensiv danach gesucht worden sei.

Der bisherige Verlauf seit November 2016 sei danach gutartig mit jeweils raschem Ansprechen auf Steroidstosstherapien, intermittierend auch NSAR. Nach Absetzen der Steroide oder auch der NSAR sei es rasch wieder zu einem monoartikulären oder polyartikulären Schub gekommen. Eine Basistherapie mit Methotrexat vom März bis Mai 2017 sei nicht erfolgreich gewesen. Bisher habe auch mit dem TNF-alpha Hemmer, Humira, seit dem 27. Oktober 2017 subjektiv keine Verbesserung erreicht werden können bei dokumentierten objektiven besseren Befunden. Somit handle es sich um eine, vor allem die MCP-Gelenke beidseits, teils auch die Hand und die Knie betreffende, schubförmig verlaufende entzündliche Gelenkerkrankung mit jeweils raschem Ansprechen auf Glukokortikoide und NSAR im Schub mit insgesamt guter Prognose. Bei der Explorandin sei die Calciumpyrophosphat-Arthropathie objektiv eine gut zu behandelnde Erkrankung und führe nicht zur dauernden Invalidität, wie dies in der Regel der Fall sei und dies auch schon in der Stellungnahme des L.____-Teilgutachters Dr. med. AA.____ am 2. August 2017 entsprechend festgestellt worden sei. Retrospektiv sei hier schwierig zu errechnen, an wie vielen Tagen die Explorandin wegen des Schubes arbeitsunfähig gewesen sei. In Zukunft sollte es möglich sein, durch rasche selbstständige Erhöhung der Steroide die Dauer und den Schweregrad des Schubes in den Gelenken und damit die funktionelle Einschränkung deutlich auf zwei bis drei Tage zu verkürzen. Ein rasch behandelter Schub mit Steroiden sollte nicht länger als während sieben, maximal zehn Tagen, je nach Lokalisation, zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Seit November 2016 sei soweit retrospektiv aus den Akten ersichtlich je ein Schubereignis in den Monaten November 2016 sowie März, Mai, August, September und Oktober 2017, d.h. insgesamt während vier bis sechs Wochen, aufgetreten.

Sodann führte der Rheumatologe aus, das ausgeprägte, akut aufgetretene Raynaudphänomen der Zehen vor allem rechts, insbesondere an der 4. Zehe rechts, habe sehr gut auf die Ilomedin-Therapie vom 7. September bis 5. Oktober 2017 angesprochen.

Die Ätiologie habe nie gänzlich geklärt werden können. Differenzialdiagnostisch sei an einen embolischen Verschluss gedacht worden. Eine Makroangiopathie habe ausgeschlossen werden können wie auch eine Gerinnungsstörung. Differentialdiagnostisch sei an ein Symptom der Fibromyalgie zu denken. Abgesehen von der Ätiologie sei der Verlauf sehr gutartig gewesen, sodass am 26. Oktober 2017 im Gefässzentrum des I.____ die Behandlung habe abgeschlossen werden können mit den Empfehlungen von Wärmeschutzmassnahmen, konsequenter Hautpflege und anhaltender sekundärer Prophylaxe mit Aspirin cardio und prophylaktischer Antikoagulation in Risikosituationen. Aus den Empfehlungen könne gefolgert werden, dass Tätigkeiten in nasser, kalter Umgebung wenig geeignet seien. Durch Dr. med. Y.____ sei zudem der Calciumsantagonist Nifedipin zur Vasodilatation eingesetzt worden mit einem subjektiv sehr guten Ansprechen. Zusammenfassend sei das sekundäre Raynaudsyndrom eine Krankheit, welche nicht zur dauernden Invalidität geführt habe und zudem gut behandelbar sei. Retrospektiv müsse von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 100 % vom 1. September 2017 bis zum Abschluss der Ilomedin-Infusion am 5. Oktober 2017 ausgegangen werden.

Ferner habe sich die Explorandin eine Sehnenruptur der langen Peroneus-Sehne sowie eine Teilruptur der kurzen Peroneus-Sehne links am 21. Oktober 2017 zugezogen. Diese sei mittels Schiene für sechs Wochen versorgt worden. Auch diese Erkrankung sei per se nicht invalidisierend und dauerhaft. Die Gehfähigkeit werde dadurch jedoch zusätzlich erschwert, was sich auch in der eingeschränkten Mobilität zeige. Retrospektiv sei auch hier die Arbeitsfähigkeit mit 50 bis 100 % vom Spitaleintritt vom 20. Oktober 2017 für vier, maximal sechs Wochen eingeschränkt gewesen.

Schliesslich sei es in den letzten Jahren immer wieder zu Missempfindungen, Parästhesien in den Fingern mit Einschlafen vor allem in der Nacht, gekommen. Diese Beschwerden hätten teilweise auf die perineurale Infiltration des Nervus medianus angesprochen, teilweise jedoch nicht. Differenzialdiagnostisch sei zu unterscheiden zwischen einem Schub der nun bekannten Calciumpyrophosphat-Arthropathie, dann meist mit gutem Ansprechen auf die Steroidinfiltration und einer Verbesserung der Ungeschicklichkeit sowie des Steifigkeitsgefühls in den Fingern, und den intermittierenden residuellen Beschwerden nach der CTS-Operation links, wie dies nicht so selten der Fall sei. Die sonographisch festgestellte Verdickung des Nervus medianus bei Status nach Karpaltunnel-Operation links sei kein diagnostisches Kriterium für ein persistierendes Carpaltunnelsyndrom. Hier sei nach wie vor die Elektrophysiologie des Nervus medianus das diagnostische Mittel der Wahl. Die Verdickung des Nervs bleibe auch oftmals bestehen nach Entlastung durch die Durchtrennung des Ligamentum carpi transversus. Ferner sei an die bekannte langjährige Fibromyalgie zu denken, was im L.____-Gutachten als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden und als äquivalente Diagnose zu sehen sei. Auch wenn es sich um ein relevantes Karpaltunnelsyndrom handle, führe diese gut operativ zu behandelnde Erkrankung zu keiner andauernden Invalidität.

In der Zusammenschau der multiplen früheren und aktuellen Diagnosen falle immer wieder die Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiven Befunden, der dadurch auch teilweise verzögerten Diagnosestellung, dem protrahierten Verlauf und dem Schmerzvermeidungsverhalten auf. Es handle sich über all die Jahre, wie in den Akten festgehalten, um die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, oder das Fibromyalgiesyndrom, wie es in der Rheumatologie auch genannt werde.

Im Vergleich zum Zeitpunkt des Gutachtens vom August / September 2016 sei im November 2016 eine polyartikuläre schubförmig verlaufende, gut zu behandelnde Calciumpyrophosphat-Kristallarthropathie hinzugekommen, welche vorübergehend zur Einschränkung der Handfunktion und der Fingerfertigkeiten geführt habe, jedoch insgesamt keine dauernde Invalidität zur Folge habe. Es könnten auch andere Gelenke betroffen sein. Zu den bisherigen Einschränkungen beider Knie- und der Fussgelenke beidseits und der Schulter rechts sei neu eine Einschränkung der Handfunktionen und der Fingerfertigkeiten hinzugekommen. In der gelernten Tätigkeit als Pflegehelferin oder Hauspflegerin sei die Explorandin unbestritten dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselnd-belastend ausgeführt werden können, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauernden Stellungen sowie neu auch keine repetitiven, manuell anspruchsvollen Tätigkeiten. Unverändert unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen an verschiedenen Lokalisationen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die Einschränkung von 20 % im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. Die restliche 20%ige Einschränkung sei dadurch begründet, dass einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkoordination) reduziert sei und andererseits es immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne (z.B. der Gehfähigkeit, der Fingerfertigkeiten, Heben des Armes).

Dr. med. M. ___ stellte folgende Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit):
«1. Calciumpyrophosphat-Arthropathie (CPPD) (EM 11/2016) (ED 05/2017), RF, Anti-CCP, ANA negativ (11/2016), Befall v.a. der Fingergelenke, einmalig Knie links und Hand, 23.05.2017: Gonarthrit links (Zellzahl 3020/ul, Nachweis von intra- und extrazellulären CPPD-Kristallen, Bisherige Therapien: Glucocorticoid i.a. und systemische Dauer- und Stosstherapien mit sehr gutem, raschem Ansprechen, Methotrexat Februar 2017 bis Mai 2017 (sistiert bei Ineffektivität), Etoricoxib Ende Mai 2017 ■ Ende Juli 2017 (subjektiv gutes Ansprechen), Colchicin Mitte Juni 2017 ■ anfangs Juli 2017, Wiederaufnahme Ende Juli 2017 bis September 2017. Adalimumab seit Oktober 2017;
2. Trikompartimentäre Gonarthrose mit Valgusfehlstellung bds. mit/bei: St.n. wiederholten Knieoperationen bds. bei habitueller Patellaluxation, St.n. Implantation einer Knie-TEP rechts am 15.06.2012, Gonarthrose links, medial und lateral ausgeprägt;
3. Sehnenruptur links Peroneus longus und partiell Peroneus brevis 21.10.2017, Konservative Therapie mit Brace; 4. Status nach 4-maliger Arthrodesse einer Talonavikulararthrose rechts vom Mai 2013 bis Dezember 2014; 5. Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts bei St.n. Arthroskopie mit Kalkentfernung im Bereich der rechten Schulter 2005». Die weiteren gestellten Diagnosen (6. St.n. Raynaud-Syndrom der Zehen beidseits, EM 09/2017, v.a. Dig. IV pedis rechts, DD: embolischer Verschluss, Fibromyalgiesyndrom, typisches Raynaud-Phänomen der Zehen beidseits, vor allem rechts insbesondere im Bereich Dig. IV pedis rechts, aktuell: keine ischämischen Ruheschmerzen oder trophische Läsionen, Oszillographie (26.10.2017): geringe verbesserte Perfusion nach einem warmen Wasserbad der Zehen beidseits, 11/2017: laborchemisch keine Hinweise für Antiphospholipid-Syndrom, Ilomedin-Therapie 07.09. ■ 05.10.2017;
7. Schwere Refluxösophagitis bei grosser axialer Hiatushernie, klinisch Verdacht auf Barrett Ösophagus, mittelschweren Antrumgastritis, Hiatus-Repair, Hemifundoplikatio nach Toupet am 20.10.2017; 8. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen

Faktoren (F45.41); 9. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit lumbosacraler Einengung; 10. Dupuytren'sche Kontraktur des IV Strahls der rechten Hand; 11. CTS Symptomatik bds. (anamnestisch); 12. St.n. CTS-Operation links sowie operativer Sanierung (Synovektomie einer Dupuytren'schen Kontraktur Strahl IV links am 28.04.2011 mit postoperativem Morbus Sudeck, abgeheilt; 13. St.n. Klumpfussoperationen links im Kleinstkindesalter; 14. Arterielle Hypertonie; 15. St.n. Sinus-Venenthrombose im März 2015, Sinus transversus und Sinus sigmoideus links, keine Hinweise für Thrombophilie, unter oraler Antikoagulation, leichte Besserung des thrombotischen Füllungsdefektes im Sinus transversus und Sinus sigmoideus; 16. Rezidivierende Clostridium difficile Infektionen mit/bei: Status nach

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente.

E. 2.3

2.3.1 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

2.3.2 Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Fall sind der Anteil der Erwerbstätigkeit oder der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad in beiden Bereichen zu bemessen (Art. 28a Abs. 3 IVG). Dies ist die gemischte Methode der Invaliditätsbemessung (Urteil des Bundesgerichts 8C_728/2019 vom 10. Juni 2020 E. 6.1 mit Hinweis).

Gemäss Art. 27bis Abs. 2 der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201, in der seit 1. Januar 2018 geltenden Fassung) werden bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, für die Bestimmung des Invaliditätsgrads der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Erwerbstätigkeit (lit. a) und der Invaliditätsgrad in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich (lit. b) summiert. Laut Art. 27bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Art. 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird (lit. a) und die

prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird (lit. b). Für die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Betätigung im Aufgabenbereich wird der prozentuale Anteil der Einschränkungen bei der Betätigung im Aufgabenbereich im Vergleich zur Situation, wenn die versicherte Person nicht invalid geworden wäre, ermittelt. Der Anteil wird anhand der Differenz zwischen dem Beschäftigungsgrad nach Abs. 3 lit. b und einer Vollerwerbstätigkeit gewichtet (Art. 27bis Abs. 4 IVV).

In Fällen wie dem vorliegenden, in welchen es um eine erstmalige Rentenzusprache an eine Person geht, die schon vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachging, ist die Invalidität nach dem bisherigen Berechnungsmodell der gemischten Methode zu bemessen. Die neu in Art. 27bis IVV eingefügten Abs. 2 bis 4 sind erst per 1. Januar 2018 in Kraft getreten und folglich erst ab diesem Zeitpunkt anwendbar (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_728/2019 vom 10. Juni 2020 E. 6.2 und 9C_883/2018 vom 13. Juni 2019 E. 3.3, je mit Hinweisen).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung kann auch ohne wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eine Rentenrevision rechtfertigen. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes auch hier unbeachtlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist

einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Die Beschwerdeführerin lässt zur medizinischen Problematik geltend machen, sie scheine sich in einem andauernden Teufelskreis mit sich ablösenden Gesundheitsproblemen zu befinden, die sich für eine gewisse Zeit und immer wieder, jedoch nicht dauernd einschränkend, auf ihre Erwerbstätigkeit auswirkten. Es sei (ab Juni 2015) von einer 40%igen (statt nur 20%igen) Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gemäss dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M.____ auszugehen (vgl. Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 4). Wie erwähnt, sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung rückwirkend eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. April 2012 bis 30. September 2015 zu, weshalb der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im Zeitpunkt der Anspruchsänderung (Juni 2015; vgl. Art. 88a IVV) zu vergleichen ist (vgl. E. II. 3.2 hiavor). Die medizinische Situation der Beschwerdeführerin präsentiert sich wie folgt:

5.1 Dr. med. N.____, Orthopädische Chirurgie FMH, stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2010 folgende Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): «St.n. Klumpfuß links im Kindesalter, Valgusgonarthrose rechts». Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin habe die sich in letzter Zeit anbahnenden statischen Beschwerden des linken Fusses mit dem Kauf breiter Schuhe noch recht gut abfangen können. In der letzten Zeit gelinge dies aber kaum mehr, wahrscheinlich auch wegen der Valgusgonarthrose rechts. Im Bereich des linken Fusses bestünden belastungsabhängige Schmerzen, vor allem im Rückfuss- und Mittelfussbereich. Es handle sich hier um eine Ermüdung sowie eine Schwellungsneigung. Der Zeitpunkt sei gekommen, dass die Patientin zumindest bei der Arbeit ein adaptiertes Schuhwerk tragen sollte. Die arthrotischen Veränderungen seien bisher gering und es sei davon auszugehen, dass diese nicht relevant zunehmen würden, zumindest nicht, solange die Patientin noch im Arbeitsprozess sei (IV-Nr. 67 S. 5 ff.).

5.2 Vom 11. Oktober bis 11. November 2011 war die Beschwerdeführerin in der O.____ hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Generalisiertes Schmerzsyndrom, Verdacht auf Fibromyalgie, bei: A. St. nach Operation eines M. Dupuytren Strahl IV und Karpaltunnelsyndrom an der linken Hand am 28.04.2011, A1 Postoperativem CRPS Typ I der linken Hand, A2 Beuger-Tendinose Strahl III auf Höhe Grundgelenk Hand links; B. Unklare Schmerzen Fingergelenke und Handgelenk rechts, 12.10.2011 Röntgen Hand und Handgelenk bds.: Regelrechte Knochenstruktur. Kein Hinweis für degenerative oder entzündlich-rheumatische Veränderungen. Vor allem auch kein Hinweis für Rhizarthrose; C. Karpaltunnelsyndrom rechts, 25.10.2011 Neurologische und elektrophysiologische Untersuchung: CTS im dynamischen Stadium ohne axonale Beteiligung; D. Panvertebralem Syndrom, betont lumbal, 18.01.2007 MRI HWS und LWS: Osteochondrosis intervertebralis C5/6 mit winzigem, flachem Prolaps zentral/parazentral rechts. Winziger Prolaps C6/7 parazentral rechts. Deutlich rechtsbetonte Spondylarthrose L5/S1. Laut Einschätzung des Rheumatologen Dr. F. P.____ auch Spondylarthrosen L3/4 und L4/5, auf allen 3 Etagen mit Erguss, 02.08.2011 MRI ganze Wirbelsäule: Beginnende Chondrosen

LWS, Facettengelenksarthrosen L3-S1 mit Ergüssen und Gelenksganglion am Facettengelenk L5/S1 links ohne Neurokompression, Hyperlordose der LWS; E. Trikompartimenteller Gonarthrose rechts, beginnend auch links, Genua valga, rechts mehr als links, 1967 Patella-Zentrierungsoperation beidseits, 1982 Operation nach Elmsley Knie links, 1999 Arthroskopie Knie rechts, Jan. 2000 Arthroskopie und Meniskusoperation Knie rechts, 2001 Arthroskopie Knie rechts, 12.10.2011 Röntgen Knie, Patella bds.: rechtsbetonte trikompartimentelle Gonarthrose beidseits; F. Schulterschmerzen beidseits, rechtsbetont, bei Tendinosis calcarea der Supraspinatussehnen, 29.12.2004 Arthro MRI Schulter rechts: Enthesiopathie M. supraspinatus mit lokalem Kalkdepot, Vd. auf weitere Kalkdepots im M. subscapularis. Chronische Insertions-Enthesopathie des M. Infraspinatus. Leichtes subakromiales Impingement bei beginnender AC-Gelenksarthrose, 2005 Arthroskopie und Kalkentfernung Schulter rechts, 12.10.2011 Röntgen Schultergelenke beidseits: Rechts noch ganz kleine Restverkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne. Links grössere Verkalkung subakromial; G. Spreizfüsse; Laxität lateraler Seitenbandapparat OSG rechts, 1959/69 Klumpfussoperation links, 1972 Fraktur im OSG-Bereich rechts, 1973 und 1975 Sehnenoperation am OSG rechts, 1982 Bänderriss am OSG rechts, Nov. 2000 Distorsion OSG links, März 2001 Sehnenoperation im Bereich OSG links; H. Leichte arterielle Hypertonie; I. Adipositas Grad I; J. Psychiatrische Diagnose: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41).

Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht wurde dargelegt, die festgestellte psychische Störung begründe eine mindestens leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung. Von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit sei in globaler Hinsicht derzeit nicht auszugehen. Die Patientin müsse erst im Haushalt ein höheres Funktionsniveau erreichen, bevor an eine externe Arbeitsaufnahme zu denken sei. Limitierend sei dabei weniger eine depressive oder Angstsymptomatik, sondern vielmehr die somatoform überlagerte Schmerzsymptomatik. Zur Zumutbarkeit aus somatischer Sicht (CRPS [Complex Regional Pain Syndrome] linke Hand) wurde angegeben, die Tätigkeit als B.____-Mitarbeiterin sei aktuell nicht zumutbar. Eine andere mindestens leichte Tätigkeit sollte nach Abklingen der CRPS-Problematik zumutbar sein. Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit.

Im Rahmen der diagnostischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die Einweisung der Patientin sei durch Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Handchirurgie, zur weiteren Abklärung und Behandlung der Schmerzproblematik von Seiten des CRPS der linken Hand und von Seiten des eventuell entzündlichen rheumatologischen Grundleidens erfolgt, welches aufgrund der multilokulären Schmerzen beinahe am ganzen Körper postuliert worden sei. Sechs Monate nach der Operation und der im Verlauf eingetretenen Reflexdystrophie der linken oberen Extremität beklage die Patientin bei Eintritt noch belastungsverstärkte Ruheschmerzen von der Handwurzel bis zum Ellenbogen links und ein Kraftdefizit. Zusätzlich beklage sie unklare Schmerzen der rechten Fingergelenke und des Handgelenks. Ferner bestünden dauerhafte, belastungsverstärkte panvertebrale Schmerzen mit gürtelförmiger Ausstrahlung und bewegungsabhängige Schmerzen beider Schultergelenke und beider Kniegelenke mit Schwellungsgefühl. Emotional werde eine bedrückte Stimmung aufgrund der Arbeitslosigkeit und der Stresssituation infolge der Schmerzen angegeben. Es bestehe somit ein generalisiertes Schmerzsyndrom. Von einem Rheumatologen sei bereits der Verdacht auf eine Fibromyalgie geäußert worden. Die

Kriterien für eine Fibromyalgie seien knapp erfüllt. Hingegen habe sich klinisch und radiologisch kein Hinweis auf ein entzündlich-rheumatisches Leiden ergeben, was ebenfalls postuliert worden sei.

Ad A: Klinisch zeigten sich aktuell ausser einer geringen, diffusen Schwellung und einer Druckdolenz aller Interphalangealgelenke keine CRPS-Befunde mehr. Die Fingerbeweglichkeit sei voll, die Handgelenksbeweglichkeit nur leicht eingeschränkt. Das Problem seien die trotz Rückgang der CRPS-Symptome persistierenden Schmerzen. Ad B: Abgesehen von einem positiven Gaenslen-Test sowie Druckdolenz am Daumensattelgelenk und an den Gelenken Dig. II bis IV bestehe kein auffälliger Befund. Weder klinisch noch radiologisch hätten sich Zeichen für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung ergeben. Ad C: Bei anamnestisch nächtlichem Taubheitsgefühl in den Fingern I bis IV rechts sei am 25. Oktober 2011 eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung durchgeführt worden, die ein Carpal tunnel-Syndrom im dynamischen Stadium ohne axonale Beteiligung gezeigt habe. Hier sei eine konservative Therapie mittels einer Handgelenksschiene empfohlen worden. Die Schiene sei jedoch von der Patientin nicht gut toleriert worden. Ad D: Bei generalisierter Druckdolenz der Wirbelsäule zeige sich im Wesentlichen kein auffälliger Befund. Ad E: Im Bereich beider Kniegelenke zeige sich eine endgradige Bewegungseinschränkung mit einer generalisierten Druckdolenz, rechts lokalisiert auch an den Gelenkspalten und der Patella. Radiologisch bestehe an den mehrfach voroperierten Kniegelenken eine rechtsbetonte, trikompartimentelle Gonarthrose bei Valgusstellung beidseits und

E. 3

Episoden seit Dezember 2013 bis 2016, unauffälliger Koloskopie am 09.5.2014; 17. Nikotinkonsum; 18. Sonstige depressive Episoden [F32.8]; 19. Probleme mit Bezug auf die Lebensführung [Z72], St.n. vermehrtem Konsum von Alkohol; 20. Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben [Z56], Status nach Kündigung; 21. Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld und die wirtschaftliche Lage [Z 59], Abhängigkeit vom Sozialamt; 22. Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis [Z63], plötzlicher Tod des Sohnes 2001, Tod des Bruders 2010, Familienzerrüttung durch Trennung und Scheidung 1996) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit.

Bei der Beantwortung der gestellten Fragen gab der rheumatologische Gutachter an, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Explorandin aufgrund ihrer multilokulären degenerativen Problematik und rezidivierenden, entzündlichen Schüben im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Hand- / Fingergelenke, beider Kniegelenke und beider oberen und unteren Sprunggelenke, als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr einsetzbar. Für diesen angestammten Beruf sei sie dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig, was auch in den Gutachten aus den Jahren 2014 und 2017 bestätigt worden sei. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Schulter rechts, beider Kniegelenke, beider Füsse und beider Hände / Fingergelenke seien auf objektive somatische Befunde zurückzuführen. Die weiteren subjektiv geklagten Beschwerden erschienen wenig plausibel und seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zurückzuführen. Anlässlich der Begutachtung seien keine Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden ersichtlich gewesen.

Bei der Beurteilung der Konsistenz wurde u.a. darauf hingewiesen, die Explorandin habe wegen ihrer Beschwerden auch Schwierigkeiten, den Haushalt zu führen. In ihrer Freizeitgestaltung sei sie, wenn auch im Vergleich zu August 2016 vermehrt, nicht allzu sehr beeinträchtigt. Dabei sei zu bemerken, dass sie ihr Mitwirken im Gospelchor wegen Lärmempfindlichkeit und Hörschwierigkeiten aufgegeben habe und nicht wegen zusätzlicher Einschränkungen des Bewegungsapparates.

Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde abschliessend festgehalten, in einer den körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit sei die Explorandin aus rheumatologischer Sicht gemäss den Einschränkungen des L. ___-Gutachtens zu 80 % arbeitsfähig von Juni 2015 bis Oktober 2016. Retrospektiv könne der Gesundheitszustand der Explorandin mehrheitlich zwischen November 2016 (Erstmanifestation der Calciumpyrophosphat-Arthropathie) bis November 2017 (Beginn mit Behandlung Humira, Peroneus-Sehnen-Läsionen links) als instabil betrachtet werden. In dieser Zeit sei die Explorandin mehrheitlich zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen, wobei zu ergänzen sei, dass sie zwischen Dezember 2016 bis Februar 2017 und auch im Juni und Juli 2017 eine stabile Phase gehabt habe. Seit November 2017 bestehe eine zumutbare Rest-Arbeitsfähigkeit von 60 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselbelastend ausgeführt werden können, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauernden Stellungen sowie neu auch keine repetitiven, manuell anspruchsvollen Tätigkeiten. Unverändert unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen an verschiedenen Lokalisationen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die Einschränkung von 20 % im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. Die restliche 20%ige Einschränkung sei dadurch begründet, dass einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkraftkoordination) reduziert sei und andererseits es immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne (zum Beispiel der Gehfähigkeit, der Fingerfertigkeit, Heben des Armes; IV-Nr. 281 S. 2 ff.).

5.29 RAD-Arzt Dr. med. AF. ___ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2018 im Wesentlichen fest, er könne sich dem vorliegenden rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M. ___ vom 12. März 2018 anschliessen. Die Versicherte mache in ihrem Schreiben vom 27. März 2018 (IV-Nr. 284) keine neuen medizinischen Gesichtspunkte geltend. Da der medizinische Sachverhalt durch die bisherigen umfassenden Abklärungen der IV bis zum aktuellen Datum als erschöpfend abgeklärt angesehen und durch neue Abklärungen überwiegend wahrscheinlich lediglich eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhaltes erwartet werden könne, sollten der Fallabschluss und die Verfügung nun zügig erfolgen (IV-Nr. 285 S. 2 ff.).

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert

haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a IVV festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung kann auch ohne wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eine Rentenrevision rechtfertigen. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts auch hier unbeachtlich (Urteil des Bundesgerichts 8C_269/2015 vom 18. August 2015 E. 3.2 mit Hinweisen).

E. 4

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

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es 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 (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht

in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 5. Die Beschwerdeführerin lässt zur medizinischen Problematik geltend machen, sie scheine sich in einem andauernden Teufelskreis mit sich ablösenden Gesundheitsproblemen zu befinden, die sich für eine gewisse Zeit und immer wieder, jedoch nicht dauernd einschränkend, auf ihre Erwerbstätigkeit auswirkten. Es sei (ab Juni 2015) von einer 40%igen (statt nur 20%igen) Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit gemäss dem rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M. ___ auszugehen (vgl. Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 4). Wie erwähnt, sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung rückwirkend eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. April 2012 bis 30. September 2015 zu, weshalb der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt des Rentenbeginns mit demjenigen im Zeitpunkt der Anspruchsänderung (Juni 2015; vgl. Art. 88a IVV) zu vergleichen ist (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Die medizinische Situation der Beschwerdeführerin präsentiert sich wie folgt: 5.1 Dr. med. N. ___, Orthopädische Chirurgie FMH, stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 22. März 2010 folgende Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit): «St.n. Klumpfuss links im Kindesalter, Valgusgonarthrose rechts». Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin habe die sich in letzter Zeit anbahnenden statischen Beschwerden des linken Fusses mit dem Kauf breiter Schuhe noch recht gut abfangen können. In der letzten Zeit gelinge dies aber kaum mehr, wahrscheinlich auch wegen der Valgusgonarthrose rechts. Im Bereich des linken Fusses bestünden belastungsabhängige Schmerzen, vor allem im Rückfuss- und Mittelfussbereich. Es handle sich hier um eine Ermüdung sowie eine Schwellungsneigung. Der Zeitpunkt sei gekommen, dass die Patientin zumindest bei der Arbeit ein adaptiertes Schuhwerk tragen sollte. Die arthrotischen Veränderungen seien bisher gering und es sei davon auszugehen, dass diese nicht relevant zunehmen würden, zumindest nicht, solange die Patientin noch im Arbeitsprozess sei (IV-Nr. 67 S. 5 ff.). 5.2 Vom 11. Oktober bis 11. November 2011 war die Beschwerdeführerin in der O. ___ hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: «Generalisiertes Schmerzsyndrom, Verdacht auf Fibromyalgie, bei: A. St. nach Operation eines M. Dupuytren Strahl IV und Karpaltunnelsyndrom an der linken Hand am 28.04.2011, A1 Postoperativem CRPS Typ I der linken Hand, A2 Beuger-Tendinose Strahl III auf Höhe Grundgelenk Hand links; B. Unklare Schmerzen Fingergelenke und Handgelenk rechts, 12.10.2011 Röntgen Hand und Handgelenk bds.: Regelrechte Knochenstruktur. Kein Hinweis für degenerative oder entzündlich-rheumatische Veränderungen. Vor allem auch kein Hinweis für Rhizarthrose; C. Karpaltunnelsyndrom rechts, 25.10.2011 Neurologische und elektrophysiologische Untersuchung: CTS im dynamischen Stadium ohne axonale Beteiligung; D. Panvertebralem Syndrom, betont lumbal, 18.01.2007 MRI HWS und LWS: Osteochondrosis intervertebralis C5/6 mit winzigem, flachem Prolaps zentral/parazentral rechts. Winziger Prolaps C6/7 parazentral rechts. Deutlich rechtsbetonte Spondylarthrose L5/S1. Laut Einschätzung des Rheumatologen Dr. F. P. ___ auch Spondylarthrosen L3/4 und L4/5, auf allen 3 Etagen mit Erguss, 02.08.2011 MRI ganze Wirbelsäule: Beginnende Chondrosen LWS, Facettengelenksarthrosen L3-S1 mit Ergüssen und Gelenksganglion am Facettengelenk L5/S1 links ohne Neurokompression, Hyperlordose der LWS; E. Trikompartimenteller Gonarthrose rechts, beginnend auch links, Genua valga, rechts mehr als links, 1967 Patella-Zentrierungsoperation beidseits, 1982 Operation nach Elmsley Knie links, 1999

Arthroskopie Knie rechts, Jan. 2000 Arthroskopie und Meniskusoperation Knie rechts, 2001 Arthroskopie Knie rechts, 12.10.2011 Röntgen Knie, Patella bds.: rechtsbetonte trikompartimentelle Gonarthrose beidseits; F. Schulterschmerzen beidseits, rechtsbetont, bei Tendinosis calcarea der Supraspinatussehnen, 29.12.2004 Arthro MRI Schulter rechts: Enthesiopathie M. supraspinatus mit lokalem Kalkdepot, Vd. auf weitere Kalkdepots im M. subscapularis. Chronische Insertions-Enthesopathie des M. Infraspinatus. Leichtes subakromiales Impingement bei beginnender AC-Gelenksarthrose, 2005 Arthroskopie und Kalkentfernung Schulter rechts, 12.10.2011 Röntgen Schultergelenke beidseits: Rechts noch ganz kleine Restverkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne. Links grössere Verkalkung subakromial; G. Spreizfüsse; Laxität lateraler Seitenbandapparat OSG rechts, 1959/69 Klumpfußoperation links, 1972 Fraktur im OSG-Bereich rechts, 1973 und 1975 Sehnenoperation am OSG rechts, 1982 Bänderriss am OSG rechts, Nov. 2000 Distorsion OSG links, März 2001 Sehnenoperation im Bereich OSG links; H. Leichte arterielle Hypertonie; I. Adipositas Grad I; J. Psychiatrische Diagnose: Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41). Zu den Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit und zur Zumutbarkeit aus psychiatrischer Sicht wurde dargelegt, die festgestellte psychische Störung begründe eine mindestens leichte arbeitsrelevante Leistungsminderung. Von einer verwertbaren Arbeitsfähigkeit sei in globaler Hinsicht derzeit nicht auszugehen. Die Patientin müsse erst im Haushalt ein höheres Funktionsniveau erreichen, bevor an eine externe Arbeitsaufnahme zu denken sei. Limitierend sei dabei weniger eine depressive oder Angstsymptomatik, sondern vielmehr die somatoform überlagerte Schmerzsymptomatik. Zur Zumutbarkeit aus somatischer Sicht (CRPS [Complex Regional Pain Syndrome] linke Hand) wurde angegeben, die Tätigkeit als B.____-Mitarbeiterin sei aktuell nicht zumutbar. Eine andere mindestens leichte Tätigkeit sollte nach Abklingen der CRPS-Problematik zumutbar sein. Aktuell bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Im Rahmen der diagnostischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die Einweisung der Patientin sei durch Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für Handchirurgie, zur weiteren Abklärung und Behandlung der Schmerzproblematik von Seiten des CRPS der linken Hand und von Seiten des eventuell entzündlichen rheumatologischen Grundleidens erfolgt, welches aufgrund der multilokulären Schmerzen beinahe am ganzen Körper postuliert worden sei. Sechs Monate nach der Operation und der im Verlauf eingetretenen Reflexdystrophie der linken oberen Extremität beklage die Patientin bei Eintritt noch belastungsverstärkte Ruheschmerzen von der Handwurzel bis zum Ellenbogen links und ein Kraftdefizit. Zusätzlich beklage sie unklare Schmerzen der rechten Fingergelenke und des Handgelenks. Ferner bestünden dauerhafte, belastungsverstärkte panvertebrale Schmerzen mit gürtelförmiger Ausstrahlung und bewegungsabhängige Schmerzen beider Schultergelenke und beider Kniegelenke mit Schwellungsgefühl. Emotional werde eine bedrückte Stimmung aufgrund der Arbeitslosigkeit und der Stresssituation infolge der Schmerzen angegeben. Es bestehe somit ein generalisiertes Schmerzsyndrom. Von einem Rheumatologen sei bereits der Verdacht auf eine Fibromyalgie geäußert worden. Die Kriterien für eine Fibromyalgie seien knapp erfüllt. Hingegen habe sich klinisch und radiologisch kein Hinweis auf ein entzündlich-rheumatisches Leiden ergeben, was ebenfalls postuliert worden sei. Ad A: Klinisch zeigten sich aktuell ausser einer geringen, diffusen Schwellung und einer Druckdolenz aller Interphalangealgelenke keine CRPS-Befunde mehr. Die Fingerbeweglichkeit sei voll, die Handgelenksbeweglichkeit nur leicht eingeschränkt. Das Problem seien die trotz Rückgang der CRPS-Symptome persistierenden Schmerzen. Ad B:

Abgesehen von einem positiven Gaenslen-Test sowie Druckdolenz am Daumensattelgelenk und an den Gelenken Dig. II bis IV bestehe kein auffälliger Befund. Weder klinisch noch radiologisch hätten sich Zeichen für eine entzündlich-rheumatische Erkrankung ergeben.

Ad C: Bei anamnestisch nächtlichem Taubheitsgefühl in den Fingern I bis IV rechts sei am 25. Oktober 2011 eine neurologische und elektrophysiologische Untersuchung durchgeführt worden, die ein Carpal-Tunnel-Syndrom im dynamischen Stadium ohne axonale Beteiligung gezeigt habe. Hier sei eine konservative Therapie mittels einer Handgelenksschiene empfohlen worden. Die Schiene sei jedoch von der Patientin nicht gut toleriert worden.

Ad D: Bei generalisierter Druckdolenz der Wirbelsäule zeige sich im Wesentlichen kein auffälliger Befund.

Ad E: Im Bereich beider Kniegelenke zeige sich eine endgradige Bewegungseinschränkung mit einer generalisierten Druckdolenz, rechts lokalisiert auch an den Gelenkspalten und der Patella. Radiologisch bestehe an den mehrfach voroperierten Kniegelenken eine rechtsbetonte, trikompartimentelle Gonarthrose bei Valgusstellung beidseits und 2 reizlos inliegenden Schrauben im Tibiakopf links.

Ad F: Es bestünden auch rechtsbetonte Schulterschmerzen beidseits bei erhaltener Beweglichkeit. Eine Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne rechts sei im Jahr 2004 arthroskopisch behandelt worden. Hier finde sich radiologisch nur eine ganz kleine Restverkalkung in der Supraspinatussehne. Links sei hingegen auf den aktuellen Röntgenbildern eine grössere subacromiale Verkalkung sichtbar.

Ad H: Bei erhöhten Blutdruckwerten in den Routinekontrollen sei eine 24-Stunden-Blutdruckmessung erfolgt. Darin habe sich eine leichte arterielle Hypertonie bestätigt. Das nächtliche Blutdruck-Dipping sei reduziert.

Ad J: Während der Rehabilitation sei eine psychosomatische Abklärung mit folgendem Resultat erfolgt: Die 51-jährige B.____-Mitarbeiterin in gekündigtem Arbeitsverhältnis habe nach der operativen Versorgung eines Karpaltunnelsyndroms links neben einem CRPS eine topographisch ausgeweitete Schmerzsymptomatik von stark einschränkender Qualität im Alltag, im psychischen Bereich verbunden mit Stimmungsschwankungen, Zukunftsängsten, kognitiven Schwächen (vermehrte Vergesslichkeit, Zerstreuung) und einer Tendenz zu sozialem Rückzug entwickelt, ohne dass ein eigentliches depressives Syndrom vorliege. Aufgrund kumulierter Belastungen in der Biographie (mehrere Spitalaufenthalte in der Kindheit, gescheiterte Ehe mit Scheidung, Unfalltod des 16-jährigen Sohnes vor 10 Jahren, Tod des Bruders im Jahr 2010, vorbestehende und multiple Schmerzsyndrome des Bewegungsapparates, unlängst erfolgter Stellenverlust) sei davon auszugehen, dass beim aktuellen Beschwerdebild eine erhebliche somatoforme Komponente beteiligt sei, bedingt durch eine erhöhte Vulnerabilität in Bezug auf die Entwicklung von Schmerzzuständen, die ihrerseits durch die kumulierten Belastungen (v.a. schmerzliche Verlusterfahrungen) generiert worden seien. Diagnostisch sei am ehesten von der neuen ICD-10-Kategorie «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren» (F45.41) auszugehen, wobei eine somatische Kernursache (CRPS) durch (unbewusste) psychische und psychovegetative Faktoren verstärkt, ausgeweitet und chronifiziert werde.

Zusammenfassend habe eine Verbesserung der Schmerzproblematik erreicht werden können. Die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit hätten beim Training auf einem niedrigen Niveau nicht gesteigert werden können, das Training an Geräten habe abgebrochen werden müssen. Bezüglich der Beweglichkeit im Nacken und Schultergürtel habe insgesamt eine gewisse Verbesserung erreicht werden können. Während des Klinikaufenthalts sei eine psychotherapeutische Betreuung der Patientin erfolgt. Zur Funktionsfähigkeit und Behinderung wurde dargelegt, die Patientin sei durch die beinahe den ganzen Körper betreffenden Schmerzen zurzeit bereits in der Bewältigung des Alltags

stark eingeschränkt. An die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit sei in diesem Zusammenhang nicht zu denken. Die bisherige Tätigkeit als B.____-Mitarbeiterin dürfte längerfristig, möglicherweise dauernd, nicht mehr infrage kommen. Die Ausübung einer leichten, wechselbelastenden Arbeit müsste jedoch von den Diagnosen her grundsätzlich wieder möglich werden (Austrittsbericht vom 22. November 2011, IV-Nr. 191). 5.3 Dem Bericht des I.____ vom 29. Dezember 2011 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom, am ehesten im Rahmen einer Fibromyalgie (Central Pain Syndrom); Lumbales Syndrom, Hyperlordose, Facettenarthrosen L3 bis S1 (MRI LWS 2007), multisegmentale degenerative Veränderungen in der LWS, Schmorl'sche Knötchen in BWK 8, Facettengelenksarthrosen (MRI der gesamten Wirbelsäule vom 02.08.2011); Psychosoziale Belastungssituation (Kündigung); Morbus Dupuytren Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom, Operative Behandlung am 28.04.2011, Post operatives CRPS Typ I der linken Hand, Beuger-Tendinose Strahl III auf Höhe Grundgelenk Hand links; Polyarthrose, AC-Gelenksarthrosen, Gonarthrosen rechts mehr als links, Genua valga, Patellazentrierungs-Operation beidseits wahrscheinlich nach Emslie in der Jugendzeit; Spreizfüsse, Laxität Seitenbandapparat OSG rechts, 1959/69 Klumpfussoperation links, 1972 Fraktur im OSG-Bereich rechts, 1973 und 1975 Sehnenoperationen am OSG rechts, 1982 Bänderriss am OSG rechts, 11/2000 Distorsion OSG links, 03/2001 Sehnenoperation im Bereich OSG links; Chondrosen C5 bis 7; Schulterschmerzen beidseits, rechtsbetont, bei Tendinosis calcarea der Supraspinatussehne, 29.12.2004 Arthro-MRI Schulter rechts: Enthesiopathie Muskel supraspinatus mit lokalem Kalkdepot, Verdacht auf weitere Kalkdepots im Musculus subscapularis. Chronische Insertions-Enthesiopathie des Musculus infraspinatus. Leichtes subacromiales Impingement bei beginnender AC-Gelenksarthrose, 2005 Arthroskopie und Kalkentfernung Schulter rechts, 12.10.2011 Röntgen Schultergelenk beidseits: Rechts noch ganz kleine Restverkalkung am Ansatz der Supraspinatussehne. Links grössere Verkalkung subacromial». Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die 52-jährige Patientin mit seit Juni 2011 bestehenden Schmerzen fast am ganzen Körper sei zur Beurteilung und Behandlung zugewiesen worden. Die Patientin habe über bestehende Schmerzen vorwiegend im unteren LWS-Bereich, der Handgelenke beidseits und der Kniegelenke rechtsbetont berichtet. Die Schmerzen seien belastungsverstärkt aber auch in Ruhe und während des Schlafs vorhanden. Die angegebenen Schwellungen in den Finger- und Handgelenken hätten klinisch objektiviert werden können. Bei der klinischen Untersuchung habe sich ein Impingement bei pathologischem Hawkins-Test beidseits bei bekannten Verkalkungen subakromial gefunden. Die Beweglichkeit der BWS und LWS sei ebenfalls schmerzbedingt eingeschränkt. Zudem bestehe eine angedeutete Valgus-Fehlstellung der Kniegelenke. Es habe sich eine mässige Schwellung am rechten Kniegelenk gefunden, jedoch keine Überwärmung oder Rötung. Sonographisch habe ein mässiggradiger Erguss in beiden Kniegelenken vor allem aber rechts nachgewiesen werden können. Nach ausführlicher Aufklärung über mögliche Risiken und das Vorgehen sei das Kniegelenk rechts am 16. Dezember 2011 punktiert worden, wobei im Punktat eine normale Viskosität und eine normale Zellzahl nachweisbar gewesen seien, was zur Arthrose passe. Im Rahmen weiterer Abklärungen und mit der Frage nach einem entzündlichen Geschehen habe man die Patientin am 12. Dezember 2011 für eine Skelettszintigraphie angemeldet. Das Resultat habe eine bilaterale aktivierte rechtsbetonte Gonarthrose ergeben. Es bestünden zudem eine aktivierte AC-Gelenksarthrose links sowie degenerative Veränderungen im oberen und unteren Sprunggelenk rechts sowie im Bereich der Wirbelsäule (BWS und LWS). Zudem

bestehe eine mässiggradige aktivierte Arthrose beider Radiokarpalgelenke. Die Patientin leide einerseits an einer Polyarthrose (Schultergelenke, Handgelenke, Kniegelenke, Wirbelsäule) und andererseits an einer Schmerzchronifizierung und Schmerzcentralisierung im Rahmen der psychosozialen Belastungssituation. Die Patientin habe die Ziele, den ganzen normalen Alltag zu bewältigen, die Angst vor dem nächsten Tag und der nächsten Nacht zu verlieren, wieder eine Lebensqualität zu erlangen und mit Hoffnung in die Zukunft zu blicken und etwas planen zu können sowie wieder Freude am Leben zu haben. Die Patientin werde mit einer analgetischen Therapie mittels Paracetamol und einer zentralen schmerzmodulierenden Medikation behandelt. Die von der Patientin gewünschte stationäre muskulo-skelettale Rehabilitation in der D.____ in [...] sei bei den bisherigen erschöpften ambulanten physiotherapeutischen Massnahmen ohne therapeutischen Effekt sinnvoll, um der somatischen Komponente (Polyarthrose, Tendinosis calcarea) und den psychischen Faktoren gerecht zu werden (IV-Nr. 89).

5.4 Vom 23. Januar bis 2. März 2012 war die Beschwerdeführerin in der D.____, [...], hospitalisiert. Es wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion (F43.2); 2. Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom (R52.2); 3. Chronisches lumbovertebrales Syndrom (M47.86); 4. Morbus Dupuytren Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom (M72.0, G56.0); 5. Polyarthrose (M15.9); 6. Spreizfüsse, Laxität Seitenbandapparat OSG rechts; 7. Chondrosen C5-C7. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Patientin komme im Anschluss an eine wenig erfolgreiche Rehabilitationsmassnahme nach operativer Versorgung eines CTS und M. Dupuytren im April 2011 wegen chronischer Schmerzen und einer am ehesten reaktiven depressiven Symptomatik. Die Schmerzen seien zumeist arthrotisch bzw. degenerativ bedingt (langjährig bestehende Gonarthrose, lumbal betontes panvertebrales Syndrom). Zu einem langjährig bestehenden Schmerzsyndrom, welches zuletzt im Rahmen eines postoperativen Morbus Sudeck der linken Hand eskaliert sei, seien bereits in der Vergangenheit depressive Symptome parallel dazu aufgetreten. Im Laufe des letzten Jahres hätten sich diese zunehmend mit schweren Schlafstörungen (mitbedingt durch Schmerzen), Zukunftsängsten und Schwierigkeiten, den Alltag zu bewältigen, entwickelt. Auch der unverarbeitete, traumatische Verlust des Sohnes vor 10 Jahren habe zu einer erschwerten Krankheitsverarbeitung und Verschlechterung der psychischen Situation beigetragen. Es sei ein therapeutisches Gesamtkonzept mit Heileurythmie und Maltherapie etabliert worden und es sei eine medikamentöse Behandlung erfolgt. Unter diesen Massnahmen habe sich der seelische Zustand der Patientin stabilisiert. Die allgemeine Kräftesituation habe sich verbessert und das depressive Erleben habe sich deutlich aufgehellt. Bei Austritt hätten zwar nach wie vor Schmerzen bestanden, doch sei der Umgang damit deutlich besser möglich (Bericht vom 12. April 2012, IV-Nr. 190).

5.5 Dem Bericht der behandelnden Psychiaterin, Dr. med. R.____, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, zu Händen der IV-Stelle vom 10. August 2013 kann folgende Diagnose entnommen werden: «Mittelgradige depressive Episode F32.10, div. somatische Behandlungen Dr. S.____». Zur Arbeitsfähigkeit als Hauspflegerin wurde angegeben, es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 19. Juni 2013 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Es sei fraglich, ob der Patientin eine andere Tätigkeit zugemutet werden könne. Es bestünden wahrscheinlich hauptsächlich somatische (DD schmerzbedingte) Einschränkungen. Psychiatrisch gesehen seien keine dauerhaften Einschränkungen bezüglich des erlernten Berufs ersichtlich. Eine Belastungserprobung müsste an einem geschützten Arbeitsplatz evaluiert werden (IV-Nr. 137).

5.6 Dr. med. T.____, Fachärztin für Homöopathie,

diagnostizierte in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 14. September 2013 eine Polyarthrose, einen Morbus Sudeck sowie einen fraglichen erneuten Morbus Sudeck am rechten Fuss postoperativ. Als Hauspflegerin bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit seit dem 28. April 2011 bis auf weiteres. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da die Bewegungs- und Belastungsfähigkeit stark eingeschränkt seien; es bestünden ein chronischer Schmerzzustand sowie eine Polyarthrose. Auch eine andere Tätigkeit sei im Moment nicht zuzumuten (IV-Nr. 140).

5.7 Prof. Dr. med. S.____, Innere Medizin FMH (Gruppenpraxis [...]), stellte in seinem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 15. Oktober 2013 die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) eines «Central pain syndrome (generalisiertes, chronisches Schmerzsyndrom)». Im Weiteren führte er aus, die Patientin brauche sicher eine multimodale, interdisziplinäre Beurteilung hinsichtlich ihrer Arbeits- bzw. Erwerbsunfähigkeit. Zweifelsohne leide sie unter einem central pain syndrome im Sinne eines Schmerzausweitungs-Syndroms mit multiplen Symptomen aus dem weichteilrheumatischen Formenkreis. Zudem leide sie auch an multiplen Arthrosen der grossen und kleinen Gelenke, welche zum Teil schon operativ ersetzt bzw. versteift worden seien (IV-Nr. 143 S. 1 ff.).

5.8 5.8.1 Dem im Rahmen einer bi- bzw. interdisziplinären (rheumatologischen und psychiatrischen) Begutachtung erstellten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. G.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, vom 18. Juli 2014 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin von ihm am 28. April 2014 untersucht wurde. Es wurden folgende Diagnosen (interdisziplinär) mit langdauernder Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: 1. Hypermobilitätssyndrom; 2. Kniebeschwerden; 3. Fussbeschwerden; 4. Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolaren Depression, gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung, gemäss psychosomatisch-psychiatrischer Begutachtung von Dr. med. H.____. Die weiteren gestellten Diagnosen (chronisches generalisiertes Schmerzsyndrom, Panvertebralsyndrom mit spondylogener Ausstrahlung, Periarthropathia humeroscapularis beidseits, Übergewicht mit Body Mass Index von 29,5 kg/m², anamnestisch Reizmagen-Syndrom) haben nach den gutachterlichen Angaben keine langdauernde Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beurteilung lautete im Wesentlichen dahingehend, aufgrund der Ergebnisse der aktuellen Begutachtung könne neu die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms gestellt werden. Darauf sei bis anhin nicht hingewiesen worden. Wahrscheinlich seien im Jahr 1967, wegen der rezidivierenden Patellarluxationen beidseits, Operationen nach Emsli beidseits durchgeführt worden. Aufgrund der Ergebnisse der epidemiologischen Datenlage sei bekannt, dass diese Operationstechnik zur Entwicklung einer medialen Gonarthrose neige, nachdem bereits aufgrund der Kollagenopathie das Risiko für die Entwicklung einer Gonarthrose erhöht sei. Die im Bereich der Füsse durchgeführten Operationen seien auch Folge des hypermobilen Gelenkscharakters. Ein Hypermobilitätssyndrom gehe, weil es mit somatisch abstützbaren Beschwerden begründet sei, mit eindeutig schmerzverstärkenden bzw. schmerzlindernden Mechanismen einher. Im Weiteren hielt der Rheumatologe fest, an den oberen Extremitäten könne, abgesehen vom hypermobilen Gelenkscharakter, jeweils ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, aktuell kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. In der vorliegenden Dokumentation werde auf eine Periarthropathia humeroscapularis beidseits mit Verkalkungen im Bereich der Rotatorenmanschette hingewiesen. Anlässlich der aktuellen Begutachtung könne klinisch kein Hinweis auf eine subacromiale Sehneneinklemmungsproblematik oder auf eine Läsion der

Rotatorenmanschette objektiviert werden. Im Bereich der Ellbogen könne, abgesehen vom hypermobilen Gelenkscharakter, ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, kein klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. Im Bereich der Hände imponierten der hypermobile Gelenkscharakter, jeweils ohne die Kriterien für eine Gelenksinstabilität zu erfüllen, leichtgradige Dupuytren-Kontrakturen des IV. Strahles beidseits, jeweils ohne ein Streckdefizit im MCP-Gelenk, und ein Palmarerythem beidseits. In der vorliegenden Dokumentation werde auf eine am 28. April 2011 erfolgte operative Behandlung einer Dupuytrenkontraktur links und eines Karpaltunnel-Syndroms links hingewiesen. Nachdem unterdessen kein Streckdefizit im Ringfinger links mehr objektivierbar sei und nachdem anamnestisch und klinisch keine Hinweise mehr auf ein Karpaltunnel-Syndrom bestünden, sei diesbezüglich postoperativ jeweils von einem erfreulichen Verlauf auszugehen. Ein relevantes Ausmass einer Algodystrophie bzw. eines CRPS könne nicht aufgetreten sein. Insofern relativiere sich die im Arztbericht der Hausärztin vom 14. September 2013 erwähnte Diagnose eines Morbus Sudeck. Es sei zur Kenntnis zu nehmen, dass die Explorandin seit dieser Operation im Bereich der linken Hand keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt habe. Dies sei «isoliert betrachtet» irritierend, nachdem die Explorandin bis zu dieser Handoperation links in der B.____ in [...] gearbeitet habe. Diejenigen Beschwerden, die sich nach den Angaben der Explorandin nach dieser Handoperation links entwickelt hätten, korrelierten weder bezüglich der linken Hand noch bezüglich der generalisierten Schmerzen mit einem objektivierbaren klinisch-pathologischen oder radiologisch-pathologischen Befund. Eine Beugertendinose des Mittelfingers links könne nicht mehr bestätigt werden. Im Bereich der Wirbelsäule schildere die Explorandin die Bewegungen aller axialen Bewegungssegmente, betont lumbal, in allen Ebenen als ca. gleich schmerzhaft, unabhängig davon, ob die Untersuchung in aufrechter, stehender oder sitzender Körperhaltung, in der die axialen Bewegungssegmente durch das Körpergewicht belastet werden, oder in möglichst entspannter, liegender Körperhaltung erfolge, in der die Bewegungssegmente entlastet seien. Dies weise auf vordergründig nicht-somatisch abstützbare Beschwerden hin. Insofern relativiere sich die Bedeutung von allenfalls objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. Anamnestisch und klinisch bestünden keine Hinweise auf ein radikuläres Reiz- oder Ausfallsyndrom, einen symptomatisch engen Spinalkanal, einen Nervendehnungsschmerz oder auf eine Irritation/Kompression des Gefäss-Nervenbündels, z.B. im Sinne einer Thoracic Outlet-Komponente. Die aktualisierten Röntgenaufnahmen der ganzen Wirbelsäule dokumentierten cervical leichtgradige und als altersentsprechend einzustufende Osteochondrosen von HWK5 bis 7, die nicht mit einer klinisch objektivierbaren Bewegungseinschränkung einhergingen, und thorakal keine Arthrose, wie eine Chondrose oder Osteochondrose. Lumbal komme, konventionell-radiologisch beurteilt, eine leichtgradige und als altersentsprechend einzustufende Chondrose im lumbosakralen Bewegungssegment zur Darstellung. An den unteren Extremitäten seien die aktive und die passive Beweglichkeit der Hüftgelenke beidseits frei. An den Kniegelenken könne rechtsseitig der Status nach einer Implantation einer Totalprothese mit einem zu erwartenden Bewegungsausmass objektiviert werden. Die im Juni 2012 durchgeführte Implantation einer Totalprothese im rechten Kniegelenk begründe eine vorübergehende vollständige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die von der Explorandin zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit im Pflegebereich. Mit den Befunden im Bereich der Kniegelenke könne jedoch für die berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin zu keinem Zeitpunkt eine anhaltende vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet werden. Mit den

Befunden im Bereich der Kniegelenke könne zudem nicht begründet werden, dass die Explorandin einen Rollstuhl einsetze. Im Bereich der Füße könne, klinisch beurteilt, linksseitig ein diskretes Residuum eines Klumpfusses objektiviert werden. Das diskrete Ausmass dieses Klumpfusses links, resultierend nach den 1959 und 1960 durchgeführten Operationen, sei daran ersichtlich, dass die Explorandin später sportlich aktiv geworden sei und auch das Kunstturnen habe ausüben können. Aufgrund von mehreren Distorsionen der Sprunggelenke beidseits, die sich wahrscheinlich im Rahmen des Hypermobilitätssyndroms ereignet haben dürften, und aufgrund einer Fraktur im Bereich des oberen Sprunggelenks rechts, welche die Explorandin im Jahr 1972 erlitten habe, resultierten unterdessen weitere klinisch-pathologische Befunde im Bereich der Füße. Das mögliche Bewegungsausmass sei, isoliert betrachtet, nicht geeignet, um ein Hinken zu begründen, nachdem die objektivierbaren Bewegungen im oberen Sprunggelenk als noch normal eingestuft werden könnten. Eine hinkende Gangkomponente rechts könne resultieren aufgrund der klinisch objektivierbaren Bewegungseinschränkung im unteren Sprunggelenk von 2/3, aufgrund der konventionell-radiologisch dokumentierten beginnenden Arthrose im oberen Sprunggelenk rechts sowie aufgrund der Operationen im Bereich des rechten talonavicular Gelenkes, zunächst am 22. Mai 2013 und wegen des postoperativ unbefriedigenden Verlaufs mit der Entwicklung einer Osteolyse erneut am 30. Oktober 2013 und am 12. Februar 2014. Nach der zuletzt am 12. Februar 2014 durchgeführten Rearthrodese talonavicular und der erneuten Spongiosaplastik dürfe die Explorandin unterdessen mit 25 kg teilbelasten. Es werde zur Kenntnis genommen, dass die Explorandin gemäss ihren Angaben zu Hause einen mechanischen Rollstuhl und ausserhalb ihrer Wohnung einen elektrischen Rollstuhl einsetze. Aufgrund der Ergebnisse dieser aktuellen Begutachtung und auch unter Berücksichtigung der von der Explorandin demonstrierten schmerzvermittelnden Mimik und Gestik bestehe die Gefahr eines sekundären Krankheitsgewinnes. Mit der zu erwartenden Belastungssteigerung des rechten Fusses sollte baldmöglichst wieder auf den Einsatz des Rollstuhles verzichtet werden. Auch gewichtsreduzierende Massnahmen seien indiziert. Die im Bereich der unteren Extremitäten geschilderten Beschwerden korrelierten seit knapp 10 Jahren nicht bzw. kaum mehr mit den objektivierbaren somatisch-pathologischen Befunden. Mit den Befunden im Bereich der Füße könnten aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt relevante Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Krankenpflegerin begründet werden, auch wenn die Explorandin diesbezüglich keine korrelierenden bzw. typischen Beschwerden beschreibe. Allgemeininternistisch könne, abgesehen vom Übergewicht, kein relevanter klinisch-pathologischer Befund objektiviert werden. Zur Arbeitsfähigkeit hielt der rheumatologische Gutachter fest, diese sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, seit der im April 2011 durchgeführten Operation an der linken Hand wiederholt vollständig eingeschränkt gewesen und für die berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin bestehe eine anhaltende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von gut 70 %. Je nach Beschwerdeverlauf im Bereich des rechten Fusses könnte auch eine höhergradigere Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, zum Beispiel von 80 % oder mehr Prozenten, resultieren. Insofern werde die erlernte berufliche Tätigkeit als Krankenpflegerin für die Explorandin zukünftig als wenig geeignet erachtet. Für Haushaltarbeiten mit einem leicht- bis mittelgradig körperlich belastenden Arbeitsprofil sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht, nicht mit einer anhaltenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit zu rechnen. Für eine angepasste Verweistätigkeit seien derzeit, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, zeitliche limitierte vollständige

Arbeitsunfähigkeiten im Zeitraum vom 28. April bis Ende August 2011 und seit Mai 2013 bis zur aktuellen Begutachtung gegeben. Ab dem Zeitpunkt dieser aktuellen Begutachtung könne für eine angepasste Verweistätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von 50 % begründet werden. In den nächsten Monaten sei mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit zu rechnen, zum Beispiel bis zum Sommer 2014 auf ein Ausmass von 80 %. Dieses bereits derzeit zumutbare Ausmass der Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Verweistätigkeit könne sowohl am Stück als auch, mit vermindertem Tempo, über den Tag verteilt geleistet werden. Die angepasste Verweistätigkeit für diese Explorandin liege in einem temperierten (Raumluft) Raum, beschränke sich auf leichtgradig körperlich belastende Arbeiten und lasse die Möglichkeit, zwischen sitzender, stehender und gehender Körperhaltung zu wechseln, zu. Das Einhalten der Rückenergonomie sei wünschenswert. Die repetitiv zurückzulegende Gehdistanz sollte nicht mehr als 300 m betragen. Das Stehen am Ort sollte vermieden werden. Das repetitive Gehen auf unebenem Untergrund und das repetitive Besteigen von Leitern sei nicht mehr zumutbar. Vermieden werden sollten berufliche Tätigkeiten, bei denen die Arme repetitiv oberhalb der Kopfhöhe einzusetzen seien, sofern man die Ellbogen nicht abstützen könne. Die Prognose sei, aus rein somatisch-rheumatologischer Sicht beurteilt, gut (IV-Nr. 179.1).

5.8.2 Dem im Rahmen der bi- bzw. interdisziplinären Begutachtung erstellten psychiatrischen Gutachten von Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 18. Juli 2014 (Untersuchung vom 15. Juli 2014) kann folgende psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), bestehend seit 4/2011». Im Rahmen der Beurteilung und Prognose wurde im Wesentlichen dargelegt, im Jahr 2011 seien operative Behandlungen eines Morbus Dupuytren und eines Karpaltunnelsyndroms links erfolgt. Seither habe die Explorandin persistierende Schmerzen am ganzen Körper entwickelt. Seitdem leide sie unter depressiven Symptomen und befinde sich seit eineinhalb Jahren bei Dr. med. R.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung. Zum Untersuchungszeitpunkt lasse sich ein depressives Zustandsbild feststellen. Hauptsymptome seien eine deprimierte Stimmung, leichte Konzentrations- und Gedächtnisdefizite, eine innere Unruhe, ein stark eingengtes und leicht verlangsamtes formales Denken, eine Ratlosigkeit, eine etwas eingeschränkte affektive Schwingungsfähigkeit, eine sexuelle Gleichgültigkeit, Gefühle von Hoffnungslosigkeit und eine Reduktion des Antriebs. Da die depressiven Symptome seit dem Jahr 2011 kontinuierlich bestünden, ohne dass es zu einer klaren Remission gekommen wäre, sei bei der Explorandin zusammenfassend diagnostisch von einer rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung (ICD-10 F33.9), bestehend seit April 2011, auszugehen. Die Testergebnisse im BDI, ADS-L und im PHQ-9 wiesen ebenfalls auf das Vorhandensein einer ausgeprägten depressiven Symptomatik hin. Das Ergebnis im MADRS weise auf eine mässige depressive Symptomatik hin. Für eine Anpassungsstörung sei das Zeitkriterium gemäss ICD-10 selbst bei einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion (maximale Dauer zwei Jahre) längst überschritten. Auch aufgrund des Beschwerdebilds könne die Diagnose einer Anpassungsstörung nicht verifiziert werden. Der Unfalltod des Sohnes stelle sicherlich ein sehr gravierendes und belastendes Lebensereignis dar. Interessanterweise habe die Explorandin die subjektive Einschätzung angegeben, zunächst im Verlauf der Jahre dieses Ereignis besser verarbeitet zu haben. Die

depressive Symptomatik ab dem Jahr 2011 habe aber dazu geführt, dass die Coping-Mechanismen der Explorandin, mit denen sie mit diesem Ereignis umzugehen gelernt habe, sich abgeschwächt hätten. Die Explorandin beschäftige sich seither wieder vermehrt mit diesem Ereignis und sei emotional dadurch weitaus stärker belastet als vorher. Es sei festzustellen, dass sich die von der Explorandin aktuell beschriebenen Schmerzen in diversen Körperbereichen aus somatischer Sicht nicht ausreichend erklären liessen. Dies könne dem Gutachten von Dr. med. G. ___ entnommen werden. Es sei davon auszugehen, dass durch die depressive Symptomatik der Explorandin deren subjektive Schmerzwahrnehmung dysfunktional verstärkt sei. Klare Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung, für eine Symptomausweitung oder für eine Simulation könne man nicht sehen. Die Explorandin weise eine gewisse akzentuierte, ängstlich getönte Schonhaltung auf, die zur Bewegungsvermeidung und schliesslich sogar zur Fixierung der betreffenden Bewegungseinschränkung führe. Diese Kinesiophobie habe zur Folge, dass die Explorandin mögliche Schmerzempfindungen in phobisch-übersteigerter Weise vorwegnehme und in der Folge Bewegungen im Sinne einer fokussierten Selbstlimitierung schon in einer frühen Phase der Ausführung abbreche. Bei der Explorandin bestehe klinisch und anamnestisch aktuell kein Anhaltspunkt für eine Angststörung, Persönlichkeitsstörung, Anpassungsstörung, Suchterkrankung, eine Erkrankung aus dem schizophrene Formenkreis oder für eine Zwangsstörung. Zum aktuellen Zeitpunkt stehe die adäquate Behandlung der rezidivierenden depressiven Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, im Vordergrund. Es werde die Weiterführung der ambulanten psychiatrischen Behandlung mit psychopharmakologischen und psychotherapeutisch ausgerichteten Therapiestrategien sowie die Wiederaufnahme einer Arbeitstätigkeit als therapeutische Massnahme empfohlen. Das Prinzip der Ablenkung stelle eine der wichtigsten Strategien im Umgang mit chronischen Schmerzen dar. Bei der Durchführung der für die Explorandin zumutbaren therapeutischen Massnahmen könne mit einer mittleren Wahrscheinlichkeit mit einer Steigerung der Arbeitsfähigkeit der Explorandin gerechnet werden. Insgesamt bestehe aus rein psychiatrischer Sicht durch die rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet, im Sinne einer atypischen monopolen Depression, gegenwärtig mittelgradige Ausprägung, eine mittelgradige Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Der Explorandin sei aus rein psychiatrischer Sicht ein volles zeitliches Arbeitspensum bei einer gleichzeitig um 40 % verminderten Leistungsfähigkeit zuzumuten (IV-Nr. 177.1). 5.8.3 Die interdisziplinäre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, in der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit als Krankenpflegerin könne ab April 2011 eine nahezu vollständige (mehr als 80 %) Einschränkung der Arbeitsfähigkeit formuliert werden. Für eine angepasste Verweistätigkeit könne von April bis August 2011 und von Mai 2013 bis zum Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 80 % formuliert werden. Von September 2011 bis Ende April 2013 sei vollumfänglich auf die Einschätzung aus psychiatrisch-psychosomatischer Sicht abzustellen. Ab dem Zeitpunkt der aktuellen Begutachtung könne aus interdisziplinärer Sicht eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von (mindestens) 50 % formuliert werden. Es werde dabei berücksichtigt, dass sich die somatischen und die psychiatrisch-psychosomatischen Anteile an der Arbeitsfähigkeit überdeckten (IV-Nr. 177.1 S. 25 und 179.1 S. 22). 5.9 Vom 12. Juni bis 5. Juli 2014 war die Beschwerdeführerin im I. ___, Rehabilitations- und Rheumazentrum, hospitalisiert. Die Diagnosen lauteten auf Polyarthrose, chronisches Lumbovertebralsyndrom, Fibromyalgie, Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion,

Morbus Dupuytren-Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom sowie rezidivierende Clostridium difficile-Colitis seit Dezember 2013 nach antibiotischer Therapie (11/13). Die Fahrtauglichkeit der Patientin sei nicht gegeben. Unter dem Titel «Beurteilung, Therapie und Verlauf» wurde im Wesentlichen angegeben, die Zuweisung sei zur körperlichen Rekonditionierung nach mehrmonatiger annähernder Immobilität erfolgt, nachdem die Patientin aufgrund eines generalisierten Schmerzsyndroms und Restbeschwerden nach einer Talonavicular-Arthrodeese rechts im Februar 2014 vorübergehend einen Elektrorollstuhl benutzt habe. Bei Eintritt auf die Rehabilitationsstation sei die Patientin in ihrer Mobilität noch deutlich eingeschränkt gewesen, vor allem aufgrund belastungsabhängiger bilateraler Knie- und Kreuzbeschwerden. Eine postoperativ angestrebte Teilbelastung des rechten Fusses von max. 40 kg habe die Patientin nicht einhalten können. In der klinischen Eintrittsuntersuchung sei sie zur selbstständigen Bewältigung kurzer Distanzen an zwei Gehstöcken im Stande gewesen. Nicht durchführbar seien der Zehen- und Fersengang sowie auch der Kauertest gewesen. Im Rahmen des stationären Rehabilitationsaufenthaltes habe sich die Patientin hochmotiviert und kooperationsbereit gezeigt. Unter intensiver physio- und ergotherapeutischer Unterstützung habe sie insbesondere in den Bereichen der Ausdauer und Kraft Fortschritte erzielen und Strategien im Umgang mit den Beschwerden umsetzen können. Aus Sicht der Ergotherapie habe eine generelle Verbesserung der psychischen Ressourcen und der körperlichen Leistungsfähigkeit beobachtet werden können. Insbesondere seien das Erarbeiten von Strategien für einfache alltägliche Haushaltsaufgaben und die Erarbeitung eines Eigentrainingsprogrammes für Zuhause erfolgt. Nach Durchführung eines intensiven Physiotherapieprogrammes hätten sich zudem eine deutlich verbesserte Gehausdauer und deutlich weniger Belastungsschmerzen gezeigt. Nach einem Probeurlaub im häuslichen Umfeld habe man die Patientin am 5. Juli 2014 in deutlich besserem Allgemeinzustand entlassen können. Das initial formulierte Rehabilitationsziel «Austritt nach Hause mit externer Mobilität 1 km und einige anstehende Haushaltsaktivitäten selbstständig durchführen» habe vollumfänglich erreicht werden können (Bericht vom 30. Juli 2014, IV-Nr. 183; vgl. auch IV-Nr. 174).

5.10 Aus dem Bericht der U.____, [...] (Dr. med. V.____, Facharzt FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates), vom 24. Oktober 2014 geht folgende Diagnose hervor: Persistierende Pseudoarthrose nach Talonaviculararthrodeese rechts vom 22. Mai 2013 (Metallentfernung am 30.10.2013, Rearthrodeese vom 12.02.2014). Zum Prozedere wurde dargelegt, es bestehe eine gemeinsame Indikationsstellung zur erneuten Rearthrodeese talonavicular rechts. Damit sei die Patientin einverstanden (IV-Nr. 195). Gemäss Patientenakte wurde die vierte Operation am rechten Fuss am 11. Dezember 2014 durchgeführt (Rearthrodeese talonavicular rechts, Spongiosaentnahme aus dem rechten vorderen Beckenkamm, Metallentfernung; vgl. auch Operationsbericht, IV-Nr. 198 S. 5 f.). Laut Eintrag vom 23. Januar 2015 bestand sechs Wochen nach dem Eingriff ein sehr erfreulicher Verlauf. Die Patientin sei beschwerdearm. Sie werde nun zum Aufbau der Vollbelastung übergehen und sich in ca. vier Wochen für eine erneute radiologische und klinische Verlaufskontrolle vorstellen (IV-Nr. 203 S. 6 f.).

5.11 Vom 3. bis 10. März 2015 war die Beschwerdeführerin erneut im I.____ hospitalisiert, wobei folgende Hauptdiagnosen gestellt wurden: 1. Sinusvenenthrombose unklarer Ätiologie; 2. Oligosymptomatische Mikrohämaturie; 3. Chronisches Lumbovertebralsyndrom; 4. Polyarthrose; 5. Fibromyalgie mit Hypermotilitätssyndrom; 6. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion. Als Nebendiagnosen wurden (7.) ein Morbus Dupuytren Strahl IV links und Karpaltunnelsyndrom sowie (8.) eine rezidivierende Clostridium difficile-Colitis seit

Dezember 2013 nach antibiotischer Therapie im November 2013 aufgeführt. Im Weiteren wurde eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 3. März bis 12. April 2015 attestiert. Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin sei am 3. März 2015 auf der Notfallstation bei Schwindel, Übelkeit und Nystagmus beurteilt worden. Sie habe über Kopfschmerzen seit ein bis zwei Wochen berichtet, initial linksseitig, im Verlauf beidseitig ohne neurologische Komponente. Es bestehe beim Drehen im Bett ein perakuter Drehschwindel mit Nausea. Nach dem HNO-Konsil sei die stationäre Aufnahme auf der HNO-Station bei Verdacht auf eine Neuronitis Vestibularis erfolgt. Im weiteren Verlauf sei die Patientin bei rezidivierendem Erbrechen MR-tomographisch abgeklärt worden. Die bildgebende Untersuchung habe den Nachweis einer Sinusvenenthrombose erbracht. Es sei die Übernahme auf die neurologische Schwerpunktstation zur Antikoagulation und Überwachung erfolgt. Die Beurteilung lautete dahingehend, gegenüber dem 3. März 2015 sei keine signifikante Befundänderung festzustellen. Es bestehe weiterhin eine Thrombosierung des Sinus transversus und sigmoideus bis auf Höhe des Foramen jugulare links. Es sei keine venöse Infarzierung ersichtlich. Es bestehe sodann keine im Verlauf aufgetretene Thrombosierung der übrigen grossen venösen Blutleiter. Es bestehe eine Regredienz der seinerzeitigen Flüssigkeitsansammlung. Ansonsten sei ein unverändertes MRI des Gehirnschädels festzustellen (Bericht vom 9. März 2015; IV-Nr. 204 S. 2 ff.).

5.12 Dem Bericht des K.____, Klinik für Rheumatologie, [...], vom 22. Mai 2015 können folgende Diagnosen entnommen werden: 1. Generalisiertes chronisches Schmerzsyndrom; 2. Verdacht auf Karpaltunnelsyndrom bds.; 3. Morbus Dupuytren Strahl IV bds.; 4. Polyarthrose, 5. Anpassungsstörung mit depressiver Reaktion; 6. St.n.

Sinusvenenthrombose unklarer Ätiologie 03/2015. Zum aktuellen Leiden wurde dargelegt, die Patientin beklage Gelenkschmerzen und Nervenschmerzen in den Händen beidseits. Es bestünden nächtliche Parästhesien rechtsbetont im Versorgungsbereich des Medianus. Nach der Karpaltunnel-Operation im Jahr 2011 hätten sich die Schmerzen initial zwar gebessert, diese nähmen jedoch zu. Es bestünden morgendliche Schwellungen aller Finger und Schmerzen aller Fingergelenke. Die Morgensteifigkeit dauere ca. eine Stunde. Im Rahmen der Beurteilung wurde angegeben, die Diagnose-Kriterien einer Fibromyalgie seien erfüllt. Ausgehend von generalisierten degenerativen Veränderungen sei es zu einer Schmerzausweitung gekommen. Es sei aus rein rheumatologischer Sicht nicht klar, ob primär eine Fibromyalgie für die Schmerzen verantwortlich gemacht werden müsse oder eine Ausweitung im Sinne einer Schmerzstörung vorliege. Ein Labor zur Suche von sekundären Ursachen sei nicht wegweisend gewesen. Die von der Patientin geschilderten Parästhesien seien passend zu einem anhaltenden Karpaltunnelsyndrom. Sonographisch sei der rechte Medianus zwar nicht vergrössert dargestellt, die Klinik aber sei hierzu passend. Die von der Patientin beobachteten Schwellungen der Finger seien durch eine Arthrose erklärt. Sonographisch wie radiologisch finde sich das Bild einer STT und Rhizarthrose. Da eine STT Arthrose gehäuft bei einer CPPD Kristallarthritis zu finden sei, müsse differenzialdiagnostisch hieran gedacht werden. Hinweise für eine aktive Arthritis oder eine Chondocalcinose habe sich jedoch sonographisch nicht gefunden (IV-Nr. 207 S. 2 ff.).

5.13 Im Bericht des I.____ (Dr. med. W.____, Oberarzt Neurologie) vom 12. Oktober 2015 wurden die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Sinusvenenthrombose, Konzentrationsstörungen, Schwindel und Kopfschmerzen angegeben. Es bestehe eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit von 100 % von März 2015 bis Februar 2016. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig. Die Patientin sei bei Sinusvenenthrombose im März 2015 nach wie vor deutlich verlangsamt; es bestünden

Schwindel und Konzentrationsstörungen (IV-Nr. 214). Im Bericht vom 9. Oktober 2015 (neurologischer Sprechstundenbericht vom 29. September 2015) gab Dr. med. W.____ an, bei bekannter Sinusvenenthrombose mit Beteiligung des Sinus transversus und Sinus sigmoideus links zeige sich ein positiver Verlauf: die Beschwerden seien seit März 2015 etwas rückläufig. Die Fortsetzung der oralen Antikoagulation mit Marcoumar wurde empfohlen (IV-Nr. 216 S. 10 f.). 5.14 Gemäss dem Bericht de K.____ vom 7. November 2015 besteht eine medizinisch begründete Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als ehemalige Pflegerin bzw. B.____-Mitarbeiterin von dauerhaft mindestens 50 %. Die Patientin sei in der Feinmotorik und in der Beweglichkeit aufgrund der degenerativen Abnutzung eingeschränkt; es bestehe eine reduzierte körperliche Leistungsfähigkeit bei chronischen Schmerzen. Die bisherige Tätigkeit sei allenfalls partiell zumutbar; dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Leichte körperliche Tätigkeiten mit mehrheitlich sitzenden Anteilen seien langfristig für ca. fünf bis sieben Stunden pro Tag zumutbar; zu Beginn sei jedoch eine Eingliederungsphase nötig aufgrund der langen Abwesenheit vom Arbeitsprozess. Aufgrund der chronischen Schmerzen bestehe ein vermehrter Pausenbedarf (IV-Nr. 215). 5.15 Der Hausarzt Dr. med. X.____, Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Bericht vom 24. November 2015 fest, die Patientin habe am 3. März 2015 eine Sinusvenenthrombose erlitten. Seither stehe sie unter Blutverdünnung mit Marcoumar. Sie werde regelmässig auf der neurologischen Abteilung des I.____ nachkontrolliert. Aktuell sei die Situation stabil. Die Entwicklung bezüglich des rechten Fusses (letzte Operation im Dezember 2014) sei jedoch erfreulich und die Beschwerden diesbezüglich seien eindeutig zurückgegangen. Als Folge der Sinusvenenthrombose leide die Patientin nun unter Gleichgewichtsstörungen und chronischem Schwindel. Das generalisierte chronische Schmerzsyndrom bestehe weiterhin, diesbezüglich sei eine stationäre Behandlung geplant. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar, da die Patientin unter chronischen Schmerzen und schneller Erschöpfbarkeit leide. Eine andere Tätigkeit sei jedoch für vier Stunden pro Tag zuzumuten, wobei eine um 50 % verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Eine selbstständige Einteilung der Arbeitsbelastung durch die Patientin müsste möglich sein (IV-Nr. 216 S. 5 ff.). 5.16 Vom 30. November bis 15. Dezember 2015 hielt sich die Beschwerdeführerin stationär im K.____, Klinik für Rheumatologie, auf. Aus dem Bericht vom 7. Januar 2016 geht hervor, die Zuweisung sei bei Versagen der ambulanten Therapiemassnahmen erfolgt. Die Patientin leide unter einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren. Zusätzlich stehe ein chronisches Lumbovertebralsyndrom mit aktuell facettärer Überlastung im Vordergrund. Erschwerend seien noch eine Polyarthrose mit Gonarthrose, Arthrosen im Bereich der Hände und des rechten Fussgewölbes aufgetreten. Ferner bestehe ein Hinweis für eine Hypermobilität. Unmittelbar nach der stationären Aufnahme sei die Patientin in eine konservative multimodale Schmerztherapie integriert worden. Es seien eine interdisziplinäre Diagnostik mit mindestens einmal wöchentlicher Teambesprechung erfolgt. Neben der täglichen Visite mit Teambesprechung seien therapeutisch täglich Therapieverfahren wie Schmerztherapie, aktive Physiotherapie, medizinische Trainingstherapie, Psychotherapie und Entspannungsverfahren durchgeführt worden. Zusätzlich sei wöchentlich ein mindestens 30-minütiges ärztliches und psychotherapeutisches Einzelgespräch abgehalten worden. Am 1. und 8. Dezember 2015 seien eine psychiatrische Beurteilung und ein psychotherapeutisches Gespräch erfolgt. Daraufhin habe von Mirtazapin auf ein Amitriptylin (Saroten) gewechselt werden können. Die Patientin habe es in der Folge gut vertragen. Eine Facettengelenksinfiltration LWK 4/5

am 8. Dezember 2015 habe ein gutes Ansprechen ergeben. Das Schmerzniveau habe gesenkt werden können. Kurz vor Austritt seien wiederum stärkere Schmerzen zu verzeichnen gewesen. Man habe deswegen wieder mit Novalgin begonnen, bei diskreter Leukopenie werde um eine kritische Evaluation ambulant gebeten. Die Patientin verfüge über regelmässige Psychotherapietermine (IV-Nr. 217 S. 2 ff.). 5.17 Aus dem Bericht des I.____ (Dr. med. Y.____, Leitender Arzt) vom 19. August 2016 geht im Wesentlichen hervor, die Patientin beschreibe klar einen Dauerschmerz in allen vier Körperquadranten. Bei Erfüllung der neuen Klassifikationskriterien einer Fibromyalgie sei an der Diagnose einer Fibromyalgie nicht zu zweifeln. Es bestünden auch klassische funktionelle Begleitbeschwerden wie diffuse Muskelschmerzen, Gedächtnisprobleme, Abgeschlagenheit, trockene Augen und Mund sowie eine ausgeprägte Nervosität. Die Patientin habe sich zur Aufnahme in die interne Fibromyalgiegruppe entschliessen können mit dem Ziel, das Wissen zu erweitern sowie das Erlernen von Selbstmanagementstrategien im Umgang mit den Beschwerden. Zusätzlich seien auch Kraft und Ausdauer nachhaltig aufzubauen. Sodann bestehe der Austausch unter den Betroffenen. Die kribbelnden Parästhesien, hauptsächlich nachts auftretend, seien aufgrund des sonomorphologischen Befundes bei deutlicher Nervus medianus-Verdickung beidseits klar im Rahmen eines symptomatischen Karpaltunnelsyndroms zu sehen (IV-Nr. 242). 5.18 Dem interdisziplinären Gutachten des L.____ vom 16. Februar 2017 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort am 24., 25. und 31. August sowie 9. September 2016 allgemein-internistisch (Dr. med. Z.____, Facharzt für Innere Medizin FMH), rheumatologisch (Dr. med. AA.____, Facharzt für Rheumatologie FMH), neurologisch (Dr. med. AB.____, Facharzt für Neurologie FMH), neuropsychologisch (Dr. phil. AC.____, Neuropsychologin mit PVK-Zulassung) und psychiatrisch (med. pract. AD.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH) begutachtet wurde. Die Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit lauteten wie folgt: «1. Trikompartimentale Gonarthrose mit Valgusfehlstellung beidseits mit/bei: Status nach wiederholten Knieoperationen beidseits bei habitueller Patellaluxation, Status nach Implantation einer Knie-TEP rechts am 15.06.2012, Gonarthrose links, medial und lateral ausgeprägt; 2. Status nach viermaliger Arthrodeese einer Talonaviculararthrose rechts vom Mai 2013 bis Dezember 2014; 3. Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts bei Status nach Arthroskopie mit Kalkentfernung im Bereich der rechten Schulter 2005». Die weiteren gestellten Diagnosen (4. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit/bei: lumbosacraler Einengung; 5. Dupuytren'sche Kontraktur des IV. Strahls der rechten Hand; 6. CTS-Symptomatik beidseits [anamnestisch]; 7. Status nach CTS-Operation links sowie operativer Sanierung [Synovektomie] einer Dupuytren'sche Kontraktur Strahl IV links am 28.04.2011 mit postoperativem Morbus Sudeck (CRPS), abgeheilt; 8. Status nach Klumpfuß-Operation links im Kleinstkindesalter; 9. Metabolisches Syndrom mit/bei: Adipositas Grad I nach WHO [BMI 30.5 kg/m²], arterieller Hypertonie, gemischter Hyperlipidämie; 10. Status nach Sinusvenenthrombose mit Beteiligung des Sinus transversus nach Sinus sigmoideus links im März 2015, keine Hinweise für Thrombophilie, unter oraler Antikoagulation leichte Besserung des thrombotischen Füllungsdefektes im Sinus transversus und Sinus sigmoideus; 11. Rezidivierende Clostridium-difficile-Infektionen mit/bei: Status nach drei Episoden seit Dezember 2013, unauffälliger Kolonoskopie am 09.05.2014; 12. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10: F45.41]; 13. Sonstige depressive Episoden [ICD-10: F32.8]; 14. Probleme mit Bezug auf die Lebensführung [ICD-10: Z72], vermehrter Konsum von Alkohol; 15. Kontaktanlässe mit Bezug auf das

Berufsleben [ICD-10: Z56], Status nach Kündigung; 16. Kontakttanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld und die wirtschaftliche Lage [ICD-10: Z59], Abhängigkeit vom Sozialamt mit Druck, eine eigene Wohnung zu nehmen; 17. Andere Kontakttanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis [ICD-10: Z63], plötzlicher Tod des Sohnes 2001, Tod des Bruders 2010, Familienzerrüttung durch Trennung und Scheidung 1996) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der versicherungsmedizinischen Beurteilung legten die Gutachter im Wesentlichen dar, die Explorandin habe nach der obligatorischen Schule eine Lehre als Hauspflegerin absolviert, um anschliessend bei der B. ___ zu arbeiten. Zwischen 1985 und 1991 habe sie eine Familienpause gemacht und dann wieder begonnen, als Hauspflegerin oder Nachtwache zu arbeiten, bis sie wegen zunehmender Gelenksprobleme diese Tätigkeit habe niederlegen müssen und sich bei der IV mit einem Antrag auf eine Umschulung gemeldet habe. Nach entsprechenden Abklärungen habe sie eine Umschulung zur Medizinischen Praxisassistentin begonnen, die sie allerdings kurzfristig wieder abgebrochen habe, um anschliessend wieder als Nachtwache bzw. B. ___-Angestellte zu arbeiten. Nach einer Karpaltunnelsyndrom-Operation links im April 2014 (recte: 2011) sei es zu einem postoperativen Sudeck-Syndrom mit einem protrahierten Verlauf gekommen. Später habe die Explorandin wegen einer fortgeschrittenen Knie- und später Talonaviculararthrose rechts operiert werden müssen. Trotz wiederholten ambulanten und stationären Rehabilitationsmassnahmen sei es nicht mehr gelungen, die Explorandin in die Arbeitswelt zu reintegrieren. Inzwischen sei die geschiedene Mutter einer erwachsenen Tochter vom Sozialamt abhängig. Sie versuche, soweit als möglich, sich um ihren Haushalt zu kümmern und gehe mit ihrem Hund spazieren. Zur aktuellen Situation nahmen die Gutachter dahingehend Stellung, aufgrund der schweren Arthrose, welche die Explorandin in praktisch allen Gelenken habe, leide sie aktuell unter permanenten Schmerzen, die man mit Medikamenten kaum mehr beeinflussen könne. Am schlimmsten seien die Schmerzen in den Händen, welche auch geschwollen seien, im Bereich der Lendenwirbel sowie auch im Schultergürtel. Sie habe auch starke Schmerzen in den Knie- und Fussgelenken, welche schon mehrmals operiert worden seien. Zum Sitzen brauche sie jetzt ein spezielles Sitzkissen. Wenn sie aufstehen wolle, verspüre sie Anlaufschmerzen und sei wie blockiert. Sie könne auch nicht lange stehen, gehen oder sitzen bleiben. Seit ihrer Sinusvenenthrombose im März 2015 gehe es ihr nicht nur körperlich, sondern auch geistig deutlich schlechter. Sie leide seither unter unkontrollierten Zuckungen in den Armen, Händen und Beinen und fühle sich beim Gehen sehr unsicher. Beim Autofahren oder beim Einkaufen werde es ihr schnell schwindlig und sie habe wie eine Art verzögerte Wahrnehmung. Sie sei auch sehr vergesslich geworden und habe sehr grosse Mühe, sich zu konzentrieren. Wenn sie gleichzeitig mehrere Stimmen höre, ergebe sich ein Durcheinander in ihrem Kopf. Gespräche in einer Gruppe mitzuverfolgen, falle ihr deshalb sehr schwer. Schon kleinere Aufgaben überforderten sie. Sie fühle sich dann gestresst und blockiert, z.B. wenn sie zu einer bestimmten Zeit Termine wahrnehmen müsse. Sie müsse ihre ganze Energie aufwenden, um ihren Alltag irgendwie zu bewältigen, und stetig gegen pessimistische Gedanken ankämpfen. Die im Rahmen der aktuellen interdisziplinären Begutachtung durchgeführte allgemein-internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 56-jährigen, adipösen und etwas dekonditionierten Frau in gutem Allgemeinzustand. Der internistische Status sei an sich unauffällig. Die Explorandin sei normoton, normokard und kardiopulmonal kompensiert. Bei einem Body Mass Index von 30.5 kg/m² bestehe eine Adipositas Grad I nach WHO. Da die Explorandin auch an einer arteriellen Hypertonie

leide und im Labor erhöhte Cholesterin- und Triglyceride-Werte nachweisbar seien, könne formell die Diagnose eines metabolischen Syndroms gestellt werden. Unter der aktuellen hypertensiven Therapie sei der Blutdruck gut eingestellt. Klinisch bestünden keine Hinweise für eine Herzinsuffizienz oder für eine periphere arterielle Verschlusskrankheit. Das EKG zeige einen unauffälligen Erregungsablauf, ohne Hinweise für eine kardiale Ischämie oder eine linksventrikuläre Hypertrophie. Die Spirometrie ergebe normale statische und dynamische Lungenvolumina, sodass sich kein Anhaltspunkt für eine obstruktive oder restriktive Ventilation ergebe. Der Abdominalstatus sei unauffällig, ebenso die weiteren Laboruntersuchungen. Aus internistischer Sicht könne demzufolge keine Diagnose gestellt werden, welche einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin hätte. Sie sei demzufolge aus allgemein-internistischer Sicht für alle bisherigen Tätigkeitsbereiche als zu 100 % arbeitsfähig zu beurteilen. Im Weiteren wurde dargelegt, bei der rheumatologischen Untersuchung könnten pathologische Befunde einerseits im Bereich der rechten Schulter und beider Hände, im Bereich beider Kniegelenke und im Bereich beider Füße erhoben werden. Die Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts mit leicht positivem Jobe-Test sei wenig einschränkend, da das Gelenk fast völlig frei beweglich sei. Im Bereich beider Hände mit positivem Tinel-Zeichen und CTS-Symptomatik sowie Dupuytren rechts Strahl IV und Status nach Dupuytren-Operation links Strahl IV und CTS-Operation links sei die Funktion eigentlich voll, der Faustschluss sei vollständig und kräftig. Im Bereich beider Kniegelenke zeige sich bei Status nach Knie-Totalprothese rechts doch eine ordentliche Beweglichkeit von 110 ° Flexion mit voller Streckung, aber keiner Überstreckung, fehlendem Erguss, aber positiver Bakerzyste. Das linke Knie bei medialer, mehr als bei lateraler Gonarthrose und fehlendem Erguss, aber positiver Bakerzyste sei sicher vermindert belastbar, aber momentan reizfrei. Im Bereich der Füße, wo beidseits Klumpfuss-Operationen stattgefunden hätten und auf der rechten Seite das Talonaviculargelenk insgesamt viermal operiert worden sei, bestehe ein steifes unteres Sprunggelenk und ein in der Beweglichkeit um 1/3 eingeschränktes oberes Sprunggelenk, was doch auch einer verminderten Belastbarkeit bei längerer Gehstrecke gleichkomme. Die Rückenproblematik sei nicht limitierend. Bei diesen multilokulären Problemen im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Kniegelenke und des rechten oberen und unteren Sprunggelenkes, sei der Explorandin die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr zumutbar. In einer den Leiden angepassten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselnd belastend ausgeführt werden, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauender Stellung. Ebenfalls unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die 20%ige Einschränkung im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. In der neurologischen Untersuchung konnten keine fokalen Defizite objektiviert werden. Die Hypästhesie auf dem rechten Fussrücken sei hinreichend durch die multiplen Sprunggelenksoperationen zu erklären. Es finde sich aktuell kein Hinweis auf eine zentral- oder peripher-vestibuläre Störung. Die von der Explorandin vorgetragene, insbesondere in der zweiten Hälfte 2015 und im Jahr 2016 zunehmende Schwindelsymptomatik sei gemäss der Anamnese sehr gut mit einem phobischen Schwankschwindel zu vereinbaren. Hierfür sprächen insbesondere das ausschliesslich situative Auftreten des Schwindels und die klare Angstbesetzung. Auch die Progredienz dieser Schwindelform bei gleichzeitiger Regredienz des MR-tomographischen Befundes

der Sinusvenenthrombose spreche gegen einen kausalen Zusammenhang und somit auch gegen eine organische Genese der aktuell beklagten Schwankschwindelsymptomatik. Auf fachneurologischem Gebiet bestehe somit keine zusätzliche Minderung der Arbeitsfähigkeit. Zur neuropsychologischen Untersuchung wurde festgehalten, man finde reguläre kognitive Leistungen im Bereich der Sprach- und sprachassozierten Funktionen, im Rechnen, in den konstruktiv-praktischen Fähigkeiten, in den Wahrnehmungsfunktionen, in der Mehrheit der Konzentrations- und Aufmerksamkeitsleistungen, in der Mehrheit der Exekutivfunktionen, in den praktischen Fähigkeiten sowie auch in der Mehrheit der Lern- und Gedächtnisfunktionen. Zu isolierten Leistungseinbussen komme es bei der Fehlerkontrolle in der selektiven Aufmerksamkeitsleistung, bei der Geschwindigkeitsleistung in der phasischen Alertness, bei der verbalen Ideenproduktion, bei der verbalen Abrufleistung nach Vorgabe einer Interferenzliste wie auch bei der Abrufleistung der komplexen geometrischen Figur. Diese isolierten kognitiven Teilleistungsschwächen entsprächen einer leichten kognitiven Störung. Es seien leichte Minderleistungen in mehreren kognitiven Teilfunktionen bei ein bis zwei Standardabweichungen unter dem Mittelwert zu finden. Die Funktionsfähigkeit sollte im Alltag und unter den meisten beruflichen Anforderungen nicht eingeschränkt sein. Bei Aufgaben und Tätigkeiten mit hohen Anforderungen an die Kognition könnte die Funktionsfähigkeit eingeschränkt sein. Eine Aggravation / Simulation als Ursache der leichten kognitiven Störung könne mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Am ehesten sei von einer multifaktoriellen Genese auszugehen. Die kognitiven Einbussen liessen sich im Rahmen der Schmerzproblematik und der deutlichen psychischen Verstimmung interpretieren. In Erwägung zu ziehen seien auch Nebenwirkungen der zentralnervös wirksamen Medikamente. Zusammenfassend finde man aus rein neuropsychologischer Sicht bei einer leichten kognitiven Störung keine IV-relevanten Einschränkungen bezüglich einer Arbeits- oder Umschulfähigkeit. Aus der psychiatrischen Exploration geht hervor, die Explorandin berichte über unspezifische depressive Symptome in Form eines somatischen Syndroms mit Gefühlen von Besorgnis, Anspannung, Ängsten und einer Mischung aus anhaltenden Schmerzen, die nicht vollständig somatisch zu erklären seien. Die festzustellende leichte depressive Symptomatik erfülle nicht die diagnostischen Kriterien einer depressiven Episode gemäss ICD-10. Einzelne Episoden könnten nicht abgegrenzt werden, weshalb hier auf F32 statt F33 zurückgegriffen werde. Ängste bezögen sich auf die soziale und gesundheitliche Zukunft, Schlafstörungen seien schmerzbedingt vorhanden und ein Libidoverlust sei medikamenteninduziert. Reaktiv bedingt sei es zu einem vermehrten Alkoholkonsum gekommen, den die Explorandin in der Psychotherapie angehe. Es liege eine familiäre Häufung (Alkoholabhängigkeit) vor. Der Konsum erfülle aber nicht die Kriterien eines Missbrauchs gemäss den diagnostischen Leitlinien, weshalb dieser nur Z-kodiert worden sei. Multiple psychosoziale Belastungen, die sich im Verlauf der Biographie angehäuften hätten, und die Aufeinanderfolge verschiedener ebenfalls belastender und schmerzhafter Operationen, teilweise mit Komplikationen, hätten zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom (F45.41) geführt. Die Schmerzsymptomatik werde durch psychische Faktoren verstärkt, ausgeweitet und modifiziert. Sie ziehe Einschränkungen bei den Alltagsaktivitäten nach sich. Die seelische Vulnerabilität habe mit jedem neuen belastenden Ereignis zugenommen. Es seien daneben Ängste und Sorgen hinzugetreten. In erster Linie habe die Explorandin verschiedene schwerwiegende Verlusterlebnisse erlitten. So habe sie nach ihrer kurzen Ehe, die nur vier Jahre gedauert habe (Scheidung 1992), und jahrelangem Status als Alleinerziehende 2001

den Tod ihres Sohnes durch einen Starkstromunfall im Alter von 16 Jahren zu verkraften gehabt, 2010 den Tod des Bruders, 2011 einen als kränkend erlebten Stellenverlust und 2014 den Verlust ihres eigentlichen Zuhauses, als das Sozialamt sie gezwungen habe, infolge des Konkubinats eine eigene Wohnung zu suchen. Die Tatsache, dass sich der aktuelle Lebenspartner nächstens auf eine sechsmonatige Reise begeben und sie somit in ihrem Alltag alleine lassen, rufe weitere Ängste hervor. Die somatischen Erkrankungen hätten aufgrund der teilweise als subjektiv erlebten Einschränkungen (die Explorandin benutze u.a. einen Elektrorollstuhl) zu Ängsten bezüglich der zukünftigen Gesundheit und allgemein der Zukunftsgestaltung geführt. Für eine Aggravation oder Schmerzausweitung ergäben sich keine Hinweise. Schwere kognitive Störungen könnten bei der hiesigen neuropsychologischen Untersuchung nicht festgestellt werden und stünden einer Tätigkeit nicht im Weg. Aktuell könne keine psychiatrische Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit festgestellt werden. Aus versicherungspsychiatrischer Sicht sei die Explorandin als zu 100 % arbeitsfähig zu betrachten. Zu den spezifischen Auswirkungen der gesundheitlichen Störung auf die Funktions- und Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung aus, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Explorandin aufgrund ihrer multilokulären degenerativen Problematik im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Kniegelenke und des rechten oberen und unteren Sprunggelenks, als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr einsetzbar. Für diesen Beruf sei sie seit April 2001 (recte: 2011) dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In einer den körperlichen Leiden optimal angepassten Tätigkeit bestehe seit Juni 2015 eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselnd belastend ausgeführt werden können, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauender Stellung. Ebenfalls unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die 20%ige Einschränkung im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. Eine zusätzliche, internistische, neurologisch neuropsychologische oder psychiatrisch bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei nicht ausgewiesen. Aus interdisziplinärer Sicht sei die Explorandin für behinderungsbedingte Tätigkeiten zu 80 % arbeitsfähig. Zur Festlegung des Beginns und des weiteren Verlaufs der Arbeitsunfähigkeit wurde dargelegt, retrospektiv könne der Gesundheitszustand der Explorandin zwischen April 2011 (CTS-Operation) und Dezember 2014 (letzte Fussoperation) bzw. Juni 2015 (3 Monate nach der Sinusvenenthrombose) als instabil betrachtet werden. In dieser Zeit sei die Explorandin mehrheitlich zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen. Aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse könne für die Zeit danach von einer stabilen Phase ausgegangen werden, in der ihr eine 80%ige Restarbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten zugemutet werden könne. Zu den Therapieanschlüssen wurde angegeben, aus interdisziplinärer Sicht sei nicht anzunehmen, dass die aktuell gutachterlich festgestellte Restarbeitsfähigkeit der Explorandin durch medizinische Massnahmen verbessert oder gesteigert werden könne. Aufgrund der multiplen belastenden Lebensereignisse mit zunehmender sich chronifizierender Schmerzsymptomatik seien die Ressourcen der Explorandin, die Einschränkungen durch die Schmerzen und die weiteren somatischen Symptome wie Kraftlosigkeit und Schwindel zu überwinden, etwas eingeschränkt, eventuell könne die Psychotherapie noch intensiviert werden. Berufliche Wiedereingliederungsmassnahmen seien aus versicherungsmedizinischer Sicht indiziert (IV-Nr. 247). 5.19 Im Bericht des I. ___ vom 23. März 2017 stellte Dr. med. Y. ___ neu die

Diagnose «Verdacht auf seronegative rheumatoide Arthritis (EM 11/2016)» und führte aus, unter einer nun seit sechs Wochen bestehenden Basisbehandlung mit 15 mg Methotrexat wöchentlich sowie Reduzierung der zuvor sehr eindrücklich wirksamen Glukokortikoid-Medikation berichte die Explorandin über ein Wiederauftreten der altbekannten Symptomatologie im Sinne einer Kraftlosigkeit sowie Ungeschicklichkeit aller Finger und einem persistierenden Steifigkeitsgefühl, vor allem morgens, von mehreren Stunden. Klinisch zeige sich keine eindrückliche floride Synovitis, jedoch aufgrund der geschilderten Klinik müsse von einer erneuten Krankheitsaktivität ausgegangen werden. Man habe sich deshalb entschlossen, die Methotrexat-Dosierung zu erhöhen, mit dann weiteren laborchemischen Verlaufskontrollen. Haupteinschwerend werde im weiteren Verlauf sein, die Beschwerden von Fibromyalgie und entzündlicher Grunderkrankung zu differenzieren und auch entsprechend die Therapie anzupassen (IV-Nr. 255 S. 7 ff.). 5.20 Dr. med. X. ___ äusserte sich in seinem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 24. März 2017 dahingehend, seit dem Zeitpunkt des Erstellens des polydisziplinären Gutachtens sei es zu einer weiteren relevanten Diagnose gekommen. Es handle sich um eine rheumatoide Arthritis, welche zum aktuellen Zeitpunkt mit einer ausgedehnten medikamentösen rheumatologischen Therapie im Rheumazentrum des I. ___ behandelt werde. Eine gut behandelte rheumatoide Arthritis stelle wahrscheinlich langfristig keine ausgeprägte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit dar. Jedoch zeige diese relevante zusätzliche Diagnose, dass der aktuelle gesundheitliche Zustand der Patientin bei weitem nicht stabil sei. Unabhängig davon erschienen einige Aussagen im Gutachten doch etwas fragwürdig. Schon inhaltlich seien einige Aussagen ungläubwürdig, so zum Beispiel, dass die Patientin in ihrer Freizeit kaum eingeschränkt sei und weiterhin ihre Hobbys pflegen könne. Dies entspreche nicht den Tatsachen und sei auch kein Argument für eine uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Es sei erstaunlich, dass die verschiedenen befragten Fachärzte zwar in diesem Gutachten zitiert würden, deren Einschätzung der Arbeitsfähigkeit aber mehr oder weniger ignoriert werde. So hätten gemäss diesem Gutachten Dr. med. W. ___ von der Neurologie des I. ___, die Rheumatologen des AE. ___ die Psychiaterin Dr. med. R. ___ sowie die früheren Gutachter Dres. med. G. ___ und H. ___ jeweils alle nur eine sehr eingeschränkte Teilarbeitsfähigkeit konstatiert. Dies werde in den Schlussfolgerungen dieses Gutachtens weder kommentiert noch diskutiert. Speziell hinzuweisen sei auf das psychiatrische Teilgutachten. Obwohl Anamnese und Untersuchung sehr detailliert und sorgfältig erschienen, wirke es so, als ob anschliessend über eine andere Patientin berichtet worden wäre. Die Diagnose der behandelnden Psychiaterin vom 18. März 2016 (mittelgradige depressive Episode ohne Remission) werde vom beurteilenden Psychiater schlichtweg als Fehldiagnose dargestellt und er entscheide, dass die Patientin keine Depression habe. Dass er dafür als Beweis anführe, die Patientin sei noch in der Lage, aktiv in einem Verein mitzumachen, erscheine für einen Psychiater wenig professionell. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im aktuellen Gutachten konstatiere eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % und zusätzlich sieben zu erfüllende Bedingungen. Dies entspreche dann wahrscheinlich eher einer Arbeitsfähigkeit von zwischen 30 und 50 % (IV-Nr. 255 S. 1 f.). 5.21 Im Bericht des I. ___, Rehabilitations- und Rheumazentrum, vom 6. Juni 2017 wurde u.a. die Diagnose «Kalziumpyrophosphatarthropathie (CPPD) (EM 11/2016)» gestellt und darauf hingewiesen, unter der vor eineinhalb Wochen aufgenommenen NSAID-Medikation mit Etoricoxib 60 mg sei es innerhalb von wenigen Tagen zu einer massivsten Beschwerdereduktion der klar entzündlichen Beschwerden gekommen. Auch werde die NSAID-Medikation bei bekannter Refluxösophagitis

momentan relativ gut toleriert. Diese Therapie sei fortzuführen (IV-Nr. 257). 5.22 RAD-Arzt Dr. med. AF.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt in seiner Stellungnahme vom 14. Juni 2017 fest, auf das polydisziplinäre L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 könne abgestellt werden. Bezüglich der neuen Diagnose «Kalziumpyrophosphat-Arthropathie» sei festzustellen, dass der aktuellste Bericht des Rehabilitations- und Rheumazentrums des I.____ explizit auf einen sehr guten Behandlungserfolg und eine massive Beschwerdereduzierung hinweise, sich aber nicht zu den Auswirkungen der Diagnose und Befunde auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin äussere. Da mögliche Einflüsse der neuen Befunde und Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit der Explorandin nicht abschliessend eingeschätzt werden könnten, empfehle sich diesbezüglich eine Rückfrage beim rheumatologischen Gutachter (IV-Nr. 258 S. 5). 5.23 Der rheumatologische L.____-Teilgutachter, Dr. med. AA.____, hielt in seiner Stellungnahme vom 2. August 2017 fest, der medizinische Sachverhalt ändere sich insofern, als eine zusätzliche rheumatologische Diagnose im Raum stehe, welche jedoch als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angesehen werden müsse. Wegen einer Kalziumpyrophosphatarthropathie, bei welcher gemäss den Berichten des I.____ nach begonnener Therapie eine massivste Beschwerdereduktion eingetreten sei, ändere sich aus rheumatologischer Sicht an der Arbeitsfähigkeit nichts. Zudem sei die Kalziumpyrophosphatarthropathie eine Krankheit, welche nicht zur dauernden Invalidität führe und zudem gut behandelbar sei (IV-Nr. 260). 5.24 RAD-Arzt Dr. med. AF.____ äusserte sich am 10. August 2017 dahingehend, an den Ergebnissen der polydisziplinären L.____-Begutachtung könne unter Erweiterung der festgestellten rheumatologischen Diagnosen einer Kalziumpyrophosphat-Arthropathie weiterhin unverändert festgehalten werden (IV-Nr. 262 S. 2). 5.25 Dr. med. Y.____ hielt in seinem Bericht vom 16. Oktober 2017 fest, die Patientin leide schon seit Jahren an einem chronischen Schmerzsyndrom, welches sich anfänglich im Rahmen einer Fibromyalgie im Sinne eines weichteilrheumatischen Beschwerdebildes manifestiert habe. Im Verlauf habe sich dann klar ein entzündlich rheumatologisches Krankheitsbild im Sinne einer rheumatoiden Arthritis bei auch klinisch sehr eindrücklicher entzündlicher Beteiligung der Gelenke gezeigt, die jeweils auf höher dosierte Cortison-Gaben sehr gut angesprochen hätten. Es sei davon auszugehen, dass sich diese entzündliche Grunderkrankung schon vor mehreren Monaten, d.h. auch schon im Oktober 2015, atypischerweise durch unspezifische Schmerzen geäussert habe. Somit sei es der Patientin damals auch nicht möglich gewesen, in einer entsprechenden Arbeitstätigkeit wie beispielsweise als B.____-Angestellte tätig zu sein. Zusammenfassend müsse somit der Entscheid der IV-Stelle Solothurn revidiert werden, da damals sicherlich schon von einer entzündlichen Grunderkrankung ausgegangen werden könne. Aktuell werde eine immunsuppressive Medikation geplant, um das Beschwerdeausmass entsprechend zu reduzieren. Sehr eindrücklich sei das gute Ansprechen der systemischen Glukokortikoid-Medikation (IV-Nr. 269 S. 4). 5.26 Dem (provisorischen) Austrittsbericht des I.____, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefässchirurgie, vom 20. Oktober 2017 kann entnommen werden, dass bei der Beschwerdeführerin am 17. Oktober 2017 eine Operation (Diagnostische Laparoskopie, Hiatus-Repair [Augmentation mit BioA-Netz, resorbierbar], Hemifunduplicatio nach Toupet [270 Grad], Drainage im Oberbauch links) durchgeführt wurde. Es wurden u.a. eine «schwere Refluxösophagitis bei grosser axialer Hiatushernie, klinisch Verdacht auf Barrettösophagus mittelschwere Antrumgastritis» sowie eine «Peroneussehnenruptur links des M. peroneus longus und partiell M. peroneus brevis» diagnostiziert. Es habe ein

komplikationsloser perioperativer Verlauf bestanden. Die eingelegte Magensonde habe am 18. Oktober 2017 gezogen werden können. Der stufenweise Kostenaufbau sei gut vertragen worden. Im Rahmen der Mobilisation habe die Patientin zunehmend über Schmerzen im Bereich des rechten Sprunggelenks geklagt. Diese hätten schon seit dem Treppenlaufen in der Sprechstunde bestanden. Die am 21. Oktober 2017 durchgeführte Röntgenuntersuchung habe lediglich degenerative Veränderungen gezeigt. Im MRT des Sprunggelenks am 23. Oktober 2017 habe sich eine vollständige Ruptur der Sehne des M. peroneus longus und eine partielle Ruptur der Sehne des M. peroneus brevis links gezeigt. In Rücksprache mit dem orthopädischen Kollegen habe man sich unter Berücksichtigung der multiplen Vorerkrankungen der Patientin für ein konservatives Procedere entschlossen. Die Patientin habe am 25. Oktober 2017 schliesslich in gutem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können (IV-Nr. 269 S. 5 ff.).

5.27 RAD-Arzt Dr. med. AF.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 20. November 2017 fest, die von der Beschwerdeführerin bestrittene medizinische Verbesserung des Gesundheitszustandes erscheine beim Vergleich der rheumatologischen und psychiatrischen Befunde, Einschätzungen und Prognosen des Jahres 2014 mit den Ergebnissen der polydisziplinären Begutachtung des Jahres 2017 nicht nachvollziehbar. Der von Dr. med. Y.____ erneut vorgenommene Diagnoseschwenk hin zur sero-negativen rheumatoiden Arthritis – ohne dass neue medizinische Aspekte und Befunde mitgeteilt würden – erscheine nicht ganz einfach nachzuvollziehen. Zudem seien die Folgen der beschriebenen Ruptur bzw. Teil-Ruptur der M. peroneus Sehnen am linken (die Seite erscheine in den Berichten nicht ganz eindeutig) Fuss nach sechs Wochen konservativer Therapie bislang nicht bekannt. Ausserdem bestünden nach Einschätzung des RAD bezüglich der Diagnose Raynaud-Syndrom am Fuss gewisse Unsicherheiten (bei den bekannten Vorerkrankungen bzw. Operationen), die eine abschliessende valide Beurteilung nicht erlaubten. Daher erscheine es aus Sicht des RAD hier unumgänglich, eine erneute rheumatologische Begutachtung zur Feststellung des medizinischen Sachverhaltes und der Einschätzung der Arbeits(un)fähigkeit vornehmen zu lassen. Die Begutachtung könne sich auf das Gebiet der Rheumatologie beschränken, da diese für die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit massgeblich sei (IV-Nr. 272 S. 2 ff.).

5.28 Dr. med. M.____, Rheumatologie FMH ([...]), nahm in seinem rheumatologischen Gutachten vom 12. März 2018 (Untersuchung vom 16. Januar 2018) zur aktuellen Situation dahingehend Stellung, zusammenfassend könne festgehalten werden, dass die Explorandin seit Mai 2015 Schmerzen und Schwellungen der Fingergelenke angebe. Diese hätten jedoch klinisch und sonomorphologisch nie objektiviert werden können bis zur Untersuchung im November 2017. Schon im Mai 2015 sei im K.____ an die Differentialdiagnose einer CPPD-Kristallarthropathie gedacht worden, weshalb auch eine intensive differenzialdiagnostische Abklärung durchgeführt worden sei ohne weitere Anhaltspunkte hierfür bzw. eine systementzündliche rheumatologische Erkrankung. Zum damaligen Zeitpunkt (22. Mai 2015) habe keine Aktivität in der Ultraschalluntersuchung der Fingergelenke gefunden werden können. Somit könne gestützt auf die Akten der objektive Beginn der Calciumpyrophosphat-Arthropathie auf November 2016 terminiert werden. Am 23. März 2017 habe Dr. med. Y.____ richtigerweise ausgeführt, dass es im weiteren Verlauf erschwerend sein werde, die Fibromyalgie von der entzündlichen Grunderkrankung zu differenzieren und entsprechend auch die Therapie anzupassen. Es sei durchaus möglich, dass eine sogenannte präklinische Phase schon früher bestanden habe, welche die Patientin subjektiv wahrgenommen habe. Aus klinischer und versicherungsmedizinischer Sicht könne diese Phase jedoch nicht objektiviert werden, obwohl z.B. im K.____ intensiv danach

gesucht worden sei. Der bisherige Verlauf seit November 2016 sei danach gutartig mit jeweils raschem Ansprechen auf Steroidstosstherapien, intermittierend auch NSAR. Nach Absetzen der Steroide oder auch der NSAR sei es rasch wieder zu einem monoartikulären oder polyartikulären Schub gekommen. Eine Basistherapie mit Methotrexat vom März bis Mai 2017 sei nicht erfolgreich gewesen. Bisher habe auch mit dem TNF-alpha Hemmer, Humira, seit dem 27. Oktober 2017 subjektiv keine Verbesserung erreicht werden können bei dokumentierten objektiven besseren Befunden. Somit handle es sich um eine, vor allem die MCP-Gelenke beidseits, teils auch die Hand und die Knie betreffende, schubförmig verlaufende entzündliche Gelenkerkrankung mit jeweils raschem Ansprechen auf Glukokortikoide und NSAR im Schub mit insgesamt guter Prognose. Bei der Explorandin sei die Calciumpyrophosphat-Arthropathie objektiv eine gut zu behandelnde Erkrankung und führe nicht zur dauernden Invalidität, wie dies in der Regel der Fall sei und dies auch schon in der Stellungnahme des L.____-Teilgutachters Dr. med. AA.____ am 2. August 2017 entsprechend festgestellt worden sei. Retrospektiv sei hier schwierig zu errechnen, an wie vielen Tagen die Explorandin wegen des Schubes arbeitsunfähig gewesen sei. In Zukunft sollte es möglich sein, durch rasche selbstständige Erhöhung der Steroide die Dauer und den Schweregrad des Schubes in den Gelenken und damit die funktionelle Einschränkung deutlich auf zwei bis drei Tage zu verkürzen. Ein rasch behandelter Schub mit Steroiden sollte nicht länger als während sieben, maximal zehn Tagen, je nach Lokalisation, zu einer Arbeitsunfähigkeit führen. Seit November 2016 sei soweit retrospektiv aus den Akten ersichtlich je ein Schubereignis in den Monaten November 2016 sowie März, Mai, August, September und Oktober 2017, d.h. insgesamt während vier bis sechs Wochen, aufgetreten. Sodann führte der Rheumatologe aus, das ausgeprägte, akut aufgetretene Raynaudphänomen der Zehen vor allem rechts, insbesondere an der 4. Zehe rechts, habe sehr gut auf die Ilomedin-Therapie vom 7. September bis 5. Oktober 2017 angesprochen. Die Ätiologie habe nie gänzlich geklärt werden können. Differenzialdiagnostisch sei an einen embolischen Verschluss gedacht worden. Eine Makroangiopathie habe ausgeschlossen werden können wie auch eine Gerinnungsstörung. Differentialdiagnostisch sei an ein Symptom der Fibromyalgie zu denken. Abgesehen von der Ätiologie sei der Verlauf sehr gutartig gewesen, sodass am 26. Oktober 2017 im Gefässzentrum des I.____ die Behandlung habe abgeschlossen werden können mit den Empfehlungen von Wärmeschutzmassnahmen, konsequenter Hautpflege und anhaltender sekundärer Prophylaxe mit Aspirin cardio und prophylaktischer Antikoagulation in Risikosituationen. Aus den Empfehlungen könne gefolgert werden, dass Tätigkeiten in nasser, kalter Umgebung wenig geeignet seien. Durch Dr. med. Y.____ sei zudem der Calciumsantagonist Nifedipin zur Vasodilatation eingesetzt worden mit einem subjektiv sehr guten Ansprechen. Zusammenfassend sei das sekundäre Raynaudsyndrom eine Krankheit, welche nicht zur dauernden Invalidität geführt habe und zudem gut behandelbar sei. Retrospektiv müsse von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 100 % vom 1. September 2017 bis zum Abschluss der Ilomedin-Infusion am 5. Oktober 2017 ausgegangen werden. Ferner habe sich die Explorandin eine Sehnenruptur der langen Peroneus-Sehne sowie eine Teilruptur der kurzen Peroneus-Sehne links am 21. Oktober 2017 zugezogen. Diese sei mittels Schiene für sechs Wochen versorgt worden. Auch diese Erkrankung sei per se nicht invalidisierend und dauerhaft. Die Gehfähigkeit werde dadurch jedoch zusätzlich erschwert, was sich auch in der eingeschränkten Mobilität zeige. Retrospektiv sei auch hier die Arbeitsfähigkeit mit 50 bis 100 % vom Spitaleintritt vom 20. Oktober 2017 für vier, maximal sechs Wochen eingeschränkt gewesen. Schliesslich sei es in den letzten Jahren

immer wieder zu Missempfindungen, Parästhesien in den Fingern mit Einschlafen vor allem in der Nacht, gekommen. Diese Beschwerden hätten teilweise auf die perineurale Infiltration des Nervus medianus angesprochen, teilweise jedoch nicht. Differenzialdiagnostisch sei zu unterscheiden zwischen einem Schub der nun bekannten Calciumpyrophosphat-Arthropathie, dann meist mit gutem Ansprechen auf die Steroidinfiltration und einer Verbesserung der Ungeschicklichkeit sowie des Steifigkeitsgefühls in den Fingern, und den intermittierenden residuellen Beschwerden nach der CTS-Operation links, wie dies nicht so selten der Fall sei. Die sonographisch festgestellte Verdickung des Nervus medianus bei Status nach Karpaltunnel-Operation links sei kein diagnostisches Kriterium für ein persistierendes Carpaltunnelsyndrom. Hier sei nach wie vor die Elektrophysiologie des Nervus medianus das diagnostische Mittel der Wahl. Die Verdickung des Nervs bleibe auch oftmals bestehen nach Entlastung durch die Durchtrennung des Ligamentum carpi transversus. Ferner sei an die bekannte langjährige Fibromyalgie zu denken, was im L. ___-Gutachten als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren diagnostiziert worden und als äquivalente Diagnose zu sehen sei. Auch wenn es sich um ein relevantes Karpaltunnelsyndrom handle, führe diese gut operativ zu behandelnde Erkrankung zu keiner andauernden Invalidität. In der Zusammenschau der multiplen früheren und aktuellen Diagnosen falle immer wieder die Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiven Befunden, der dadurch auch teilweise verzögerten Diagnosestellung, dem protrahierten Verlauf und dem Schmerzvermeidungsverhalten auf. Es handle sich über all die Jahre, wie in den Akten festgehalten, um die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren, oder das Fibromyalgiesyndrom, wie es in der Rheumatologie auch genannt werde. Im Vergleich zum Zeitpunkt des Gutachtens vom August / September 2016 sei im November 2016 eine polyartikuläre schubförmig verlaufende, gut zu behandelnde Calciumpyrophosphat-Kristallarthropathie hinzugekommen, welche vorübergehend zur Einschränkung der Handfunktion und der Fingerfertigkeiten geführt habe, jedoch insgesamt keine dauernde Invalidität zur Folge habe. Es könnten auch andere Gelenke betroffen sein. Zu den bisherigen Einschränkungen beider Knie- und der Fussgelenke beidseits und der Schulter rechts sei neu eine Einschränkung der Handfunktionen und der Fingerfertigkeiten hinzugekommen. In der gelernten Tätigkeit als Pflegehelferin oder Hauspflegerin sei die Explorandin unbestritten dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In einer leidensangepassten Tätigkeit sei aus rheumatologischer Sicht eine 60%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselnd-belastend ausgeführt werden können, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauenden Stellungen sowie neu auch keine repetitiven, manuell anspruchsvollen Tätigkeiten. Unverändert unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen an verschiedenen Lokalisationen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die Einschränkung von 20 % im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. Die restliche 20%ige Einschränkung sei dadurch begründet, dass einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkoordination) reduziert sei und andererseits es immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne (z.B. der Gehfähigkeit, der Fingerfertigkeiten, Heben des Armes). Dr. med. M. ___ stellte folgende Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit):

«1. Calciumpyrophosphat-Arthropathie (CPPD) (EM 11/2016) (ED 05/2017), RF, Anti-CCP, ANA negativ (11/2016), Befall v.a. der Fingergelenke, einmalig Knie links und

Hand, 23.05.2017: Gonarthritits links (Zellzahl 3020/ul, Nachweis von intra- und extrazellulären CPPD-Kristallen, Bisherige Therapien: Glucocorticoid i.a. und systemische Dauer- und Stosstherapien mit sehr gutem, raschem Ansprechen, Methotrexat Februar 2017 bis Mai 2017 (sistiert bei Ineffektivität), Etoricoxib Ende Mai 2017 – Ende Juli 2017 (subjektiv gutes Ansprechen), Colchicin Mitte Juni 2017 – anfangs Juli 2017, Wiederaufnahme Ende Juli 2017 bis September 2017. Adalimumab seit Oktober 2017;

2. Trikompartimentäre Gonarthrose mit Valgusfehlstellung bds. mit/bei: St.n. wiederholten Knieoperationen bds. bei habitueller Patellaluxation, St.n. Implantation einer Knie-TEP rechts am 15.06.2012, Gonarthrose links, medial und lateral ausgeprägt;
3. Sehnentotalruptur links Peroneus longus und partiell Peroneus brevis 21.10.2017, Konservative Therapie mit Brace;
4. Status nach 4-maliger Arthrolyse einer Talonavikulararthrose rechts vom Mai 2013 bis Dezember 2014;
5. Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts bei St.n. Arthroskopie mit Kalkentfernung im Bereich der rechten Schulter 2005».

Die weiteren gestellten Diagnosen (6. St.n. Raynaud-Syndrom der Zehen beidseits, EM 09/2017, v.a. Dig. IV pedis rechts, DD: embolischer Verschluss, Fibromyalgiesyndrom, typisches Raynaud-Phänomen der Zehen beidseits, vor allem rechts insbesondere im Bereich Dig. IV pedis rechts, aktuell: keine ischämischen Ruheschmerzen oder trophische Läsionen, Oszillographie (26.10.2017): geringe verbesserte Perfusion nach einem warmen Wasserbad der Zehen beidseits, 11/2017: laborchemisch keine Hinweise für Antiphospholipid-Syndrom, Ilomedin-Therapie 07.09. – 05.10.2017; 7. Schwere Refluxösophagitis bei grosser axialer Hiatushernie, klinisch Verdacht auf Barrett Ösophagus, mittelschweren Antrumgastritis, Hiatus-Repair, Hemifundoplikatio nach Toupet am 20.10.2017; 8. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41); 9. Chronisches Lumbovertebralsyndrom mit lumbosacraler Einengung; 10. Dupuytren'sche Kontraktur des IV Strahls der rechten Hand; 11. CTS Symptomatik bds. (anamnestisch); 12. St.n. CTS-Operation links sowie operativer Sanierung (Synovektomie einer Dupuytren'schen Kontraktur Strahl IV links am 28.04.2011 mit postoperativem Morbus Sudeck, abgeheilt; 13. St.n. Klumpfüssoperationen links im Kleinstkindesalter; 14. Arterielle Hypertonie; 15. St.n. Sinus-Venenthrombose im März 2015, Sinus transversus und Sinus sigmoideus links, keine Hinweise für Thrombophilie, unter oraler Antikoagulation, leichte Besserung des thrombotischen Füllungsdefektes im Sinus transversus und Sinus sigmoideus; 16. Rezidivierende Clostridium difficile Infektionen mit/bei: Status nach 3 Episoden seit Dezember 2013 bis 2016, unauffälliger Koloskopie am 09.5.2014; 17. Nikotinkonsum; 18. Sonstige depressive Episoden [F32.8]; 19. Probleme mit Bezug auf die Lebensführung [Z72], St.n. vermehrtem Konsum von Alkohol; 20. Kontaktanlässe mit Bezug auf das Berufsleben [Z56], Status nach Kündigung; 21. Kontaktanlässe mit Bezug auf das Wohnumfeld und die wirtschaftliche Lage [Z 59], Abhängigkeit vom Sozialamt; 22. Andere Kontaktanlässe mit Bezug auf den engeren Familienkreis [Z63], plötzlicher Tod des Sohnes 2001, Tod des Bruders 2010, Familienzerrüttung durch Trennung und Scheidung 1996) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Bei der Beantwortung der gestellten Fragen gab der rheumatologische Gutachter an, unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Explorandin aufgrund ihrer multilokulären degenerativen Problematik und rezidivierenden, entzündlichen Schüben im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Hand- / Fingergelenke, beider Kniegelenke und beider oberen und unteren Sprunggelenke, als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr einsetzbar. Für diesen angestammten Beruf sei sie dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig, was auch in den Gutachten

aus den Jahren 2014 und 2017 bestätigt worden sei. Die Funktionseinschränkungen im Bereich der Schulter rechts, beider Kniegelenke, beider Füsse und beider Hände / Fingergelenke seien auf objektive somatische Befunde zurückzuführen. Die weiteren subjektiv geklagten Beschwerden erschienen wenig plausibel und seien mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auf die psychosozialen Belastungsfaktoren zurückzuführen. Anlässlich der Begutachtung seien keine Anhaltspunkte für eine Aggravation oder Simulation von Beschwerden ersichtlich gewesen. Bei der Beurteilung der Konsistenz wurde u.a. darauf hingewiesen, die Explorandin habe wegen ihrer Beschwerden auch Schwierigkeiten, den Haushalt zu führen. In ihrer Freizeitgestaltung sei sie, wenn auch im Vergleich zu August 2016 vermehrt, nicht allzu sehr beeinträchtigt. Dabei sei zu bemerken, dass sie ihr Mitwirken im Gospelchor wegen Lärmempfindlichkeit und Hörschwierigkeiten aufgegeben habe und nicht wegen zusätzlicher Einschränkungen des Bewegungsapparates. Zum Verlauf der Arbeitsfähigkeit wurde abschliessend festgehalten, in einer den körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit sei die Explorandin aus rheumatologischer Sicht gemäss den Einschränkungen des L.____-Gutachtens zu 80 % arbeitsfähig von Juni 2015 bis Oktober 2016. Retrospektiv könne der Gesundheitszustand der Explorandin mehrheitlich zwischen November 2016 (Erstmanifestation der Calciumpyrophosphat-Arthropathie) bis November 2017 (Beginn mit Behandlung Humira, Peroneus-Sehnen-Läsionen links) als instabil betrachtet werden. In dieser Zeit sei die Explorandin mehrheitlich zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen, wobei zu ergänzen sei, dass sie zwischen Dezember 2016 bis Februar 2017 und auch im Juni und Juli 2017 eine stabile Phase gehabt habe. Seit November 2017 bestehe eine zumutbare Rest-Arbeitsfähigkeit von 60 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselbelastend ausgeführt werden können, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauernenden Stellungen sowie neu auch keine repetitiven, manuell anspruchsvollen Tätigkeiten. Unverändert unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen an verschiedenen Lokalisationen seien der Explorandin vermehrte Pausen zu gewähren, was die Einschränkung von 20 % im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre. Die restliche 20%ige Einschränkung sei dadurch begründet, dass einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkraftkoordination) reduziert sei und andererseits es immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne (zum Beispiel der Gehfähigkeit, der Fingerfertigkeit, Heben des Armes; IV-Nr. 281 S. 2 ff.). 5.29 RAD-Arzt Dr. med. AF.____ hielt in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2018 im Wesentlichen fest, er könne sich dem vorliegenden rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M.____ vom 12. März 2018 anschliessen. Die Versicherte mache in ihrem Schreiben vom 27. März 2018 (IV-Nr. 284) keine neuen medizinischen Gesichtspunkte geltend. Da der medizinische Sachverhalt durch die bisherigen umfassenden Abklärungen der IV bis zum aktuellen Datum als erschöpfend abgeklärt angesehen und durch neue Abklärungen überwiegend wahrscheinlich lediglich eine andere Einschätzung desselben medizinischen Sachverhaltes erwartet werden könne, sollten der Fallabschluss und die Verfügung nun zügig erfolgen (IV-Nr. 285 S. 2 ff.).

E. 6.1

6.1.1 Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 16. März 2019 aufgrund eines in Anwendung der gemischten Methode (80 % Hauspflegerin, 20 % Haushalt) ermittelten Invaliditätsgrades von 84 % eine ganze befristete Invalidenrente ab 1. April 2012 zu und stellte diese bei

einem gestützt auf das polydisziplinäre L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. M.____ vom 12. März 2018 ermittelten (Gesamt-)Invaliditätsgrad von nurmehr 17 % (bez. 30 % nach der ab 1. Januar 2018 geltenden neuen Berechnungsmethode der gemischten Methode [vgl. IV-Nr. 263 S. 4 f.]) auf Ende September 2015 ein. Dies wurde im Wesentlichen damit begründet, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich verbessert. Ab Juni 2015 sei eine angepasste Tätigkeit im 80%-Pensum möglich und zumutbar. Die Tätigkeit sollte dabei wechselbelastend, ohne längeres Stehen, ohne längeres Gehen und ohne Arbeiten auf Leitern und im Kauern angepasst sein. Unter Anwendung von Art. 88a Abs. 1 IVV werde die ganze Rente auf den 1. Oktober 2015 aufgehoben. Auch die neue Berechnungsmethode gemäss der per 1. Januar 2018 in Kraft gesetzten Änderung der IVV ergebe keinen Rentenanspruch (IV-Nr. 295; A.S. 1 ff.).

6.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, es sei ihr in Abänderung der Verfügung vom 16. März 2019 ab dem 1. Oktober 2015 weiterhin eine Rente zuzusprechen; eventualiter sei die Angelegenheit zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Zur Begründung wird dargelegt, die Beschwerdegegnerin stütze sich auf das L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017. Die Gutachter führten darin eine sich über eineinhalb Seiten erstreckende Diagnoseliste auf. Gleichwohl seien sie der Auffassung, dass trotz ungünstiger Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Diagnosen am Bewegungsapparat mit funktionellen Auswirkungen in allen Lebensbereichen in einer angepassten Tätigkeit seit Juni 2015 eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % bestehe. Gemäss dem ergänzenden rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M.____ sei in einer angepassten Tätigkeit eine 60%ige Arbeitsfähigkeit möglich. Da die Beschwerdegegnerin davon ausgehe, dass es sich dabei lediglich um eine andere Einschätzung des unveränderten Sachverhaltes im Vergleich zum L.____-Gutachten handle, habe sie die höhere Arbeitsunfähigkeit nicht beachtet. Diese Einschätzung sei nicht korrekt und müsse korrigiert werden. Der rheumatologische Gutachter Dr. med. M.____ komme zum Schluss, dass zwischen November 2016 bis November 2017 eine instabile gesundheitliche Situation vorgelegen habe. Es habe mehrheitlich eine Arbeitsunfähigkeit zwischen 50 % und 100 % bestanden. Zwar habe es einzelne stabilere Phasen gegeben, er zeige jedoch auch auf, dass die zusätzliche Arbeitsunfähigkeit begründet sei. Er führe aus, dass einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkraft/Koordination) reduziert sei und andererseits es immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne (z.B. der Gehfähigkeit, der Fingerfertigkeiten, Heben des Armes). Insofern sei, entgegen der Einschätzung der Beschwerdegegnerin, klar von einer veränderten gesundheitlichen Situation mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Einschränkungen in den Händen seien neu dazugekommen und bestätigten somit eine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdeführerin scheine sich in einem dauernden Teufelskreis mit sich ablösenden Gesundheitsproblemen zu befinden, die sich für eine gewisse Zeit und immer wieder, jedoch nicht dauernd einschränkend, auf die Erwerbstätigkeit auswirkten. Diesem Umstand müsse Rechnung getragen werden. Es sei somit von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

6.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das von der Beschwerdegegnerin am 31. Mai 2016 veranlasste, umfassende interdisziplinäre (internistische, rheumatologische, neurologische,

neuropsychologische und psychiatrische) L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 (IV-Nr. 247) in Kenntnis der Vorakten erstellt wurde und auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen vom 24., 25. und 31. August sowie 9. September 2016 beruht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise konnte sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wird ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen und am Schluss werden die gestellten Fragen beantwortet. Das Gesamtgutachten trägt die Unterschrift aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen diese und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Im Weiteren wurden dem rheumatologischen Teilgutachter aufgrund der vom Hausarzt der Beschwerdeführerin eingereichten Berichte des I.____ vom 1. Februar und 23. März 2017 (IV-Nr. 255 S. 3 ff.; vgl. E. II. 5.19 hiavor) Rückfragen gestellt, welche von ihm am 2. August 2017 schlüssig beantwortet wurden (IV-Nr. 260). Das L.____-Gutachten wird nach dem Gesagten den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

Nichts anderes gilt für das ebenfalls von der Beschwerdegegnerin am 28. Januar 2017 veranlasste ergänzende rheumatologische Gutachten von Dr. med. M.____ vom 12. März 2018. Auch dieses Gutachten beruht auf einer fachärztlichen Untersuchung vom 16. Januar 2018, berücksichtigt die neuste Aktenlage und gibt die Anamnese der Beschwerdeführerin wieder. Sodann werden die klinischen Befunde erhoben, es wird eine umfassende Beurteilung abgegeben und die Diagnosen werden nachvollziehbar hergeleitet. Es wird ein Vergleich zur Situation der Einschränkungen seit Oktober 2015 angestellt und die Arbeitsfähigkeit beurteilt; am Schluss werden die gestellten Fragen beantwortet. Das Gutachten ist ebenfalls schlüssig und trägt die Unterschrift des rheumatologischen Gutachters (IV-Nr. 281 S. 2 ff.). Demnach kommt auch diesem ergänzenden rheumatologischen Gutachten voller Beweiswert zu.

6.3 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, es bestehe bei ihr eine sehr komplexe und vielschichtige gesundheitliche Situation, sie befinde sich in einem andauernden Teufelskreis mit sich ablösenden Gesundheitsproblemen und die Beschwerdegegnerin habe die im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M.____ festgestellte höhere Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit von 40 % fälschlicherweise nicht beachtet (vgl. Beschwerde, S. 6 ff. Ziff. 4), ist Folgendes festzuhalten: Die L.____-Gutachter kamen in ihrem interdisziplinären Gutachten vom 16. Februar 2017 zum Schluss, zusammenfassend und unter Berücksichtigung aller Gegebenheiten und Befunde sei die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer multilokulären degenerativen Problematik im Bereich der rechten Schulter, vor allem aber beider Kniegelenke und des rechten oberen und unteren Sprunggelenks, in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegehelferin oder Hauspflegerin nicht mehr einsetzbar. Für diesen Beruf sei sie seit April 2001 (recte: 2011) dauerhaft zu 100 % arbeitsunfähig. In einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe jedoch seit Juni 2015 eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte wechselbelastend ausgeführt werden können, ohne längeres

Stehen, ohne längeres Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauender Stellung. Ebenfalls unvorteilhaft seien Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität. Wegen der Schmerzen seien der Beschwerdeführerin vermehrte Pausen zu gewähren, was die 20%ige Einschränkung im Sinne einer verminderten Leistungsfähigkeit erkläre (IV-Nr. 247 S. 90 ff.). Zum zeitlichen Verlauf der Arbeitsfähigkeit hielten die L.____-Gutachter fest, retrospektiv könne der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin zwischen April 2011 (CTS-Operation) und Dezember 2014 (letzte Fussoperation) bzw. Juni 2015 (drei Monate nach der Sinusvenenthrombose) als instabil betrachtet werden. In dieser Zeit sei die Beschwerdeführerin mehrheitlich zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen. Seit Juni 2015 bestehe jedoch in einer dem körperlichen Leiden optimal angepassten Verweistätigkeit eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von 80 % (IV-Nr. 247 S. 101; vgl. E. II. 5.18 hiervor). Demnach kamen die Experten des L.____ aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse im Rahmen der Konklusion zum Schluss, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin insoweit stabilisiert und relevant verbessert hatte, als ihr ab Juni 2015 die Ausübung einer adaptierten Verweistätigkeit mit einem Arbeitspensum von 80 % zugemutet werden konnte. Im Zeitpunkt des Rentenbeginns am 1. April 2012 und in der Zeit danach präsentierte sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin noch erheblich schlechter. Damals bestand nach der am 28. April 2011 durchgeführten Dupuytren- und Karpaltunnel-operation an der linken Hand und den in der Folge aufgetretenen Komplikationen (Morbus Sudeck bzw. CRPS), der am 15. Juni 2012 durchgeführten Operation am rechten Knie sowie der Operationen am rechten Fuss vom 22. Mai und 30. Oktober 2013 sowie 12. Februar und 11. Dezember 2014 und insbesondere auch aufgrund der am 3. März 2015 erlittenen Sinusvenenthrombose eine instabile gesundheitliche Situation, weshalb angesichts der multiplen somatischen und psychischen Beschwerden sowie mehrerer Klinikaufenthalte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin auch für körperlich leichte Tätigkeiten ohne weiteres nachvollzogen werden kann (vgl. E. II. 5.1 bis 5.11 hiervor).

Nach der übereinstimmenden Beurteilung der L.____-Gutachter kann aber für die Zeit ab Juni 2015 aufgrund der aktuellen Untersuchungsergebnisse von einem deutlich verbesserten Gesundheitszustand ausgegangen werden. Der rheumatologische Teilgutachter Dr. med. AA.____ kam zum Schluss, bei der Explorandin handle es sich um eine sich in gutem Allgemeinzustand befindende, normal und hinkfrei gehende Frau. Die Funktion der operierten linken Hand bestehe eigentlich vollständig und der Faustschluss sei vollständig und kräftig. Angesichts der multilokulären Probleme im Bereich der Schulter rechts, vor allem aber beider Kniegelenke und des rechten oberen und unteren Sprunggelenks und der damit im Zusammenhang stehenden vermehrten Pausen infolge der Schmerzen wurde der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit mit funktionellen Einschränkungen attestiert (vgl. IV-Nr. 247 S. 54 f.). Aus allgemein-internistischer, neurologischer, neuropsychologischer und psychiatrischer Sicht konnten die Fachärzte keine zusätzlichen, die Arbeitsunfähigkeit von 20 % erhöhenden Einschränkungen der Arbeits- und Leistungsfähigkeit feststellen. So hielt der neurologische Teilgutachter Dr. med. AB.____ bezüglich der Schwindelbeschwerden fest, es finde sich aktuell kein Hinweis auf eine zentral- oder peripher-vestibuläre Störung. Die von der Explorandin vorgetragene, insbesondere in der zweiten Hälfte 2015 und im Jahr 2016 zunehmende Schwindelsymptomatik sei gemäss der Anamnese sehr gut mit einem phobischen Schwankschwindel zu vereinbaren. Das ausschliesslich situative Auftreten des Schwindels, die klare Angstbesetzung und auch die Progredienz dieser

Schwindelform bei gleichzeitiger Regredienz des MR-tomographischen Befundes der Sinusvenenthrombose sprächen gegen einen kausalen Zusammenhang und somit auch gegen eine organische Genese der aktuell beklagten Schwankschwindelsymptomatik. Auf fachneurologischem Gebiet bestehe somit keine zusätzliche Minderung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 247 S. 57). Im Weiteren haben die aus neuropsychologischer Sicht festgestellten isolierten Teilleistungsschwächen keinen Einfluss auf die Funktionsfähigkeit sowohl im Alltag als auch unter den meisten beruflichen Anforderungen (IV-Nr. 247 S. 64 f.). Sodann kam die psychiatrische Teilgutachterin aufgrund ihrer Untersuchungsergebnisse zum Schluss, es liege keine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vor. Med. pract. AD. ___ hielt fest, nachdem schon Dr. med. H. ___ keine eigentliche depressive Symptomatik habe feststellen können, weshalb er die geringfügige Symptomatik mit F33.9 kodiert habe (IV-Nr. 177.1. S. 22; vgl. E. II. 5.8.2 hiervor), habe auch bei der aktuellen Begutachtung keine eigentliche depressive Episode diagnostiziert werden können. Multiple psychosoziale Belastungen, die sich im Verlauf der Biographie angehäuft hätten, und die Aufeinanderfolge verschiedener ebenfalls belastender und schmerzhafter Operationen, teilweise mit Komplikationen, hätten zu einem chronifizierten Schmerzsyndrom geführt. Aufgrund der multiplen belastenden Lebensereignisse mit zunehmender, sich chronifizierender Schmerzsymptomatik seien die Ressourcen der Beschwerdeführerin zwar etwas eingeschränkt, es ergäben sich jedoch keine Hinweise für eine weitere psychische Störung, auch nicht für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder ■störung. Die diagnostizierte chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychische Faktoren (ICD-10: F45.41) wurde ausdrücklich als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingestuft (IV-Nr. 247 S. 75 ff.).

Nach dem Gesagten ist aufgrund der vorerwähnten fachärztlichen Angaben drei Monate nach der Sinusvenenthrombose vom 3. März 2015, d.h. ab Juni 2015, von einem stabilisierten Gesundheitszustand auszugehen. Dies kann auch anhand des Berichts des I. ___ vom 9. März 2015 nachvollzogen werden, da von den behandelnden Ärzten eine Arbeitsunfähigkeit bis zum 12. April 2015 attestiert wurde (IV-Nr. 204 S. 4 bzw. 207 S. 15). Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 29. September 2015 (Bericht des I. ___ vom 9. Oktober 2015) wurde angegeben, bei bekannter Sinusvenenthrombose mit Beteiligung des Sinus transversus und Sinus sigmoideus links zeige sich ein positiver Verlauf, die Beschwerden seien seit März 2015 etwas rückläufig (IV-Nr. 216 S. 11; vgl. E. II. 5.13). Auch der Hausarzt Dr. med. X. ___ äusserte sich in diesem Sinne, wonach die gesundheitliche Situation aktuell stabil sei, wobei die Beschwerdeführerin noch unter chronischem Schwindel leide. Die Entwicklung bezüglich des rechten Fusses (letzte Operation im Dezember 2014) sei jedoch erfreulich und die Beschwerden seien diesbezüglich eindeutig zurückgegangen (Bericht vom 24. November 2015; IV-Nr. 216 S. 7; E. II. 5.15 hiervor). Somit stützen die vorliegenden Berichte der behandelnden Ärzte die Einschätzung der L. ___-Gutachter. Eine relevante Verbesserung des Gesundheitszustands ab Juni 2015 wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht bestritten. Sie macht vielmehr geltend, der rheumatologische Gutachter Dr. med. AH. ___ komme zum Schluss, dass von November 2016 bis November 2017 eine instabile gesundheitliche Situation bestanden habe. Es sei von einer veränderten gesundheitlichen Situation mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auszugehen. Neu seien die Einschränkungen in den Händen hinzugekommen. Es sei von einer 40%igen Arbeitsunfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

6.4 Nach Eingang der Stellungnahme des Hausarztes vom 24. März 2017, wonach im Zeitpunkt der Erstellung des L.____-Gutachtens eine weitere relevante Diagnose (Verdacht auf seronegative rheumatoide Arthritis, EM 11/2016; vgl. Berichte des J.____ vom 1. Februar und 23. März 2017; vgl. E. II. 5.19 f. hiervor) hinzugekommen sei, die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die übrigen involvierten Fachärzte mehr oder weniger ignoriert worden sei und realistisch gesehen eine zumutbare Restarbeitsfähigkeit von zwischen 30 und 50 % bestehe (IV-Nr. 255), veranlasste die Beschwerdegegnerin Rückfragen beim rheumatologischen L.____-Gutachter Dr. med. AA.____, welcher am 2. August 2017 ausführte, die zusätzliche rheumatologische Diagnose einer Kalziumpyrophosphatarthropathie müsse als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit angesehen werden. Wegen einer Kalziumpyrophosphatarthropathie, bei welcher gemäss den Berichten des I.____ nach begonnener Therapie eine massivste Beschwerdereduktion eingetreten sei (IV-Nr. 257; vgl. E. II. 5.21 hiervor), ändere sich aus rheumatologischer Sicht an der Arbeitsfähigkeit nichts. Diese Krankheit führe nicht zu einer dauernden Invalidität und sei gut behandelbar (IV-Nr. 260; vgl. E. II. 5.23 hiervor).

Nach Rücksprache mit dem RAD veranlasste die Beschwerdegegnerin im Vorbescheidverfahren eine ergänzende rheumatologische Begutachtung, welche aufgrund der Untersuchung vom 16. Januar 2018 zu folgenden Ergebnissen kam: Dr. med. M.____ stellte in seinem ergänzenden rheumatologischen Gutachten vom 12. März 2018 die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer Calciumpyrophosphat-Arthropathie, einer trikompartimentären Gonarthrose mit Val-gusfehlstellung beidseits, einer Sehnetotalruptur links des Peroneus longus und partiell des Peroneus brevis am 21. Oktober 2017, eines Status nach 4-maliger Arthrodesen einer Talonavikulararthrose rechts vom Mai 2013 bis Dezember 2014 sowie einer Periarthropathia humeroscapularis tendinotica rechts und kam zum Schluss, die von der Beschwerdeführerin in den Akten seit Mai 2015 angegebenen Schmerzen und Schwellungen der Fingergelenke hätten klinisch und sonomorphologisch bis zur Untersuchung im November 2017 nie objektiviert werden können. Der objektive Beginn der Calciumpyrophosphat-Arthropathie könne gestützt auf die Akten auf November 2016 terminiert werden. Danach sei der Verlauf gutartig gewesen mit jeweils raschem Ansprechen auf Steroidstosstherapien, intermittierend auch auf nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR). Nach Absetzen der Steroide oder auch der NSAR sei es rasch wieder zu einem monoartikulären oder polyartikulären Schub gekommen. Es handle sich somit um eine ■ vor allem die Metacarpophalangealgelenke (MCP-Gelenke) beidseits, teils auch Hand und Knie betreffende ■ schubförmig verlaufende entzündliche Gelenkerkrankung mit jeweils raschem Ansprechen auf Glukokortikoide und NSAR im Schub mit insgesamt guter Prognose. Bei der Beschwerdeführerin sei die Calciumpyrophosphat-Arthropathie objektiv eine gut zu behandelnde Erkrankung und führe nicht zur dauernden Invalidität, wie dies in der Regel der Fall sei. Zum ausgeprägten, akut aufgetretenen Raynaudphänomen der Zehen vor allem rechts, insbesondere an der 4. Zehe rechts, hielt Dr. med. M.____ im Weiteren fest, dieses habe sehr gut auf die Ilomedin-Therapie vom 7. September bis 5. Oktober 2017 angesprochen. Der Verlauf sei sehr gutartig gewesen und die Behandlung habe am 26. Oktober 2017 abgeschlossen werden können mit den Empfehlungen von Wärmeschutzmassnahmen, konsequenter Hautpflege und anhaltender sekundärer Prophylaxe. Das sekundäre Raynaudsyndrom sei eine Krankheit, welche nicht zur dauernden Invalidität geführt habe und zudem gut behandelbar sei. Retrospektiv müsse von einer Arbeitsunfähigkeit von 50 bis 100 % vom 1. September 2017 bis zum Abschluss der Ilomedin-Infusion am 5. Oktober 2017

ausgegangen werden. Ferner wies der rheumatologische Gutachter hinsichtlich der Sehnenruptur darauf hin, die mittels Schiene versorgte Sehnenruptur der langen Peroneus-Sehne sowie die Teilruptur der kurzen Peroneus-Sehne links vom 21. Oktober 2017 seien nicht invalidisierend und dauerhaft. Die Gehfähigkeit werde dadurch jedoch zusätzlich erschwert, was sich auch in der eingeschränkten Mobilität zeige. Retrospektiv sei auch hier die Arbeitsfähigkeit mit 50 bis 100 % vom Spitaleintritt vom 20. Oktober 2017 für vier, maximal sechs Wochen eingeschränkt gewesen. Schliesslich gab Dr. med. M. ___ an, in den letzten Jahren sei es immer wieder zu Missempfindungen, d.h. Parästhesien in den Fingern mit Einschlafen vor allem in der Nacht gekommen. Diese Beschwerden hätten teilweise auf die perineurale Infiltration des Nervus medianus angesprochen, teilweise jedoch auch nicht. Auch wenn es sich um ein relevantes Karpaltunnelsyndrom handle, führe diese gut operativ zu behandelnde Erkrankung zu keiner andauernden Invalidität. Schliesslich gab der Gutachter an, in der Zusammenschau der multiplen früheren und aktuellen Diagnosen falle immer wieder die Diskrepanz zwischen den subjektiv angegebenen Beschwerden und den objektiven Befunden, der dadurch auch teilweise verzögerten Diagnosestellung, dem protrahierten Verlauf und dem Schmerzvermeidungsverhalten auf. Es handle sich über all die Jahre, wie in den Akten festgehalten, um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren oder um ein Fibromyalgiesyndrom. Nach den Angaben von Dr. med. M. ___ kam ■ im Vergleich zum Zeitpunkt des L. ___-Gutachtens vom August / September 2016 ■ im November 2016 eine polyartikuläre, schubförmig verlaufende und gut zu behandelnde Calciumpyrophosphat-Kristallarthropathie hinzu, welche vorübergehend zur Einschränkung der Handfunktion und der Fingerfertigkeiten führe, jedoch insgesamt keine dauernde Invalidität zur Folge habe. Es könnten auch andere Gelenke betroffen sein. Zu den bisherigen Einschränkungen beider Knie- und der Fussgelenke bds., Schulter rechts sei neu eine Einschränkung der Handfunktionen der Fingerfertigkeiten hinzugekommen (IV-Nr. 281 S. 41 ff.; vgl. E. II. 5.28 hiervor).

Angesichts der oben wiedergegebenen Untersuchungsergebnisse im ergänzenden rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M. ___ vom 12. März 2018 ist somit von einer seit der Begutachtung durch das L. ___ neu hinzugekommenen Diagnose auszugehen, womit sich die Frage stellt, ob diese mit einer relevanten Veränderung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit der Beschwerdeführerin einhergeht. Dr. med. M. ___ stützte die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die L. ___-Gutachter, indem er darauf hinwies, in einer den körperlichen Leiden angepassten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht von Juni 2015 bis Oktober 2016 zu 80 % arbeitsfähig mit Einschränkungen gemäss dem L. ___-Gutachten. Weiter legt er dar, dass der Gesundheitszustand zwischen November 2016 (Erstmanifestation der Calciumpyrophosphat-Arthropathie) bis November 2017 (Beginn mit Behandlung Humira, Peroneus-Sehnen-Läsionen links) als instabil zu bezeichnen sei. Die Beschwerdeführerin sei in dieser Zeit zwischen 50 und 100 % arbeitsunfähig gewesen, wobei ergänzt werden müsse, dass sie zwischen Dezember 2016 bis Februar 2017 und auch im Juni, Juli 2017 eine stabile Phase gehabt habe. Seit November 2017 bestehe indessen eine zumutbare Rest-Arbeitsfähigkeit von 60 %. Somit geht er ab diesem Zeitpunkt von einer etwas geringeren Arbeitsfähigkeit aus als dies von den L. ___-Gutachtern attestiert worden war. Diese zusätzliche Einschränkung in Höhe von 20 % erklärt er damit, dass einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkoordination) reduziert sei und es andererseits immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener

Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne (z.B. der Gehfähigkeit, der Fingerfertigkeiten und beim Heben des Armes; IV-Nr. 281 S. 44 f. und 57). Dr. med. M.____ hält zwar auch fest, dass die hinzugekommene, schubartig auftretende Calciumpyrophosphat-Kristallarthropathie jeweils vorübergehend zu einer Einschränkung der Handfunktion und der Fingerfertigkeiten führe, jedoch insgesamt keine dauernde Invalidität zur Folge habe (vgl. IV-Nr. 281 S. 44 Ziff. 5.4). Damit wird jedoch zum Ausdruck gebracht, dass diese Diagnose nicht zu einer dauerhaften vollständigen Arbeitsunfähigkeit führt. Im Gegensatz zum rheumatologischen L.____-Gutachter, der zur neu hinzugekommenen Kalziumpyrophosphatarthropathie noch am 2. August 2017 im Sinne einer schriftlichen Rückmeldung (ohne die Beschwerdeführerin noch einmal untersucht zu haben) ausgeführt hatte, diese sei gut behandelbar und führe nicht zu einer andauernden Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 260; vgl. E. II. 5.23 hiervor), konnte sich Dr. med. M.____ auf eine erneute umfassende Untersuchung und weitere Arztberichte stützen. Daraus leitet er nachvollziehbar ab, dass zur von den L.____-Gutachtern bereits zugestandenene Leistungseinschränkung um 20 % aufgrund der Schmerzen bzw. Notwendigkeit von vermehrten Pausen eine weitere Einschränkung um 20 % hinzukomme, da einerseits die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkoordination) reduziert sei und es andererseits immer wieder zu vorübergehenden (im Entzündungsschub) Einschränkungen verschiedener Lokalisation, Ausprägung und Schweregrad kommen könne. Insofern ist nicht nachvollziehbar, weshalb die Beschwerdegegnerin nicht auf diese Einschätzung abstellte und davon ausging, dass es sich dabei lediglich um eine andere Beurteilung eines gleich gebliebenen Sachverhalts handeln sollte. So hat auch der RAD in Person von Dr. med. AF.____ in seiner Stellungnahme vom 8. Mai 2018 (IV-Nr. 285) ausgeführt, das vorliegende monodisziplinäre Gutachten sei in der Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes und der daraus resultierenden Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit / Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar.

6.5 Zusammenfassend ist aufgrund der polydisziplinären Begutachtungsergebnisse im L.____-Gutachten vom 16. Februar 2017 und im (ergänzenden) rheumatologischen Gutachten von Dr. med. M.____ vom 12. März 2018 erstellt, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Juni 2015 ■ im Vergleich zum Zeitpunkt des Rentenbeginns am 1. April 2012 ■ andauernd stabilisiert und damit relevant verbessert hat. Ab Juni 2015 ist in einer angepassten Verweistätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % auszugehen. Ab November 2017 besteht in einer angepassten Verweistätigkeit wiederum eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Hingegen lassen sich in der Eingabe der Beschwerdeführerin vom 27. März 2018 zum Gutachten von Dr. med. M.____ keine neuen medizinischen Gesichtspunkte erkennen (IV-Nr. 285 S. 4). Der medizinische Sachverhalt wurde mit den bisher erfolgten umfassenden Abklärungsmassnahmen rechtsgenügend abgeklärt (vgl. von der Beschwerdeführerin vorgelegtes Aufgebot zur ambulanten umfassenden Erstuntersuchung im AI.____, Zentrum für Schmerzmedizin, [...], vom 16. März 2018, IV-Nr. 284 S. 3). Es besteht kein Anlass, weitere medizinische und / oder berufliche Abklärungen zu veranlassen, da von weiteren Beweiserhebungen keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten sind (antizipierte Beweiswürdigung; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_576/2015 vom 21. September 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf BGE 136 I 229 E. 5.3 S. 236 f.).

E. 7

7.1 Die Beschwerdeführerin lässt zu ihrem Status geltend machen, ihr Invaliditätsgrad sei nicht in Anwendung der gemischten Methode, sondern der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs zu ermitteln. Sie sei ab Ende Juni 2014 als Vollerwerbstätige einzustufen (Beschwerde, S. 5 f. Ziff. 3.).

Dazu ist Folgendes festzuhalten: Die für die Methodenwahl (Einkommensvergleich, gemischte Methode, Betätigungsvergleich) entscheidende Statusfrage, nämlich ob eine versicherte Person als ganzzeitig oder zeitweilig erwerbstätig oder als nicht erwerbstätig einzustufen ist, beurteilt sich danach, was diese bei im Übrigen unveränderten Umständen täte, wenn keine gesundheitliche Beeinträchtigung bestünde. Entscheidend ist somit nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen (vgl. Art. 27 IVG) sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist. Die Beantwortung der Statusfrage erfordert zwangsläufig eine hypothetische Beurteilung, die auch hypothetische Willensentscheidungen der versicherten Person zu berücksichtigen hat. Derlei ist einer direkten Beweisführung wesensgemäss nicht zugänglich und muss in aller Regel aus äusseren Indizien erschlossen werden (Urteile des Bundesgerichts 8C_728/2019 vom 10. Juni 2020 E. 1.2, 9C_752/2019 vom 25. Februar 2020 E. 3.1 und 8C_133/2019 vom 20. August 2019 E. 4.1, je mit Hinweisen).

7.2 Im Früherfassungsgespräch (Intake) vom 9. August 2011 gab die Beschwerdeführerin, Mutter eines im Jahr 1985 geborenen und im Jahr 2001 infolge eines Unfalls verstorbenen Sohnes sowie einer im Jahr 1987 geborenen Tochter, an, ihr persönliches Wunschpensum ohne Behinderung liege zwischen 50 und 70 %, eher bei 70 %. Sie lebe in einer Partnerschaft, komme aber finanziell für sich alleine auf. Die Tochter sei erwachsen. Ihr Lebenspartner unterstütze sie sehr (IV-Nr. 72 f.). Im Abklärungsbericht vom 24. Juli 2013 legte die Abklärungsfachfrau der Beschwerdegegnerin zum Status der Beschwerdeführerin dar, wenn man den im Jahr 2008 abgerechneten Lohn der Beschwerdeführerin gemäss dem Auszug aus dem individuellen Konto (IK) von CHF 58'692.00 (vgl. IV-Nr. 86 S. 2) nehme und diesen durch den Stundenlohn von CHF 35.90 dividiere (vgl. Angaben der letzten Arbeitgeberin [B.____-Dienste [...]] vom 11. November 2011, IV-Nr. 88 S. 2 f.), ergebe dies 1'635 Stunden pro Jahr. Bei 41.6 Stunden pro Woche errechne sich eine Jahresstundenzahl von 2'086 Stunden (100 %). 1'635 Stunden entsprächen einem Arbeitspensum von 78 %. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie zu ca. 70 % arbeiten wolle. Somit müsse dies bei der Grundlage für die gemischte Methode berücksichtigt werden, auch wenn sie bei der B.____ [...] «nur» in einem Pensum von 55 bis 60 % angestellt gewesen sei (vgl. IV-Nr. 88 S. 3). Da sie im Stundenlohn gearbeitet habe, wäre es möglich gewesen, dass sie dieses Pensum auch hätte ausdehnen können. Genaue Angaben dazu fehlten, da sie dort nur kurze Zeit gearbeitet habe. Die Beschwerdeführerin habe erklärt, dass sie weiterhin im etwa gleich hohen Pensum arbeiten würde wie vor der Krankschreibung. Sie lebe schon seit sieben

Jahren mit ihrem aktuellen Partner zusammen in einem älteren Einfamilienhaus in [...], das pflegeintensiv sei. Der Lebenspartner beziehe eine 50%ige Suva-Rente, arbeite als Aushilfe beim Schülertransport und im Winter als Eismeister in der [...]. Aus finanzieller Sicht müsste sie doch in einem höheren Pensum, zu 70 % oder sogar 80 %, erwerbstätig sein; 100 % habe sie nie gearbeitet. Die Beschwerdeführerin bekomme keine Sozialhilfe, da erwartet werde, dass sie ihre Versicherungsleistungen zuerst ausschöpfe (private Lebensversicherung). Somit sei die finanzielle Situation für sie zurzeit schwierig. Unter Berücksichtigung des Umstands, dass sie in den Jahren 2008 und 2009 in einem knappen 80%-Pensum gearbeitet habe, sei klar, dass sie mindestens in diesem Pensum weitergearbeitet hätte (IV-Nr. 136 S. 2 ff.).

7.3 Angesichts der vorerwähnten Abklärungsergebnisse ist vorliegend davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin auch nach dem Eintritt ihrer gesundheitlich bedingten Arbeitsunfähigkeit am 28. April 2011 in den folgenden Jahren mit einem Pensum von 80 % erwerbstätig gewesen wäre. Dafür sprechen die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse der Beschwerdeführerin. Insbesondere ihre finanziell angespannte Situation lässt die Annahme zu, dass sie ihr zuletzt ausgeübtes Arbeitspensum als Hauspflegerin bei den B.____-Diensten [...] von zwischen 55 und 60 % auf 80 % ausgedehnt hätte, zumal ihre 1987 geborene Tochter längst erwachsen war und sie demnach keinen Betreuungspflichten mehr nachzukommen hatte. Dafür spricht auch der Umstand, dass die Beschwerdeführerin von ihrem Lebenspartner im Allgemeinen zwar unterstützt wurde, in finanzieller Sicht von ihm als Suva-Rentner jedoch keine Hilfe erwarten konnte. Im Weiteren erwies sich das zusammen mit ihrem Lebenspartner bewohnte ältere Einfamilienhaus [...] gemäss ihren Angaben als pflege- und damit wohl auch als kostenintensiv. Insbesondere aus wirtschaftlichen Überlegungen wäre ein 80%-Pensum daher sicherlich angezeigt gewesen. Demgegenüber kann nicht von einem hypothetischen Vollzeitarbeitspensum (100 %) ausgegangen werden, übte die Beschwerdeführerin doch ein solches Arbeitspensum unbestrittenermassen nie aus (vgl. auch IK-Auszug vom 25. Oktober 2011, IV-Nr. 86), auch dann nicht, als sie nach weggefallener Kinderbetreuung dazu die Möglichkeit gehabt hätte. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin gemäss ihren Angaben Ende Juni 2014 in eine eigene 1-Zimmerwohnung nach [...] umziehen musste, weil sie sonst angesichts des bestehenden Konkubinats keine Unterstützung durch die Sozialbehörden mehr erhalten hätte (vgl. interdisziplinäres Gutachten von Dr. med. H.____ vom 18. Juli 2014, IV-Nr. 177.1 S. 4; vgl. auch IV-Nr. 183 S. 4, 190 S. 2 und 247 S. 71, 76 und 89), vermag daran nichts zu ändern. Die finanzielle Situation der Beschwerdeführerin war schon bereits im Jahr 2011 angespannt, als sie bei ihrer letzten Arbeitgeberin noch im Rahmen eines Pensums von zwischen 55 und 60 % gearbeitet hatte. Schon damals musste sie für ihren Lebensunterhalt alleine aufkommen und eine Vollzeitbeschäftigung wäre angesichts der finanziell schwierigen Situation angezeigt gewesen (vgl. IV-Nr. 73, 88 und 136). Der bescheidenere Aufwand für die Haushaltstätigkeiten in der Einzimmerwohnung ab 1. Juli 2014 vermag unter den gegebenen Umständen die Annahme einer hypothetischen Vollzeiterwerbstätigkeit im Gesundheitsfall nicht zu begründen, zumal die Beschwerdeführerin am 1. Oktober 2017 wieder bei ihrem Lebenspartner in sein älteres Einfamilienhaus in [...] einzog (vgl. Abklärungsbericht vom 29. August 2017, IV-Nr. 263 S. 3). Die Trennung von ihrem Lebenspartner und der (erneute) Auszug aus dem Einfamilienhaus per 1. November 2018 hat ebenfalls keinen Einfluss auf den Status der Beschwerdeführerin; gemäss ihren Angaben musste sie unabhängig davon bereits seit längerer Zeit selber für ihren Lebensunterhalt aufkommen

(IV-Nr. 73 S. 2). Da sie es dennoch vorzog, trotz der angespannten wirtschaftlichen Situation nie einer Vollzeitbeschäftigung nachzugehen, erscheint nach dem Gesagten eine hypothetische Erwerbstätigkeit der Beschwerdeführerin im Ausmass von 80 % als überwiegend wahrscheinlich. Es ist kein Grund ersichtlich, dass die Beschwerdeführerin abweichend von den Angaben der Abklärungsfachfrau ab Ende Juni 2014 als Vollzeitbeschäftigte einzustufen wäre, wie dies von ihr geltend gemacht wird. Demnach ist zur Ermittlung des Invaliditätsgrades der Beschwerdeführerin die gemischte Methode anzuwenden.

E. 8

8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungsgrundsatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdeführerin arbeitete ab November 1995 als diplomierte Hauspflegerin (vgl. Diplom vom 16. September 1980, IV-Nr. 80) beim [...] sowie ab Februar 1999 im Rahmen einer Nebenbeschäftigung als Nachtwache in der Alterspension [...], [...] (vgl. IV-Nr. 2, 5, 7, 19, 24). Nach dem Abbruch der von der IV gewährten einjährigen Umschulung zur Medizinischen Praxisassistentin wurde das Begehren der Beschwerdeführerin, sich zur ganzheitlichen Bestatterin ausbilden zu lassen, abgelehnt (vgl. IV-Nr. 53 S. 7, 62 S. 3 ff.). In der Folge arbeitete sie erneut als Hauspflegerin bzw. Nachtwache und bildete sich in der Pflege weiter aus (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 72). Vor ihrer (erneuten) IV-Anmeldung am 8. Oktober 2011 war sie zuletzt seit dem 17. Mai 2010 als Hauspflegerin im Stundenlohn bei den B.___-Diensten, [...], im Rahmen eines Teilzeitpensums (zwischen 55 und 60 %) tätig; ab 28. April 2011 wurde sie krankheitshalber vollständig arbeitsunfähig geschrieben (IV-Nr. 73, 75, 79 S. 4 und 88). Per Ende Dezember 2011 wurde das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin aufgelöst (IV-Nr. 88). Angesichts des bei der letzten Arbeitgeberin erst am 17. Mai 2010 angetretenen, kurzen Arbeitsverhältnisses und der unterschiedlichen, je nach Bedarf erfolgten Arbeitseinsätze (vgl. IV-Nr. 88 S. 3) erscheint es als sachgerecht, dass die Beschwerdegegnerin für die Berechnung des Valideneinkommens auf die Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abstellte. Dies wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten, sie wendet lediglich ein, bei der Festsetzung des Valideneinkommens (ab April 2012) hätte die Beschwerdegegnerin angesichts der erfolgten Aus- und Weiterbildung der Beschwerdeführerin nicht auf den Wert des Niveaus 4, sondern auf denjenigen des Niveaus 3 abstellen müssen. Es trifft zu, dass die Beschwerdegegnerin bei der Festsetzung des Valideneinkommens ab April 2012 fälschlicherweise auf den Tabellenwert des Niveaus 4 abstellte, bildet dieses Niveau doch die standardisierten Löhne für einfache und repetitive Tätigkeiten ab. Aufgrund der erworbenen Berufs- und Fachkenntnisse wäre die Berücksichtigung des Niveaus 3 sachgerecht gewesen. Angesichts des ermittelten Invaliditätsgrads von 84 % und damit der Feststellung des Anspruchs auf eine ganze Rente erweist sich dieser Fehler jedoch als irrelevant. Bei der Festsetzung des Valideneinkommens ab Juni 2015 stützte sich die

Beschwerdegegnerin jedoch auf den korrekten Tabellenwert (LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill-level, Ziff. 86-88, Gesundheits- und Sozialwesen, Frauen), wobei sie das Kompetenzniveau 2 (Praktische Tätigkeiten wie u.a. Pflege) berücksichtigte. Bei einem Teilzeitpensum von 80 % und unter Berücksichtigung der Teuerung (Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen, Gesundheitswesen [Ziff. 86 bis 88]; 2014: 101.4, 2015:101.8) sowie der durchschnittlichen betrieblichen Wochenarbeitszeit von 41.5 Stunden im Jahr 2015 (Arbeitsmarktindikatoren 2016, Tabelle T18) beläuft sich das Valideneinkommen ab Juni 2015 auf CHF 51'676.00.

8.2 Die Beschwerdeführerin ging seit der Auflösung des Arbeitsverhältnisses per Ende Dezember 2011 (IV-Nr. 88) keiner Erwerbstätigkeit mehr nach. Sie war ab April 2012 ausschliesslich als Teilnehmerin im kaufmännischen Bereich im Rahmen von Frühinterventionsmassnahmen (persönliches Coaching, Belastbarkeitstraining) und anderen Eingliederungsmassnahmen (Bewerbungscoaching, Aufbaustraining) tätig (vgl. IV-Nr. 94, 103, 107, 115, 123 und 177.3). In der Folge wurde die berufliche Eingliederung angesichts der noch nicht beendeten Rehabilitation abgeschlossen (IV-Nr. 129). Demnach sind zur Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls die LSE-Tabellenwerte heranzuziehen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 2014, Art. 28a, S. 340 N 90). Nach den massgebenden fachärztlichen Angaben ist die Beschwerdeführerin ab 1. Juni 2015 in der Lage, einer angepassten Tätigkeit mit einem Pensum von 80 % nachzugehen. Somit könnte sie ein Einkommen von CHF 3'440.00 pro Monat bzw. CHF 41'280.00 pro Jahr (80 % von CHF 4'300.00; LSE 2014, Tabelle TA1_tirage_skill-level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Frauen, Total, Kompetenzniveau 1 [Einfache Tätigkeiten körperlicher und handwerklicher Art]) erzielen. Nach Berücksichtigung der durchschnittlichen wöchentlichen Betriebsarbeitszeit im Jahr 2015 (41.7 Stunden) und des Nominallohnindex bis 2015 (Frauen, Total: 2014: 103.6, 2015: 104.1) resultiert ein Einkommen von CHF 3'603.50 pro Monat bzw. CHF 43'242.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 129 V 472 E. 4.2.3 S. 481; 126 V 75 E. 5b/bb S. 80). Die Beschwerdegegnerin berücksichtigte bei der Festsetzung des Invalideneinkommens keinen leidensbedingten Abzug. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist nicht automatisch angezeigt, wenn aus gesundheitlichen Gründen keine schwere körperliche Arbeit mehr verrichtet werden kann. Sind nurmehr leichte körperliche Tätigkeiten zumutbar, bildet dies vielmehr ■ grundsätzlich ■ keinen Anlass für einen zusätzlichen leidensbedingten Abzug (Urteil des Bundesgerichts 9C_264/2016 vom 7. Juli 2016 E. 5.2.1 mit Hinweis). Der Tabellenlohn gemäss der LSE-Tabelle TA1, Kompetenzniveau 1, umfasst bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten (Urteil des Bundesgerichts 9C_833/2017 vom 20. April 2018 E. 5.1 mit Hinweis).

Im vorliegenden Fall bestehen bei der Beschwerdeführerin verschiedene körperliche Einschränkungen (leidensangepasste, wechselbelastende Tätigkeit, ohne längeres Stehen und Gehen, ohne Arbeiten auf Leitern und ohne Arbeiten in kauender Stellung, keine repetitiven, manuell anspruchsvollen Tätigkeiten, keine Arbeiten über der 90 °-Ebene mit der rechten oberen Extremität; vgl. IV-Nr. 247 S. 90/101 und 281 S. 44). Wenig geeignet sind auch Tätigkeiten in nasser, kalter Umgebung (IV-Nr. 281 S. 43). Angesichts der von der Beschwerdeführerin absolvierten Ausbildung zur diplomierten Hauspflegerin, ihrer langjährigen Berufserfahrung und der erfolgten Weiterbildung (vgl. Lebenslauf [IV-Nr. 177.3]) ist davon auszugehen, dass auch unter Berücksichtigung der erwähnten funktionellen Einschränkungen und eines fortgeschrittenen Erwerbsalters von (im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung) 59 Jahren und 4 Monaten im entsprechenden Kompetenzniveau noch Tätigkeiten auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt offenstehen. Die der Beschwerdeführerin wegen der Schmerzen zu gewährenden vermehrten Pausen wurden mit einer um 20 % verminderten Leistungsfähigkeit berücksichtigt. Ebenfalls berücksichtigt wird ab November 2017 eine weitere Einschränkung um 20 %, weil die manuelle Tätigkeit (Grob- und Feinkoordination) reduziert ist und es jeweils zu vorübergehenden Entzündungsschüben kommen kann. Ist von einem genügend breiten Spektrum an zumutbaren Verweisungstätigkeit auszugehen, können unter dem Titel leidensbedingter Abzug grundsätzlich nur Umstände berücksichtigt werden, die auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) als ausserordentlich zu bezeichnen sind. Eine solche Konstellation ist hier nicht gegeben. Somit besteht kein Raum für einen behinderungsbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Das Kriterium des reduzierten Beschäftigungsgrades bei teilzeitlich angestellten Frauen fällt nicht ins Gewicht, verdienen diese laut Statistik doch oftmals nicht weniger als Vollzeitbeschäftigte. Der von der Beschwerdeführerin geltend gemachte leidensbedingte Abzug von 15 % kann nach dem Gesagten nicht berücksichtigt werden. Damit bleibt es bei einem Invalideneinkommen von CHF 43'242.00 pro Jahr.

8.3 In Anwendung der bis 31. Dezember 2017 gültig gewesenen gemischten Methode zur Berechnung des Invaliditätsgrads setzte die Beschwerdegegnerin den Invaliditätsgrad der Beschwerdeführerin im erwerblichen Bereich auf 100 % und denjenigen im Haushalt auf 20 % fest, was nach der zutreffenden Gewichtung (80 % Hauspflegerin, 20 % Haushalt) einen (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 84 % und damit ■ nach Ablauf des Wartejahres ■ einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente ab 1. April 2012 ergibt, was ■ abgesehen von der Festsetzung des Valideneinkommens gemäss dem Tabellenlohn in Anwendung des Anforderungsniveaus 4 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) ■ nicht zu beanstanden ist. Der Invaliditätsgrad im Haushalt in Höhe von 20 % (vgl. Abklärungsbericht der Abklärungsfachfrau vom 29. August 2017 [IV-Nr. 263]), wonach die Beschwerdeführerin an guten Tagen leichte Haushaltarbeiten ausführen kann, bei schwereren Arbeiten und Verrichtungen, die über Kopf ausgeführt werden müssen, jedoch Unterstützung vom Lebenspartner benötigt, erscheint vor dem Hintergrund der bestehenden Schadenminderungspflicht als sachgerecht und wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Ab Juni 2015 ist dem Valideneinkommen von CHF 51'676.00 ein Invalideneinkommen von CHF 43'242.00 gegenüberzustellen, was zu einem Invaliditätsgrad im erwerblichen Bereich von 16.32 % führt. Nach der Gewichtung der Invaliditätsgrade im erwerblichen Bereich und im Haushalt (80 % Hauspflegerin, 20 % Haushalt) ergibt dies einen (Gesamt-)Invaliditätsgrad von 17.06 %.

Gemäss der ab 1. Januar 2018 geltenden Berechnungsmethode (vgl. E. II. 2.3.2 hiervor) ist das Valideneinkommen von CHF 51'676.00 auf 100 % hochzurechnen, was zu einem Valideneinkommen von CHF 64'595.00 führt. Aus der Gegenüberstellung dieses Einkommens mit dem Invalideneinkommen von CHF 43'242.00 ergibt sich eine Einschränkung im erwerblichen Bereich von 33.06 %. Unter Berücksichtigung der unbestrittenen Einschränkung im Haushalt von 20 % führt dies nach der erwähnten Gewichtung zu einem (Gesamt-)Invaliditätsgrad von abgerundet 30 % ($[33.06 \% \times 0.8]$ und $[20 \% \times 0.2] = 30.448 \%$). Damit besteht sowohl nach der alten als auch nach der neuen Berechnungsmethode ab dem 1. Oktober 2015 kein Rentenanspruch mehr (vgl. E. II. 2.2 hiervor).

E. 9

9.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, praxisgemäss in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich ("vermutungsweise") anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und / oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass entgegen der Regel die versicherte Person in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotenzial auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (BGE 145 V 209 E. 5.1 S. 211 f.). Diese Rechtsprechung gelangt gemäss dem eben zitierten Bundesgerichtsentscheid bei einer rückwirkend abgestuften oder befristeten Rentenzusprechung gleichermassen zur Anwendung. Im Blickpunkt steht hier weniger der langjährige Rentenbezug, sondern es geht vor allem um jene Versicherten, die im Zeitpunkt der Berentung bei gleichzeitiger Abstufung und / oder Aufhebung des Anspruchs das Alter von 55 Jahren bereits erreicht haben. Für diese Kategorie, für die die Wiedereingliederung auch schon als faktisch ausgeschlossen bezeichnet wurde, richtet sich die rückwirkende Zusprache einer in der Höhe abgestuften und / oder zeitlich befristeten Invalidenrente grundsätzlich nach denselben Regeln wie die Revision eines bestehenden Rentenanspruchs nach Art. 17 Abs. 1 ATSG. Schon aus diesem Grund wäre eine unterschiedliche Behandlung der Selbsteingliederungsfrage, je nachdem ob mit der Zusprache der Invalidenrente zugleich ("uno actu") deren Revision erfolgt oder ob sich diese auf einen bereits bestehenden Rentenanspruch bezieht, kaum zu rechtfertigen. Sie liesse sich erst recht nicht halten, wenn mitbedacht wird, dass die Wahrscheinlichkeit der "Uno-actu-Konstellation" mit zunehmender Dauer des Verwaltungsverfahrens zunimmt. In der Konstellation einer (rückwirkenden) Rentenzusprache und (zumindest teilweisen) -aufhebung durch ein und denselben Akt, sind Versicherte betroffen, die hier zwar nicht durch langjährigen Rentenbezug, jedoch immerhin zufolge invalidisierender Beeinträchtigung ihrer Gesundheit (d.h. invaliditätsbedingt) über einen mehr oder weniger langen Zeitraum überhaupt nicht mehr oder nur noch beschränkt eingegliedert waren.

Insofern hat denn auch das Bundesgericht bereits klargestellt, dass sich die Frage der Selbsteingliederung bei fortgeschrittenem Alter schon bei vergleichsweise kurzer Rentenbezugsdauer stelle. Demnach findet die Rechtsprechung, wonach es bei der wiedererwägungs- oder revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr oder mehr als 15 Jahre dauerndem Rentenbezug grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen gilt, auch dann Anwendung, wenn zeitgleich mit der Rentenzusprache über deren Befristung und / oder Abstufung befunden wird (BGE 145 V 209 E. 5.3 und 5.4 S. 212 ff.). Welches dabei der für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres massgebliche Zeitpunkt sein soll, der Zeitpunkt der Verfügung selbst, derjenige der darin verfügten Rentenabstufung bzw. -aufhebung oder jener des Feststehens der entsprechenden medizinischen Zumutbarkeit, hat das Bundesgericht im zitierten Entscheid offen gelassen.

9.2 Vorliegend wird der Beschwerdeführerin für die Zeit vom 1. April 2012 bis 30. September 2015, somit für dreieinhalb Jahre, eine ganze Rente zugesprochen. Bei Erlass der Rentenverfügung am 16. März 2019 war sie 59 Jahre und 4 Monate alt. Auch zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung (Ende September 2015) sowie des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer Erwerbstätigkeit (Juni 2015) war sie bereits über 55 Jahre alt. Somit ist die Rechtsprechung gemäss Ziff. 9.1 hiervor im vorliegenden Fall zu berücksichtigen.

Die Beschwerdeführerin hat sich zur Frage vernehmen und ausführen lassen, die neue Rechtsprechung finde in ihrem Fall Anwendung. Als Konsequenz von unterlassenen Eingliederungsmassnahmen stelle das Bundesgericht fest, dass die Rentenaufhebung nicht rechtmässig erfolgt sei.

Die Beschwerdegegnerin stellt sich auf den Standpunkt, es seien mit der Beschwerdeführerin bereits berufliche Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden. Am 21. März 2012 habe ein Erstgespräch mit der zuständigen Eingliederungsfachperson stattgefunden, schliesslich sei Kostengutsprache für ein persönliches Coaching von 30 Stunden erteilt worden. Dieses habe auch die Vorbereitung auf ein Belastbarkeitstraining beinhaltet. Anschliessend hätten ein Belastbarkeitstraining in der Visio Coaching und ein Aufbaustraining im Altersheim «[...]» in [...] stattgefunden. Aufgrund einer weiteren Operation des Fusses habe sich die Beschwerdeführerin dazu entschieden, die beruflichen Eingliederungsmassnahmen abzubrechen und um Rentenprüfung gebeten. Von Seiten des Altersheims wäre es möglich gewesen, das Belastbarkeitstraining nach erfolgter Fussoperation weiterzuführen. Die Beschwerdeführerin habe aber darauf verzichtet. Die Beschwerdegegnerin habe somit bereits eingehende berufliche Eingliederungsmassnahmen durchgeführt. Diese seien von der Beschwerdeführerin freiwillig abgebrochen und nicht weitergeführt worden. Daraus sei auf einen fehlenden subjektiven Eingliederungswillen zu schliessen. Dies ergebe sich auch aus der Beschwerdeschrift, worin durchgehend eine ganze Invalidenrente verlangt werde. Unter diesen Gesichtspunkten wären weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen nicht zielführend. Ausserdem sei bereits in den durchgeführten Eingliederungsmassnahmen das notwendige Rüstzeug vermittelt worden, damit sich die Beschwerdeführerin selbst wieder im Erwerbsleben eingliedern könne.

9.3 Die Argumentation der Beschwerdegegnerin, es seien im vorliegenden Fall bereits Eingliederungsmassnahmen durchgeführt worden, ist nicht stichhaltig. Die genannten Eingliederungsbemühungen fanden in den Jahren 2012 und 2013 statt. Gemäss Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung vom 29. Mai 2013 (IV-Nr. 129) habe die

Beschwerdeführerin zuerst ein Belastbarkeitstraining absolviert und hätte anschliessend in einem Altersheim ein Aufbautraining beginnen können. Leider sei eine Fussoperation dazwischengekommen. Die Massnahmen wurden mit der Begründung abgeschlossen, dass berufliche Eingliederungsmassnahmen derzeit nicht möglich seien und die Rehabilitation abgewartet werden müsse. Anschliessend führte die Beschwerdegegnerin die Rentenprüfung durch. Im Juli 2013 wurde ein Abklärungsbericht Haushalt erstellt (IV-Nr.136), es wurden medizinische Unterlagen eingeholt und eine Begutachtung in Auftrag gegeben, die im Juli 2014 abgeschlossen wurde (IV-Nr. 179). Im Oktober 2014 erliess die Beschwerdegegnerin einen Vorbescheid (IV-Nr. 194). Im Einwandverfahren wurden dann noch einmal ganz umfassende medizinische Abklärungen getätigt (u.a. eine polydisziplinäre Begutachtung sowie im Anschluss eine erneute rheumatologische Begutachtung). Erst am 16. März 2019 verfügte die Beschwerdegegnerin über den Rentenanspruch (A.S. 1 ff.). Die durchgeführten Eingliederungsbemühungen lagen zu diesem Zeitpunkt bereits sechs Jahre zurück, wobei gemäss den danach erfolgten medizinischen Abklärungen zum Zeitpunkt derselben nachweislich eine volle Arbeitsunfähigkeit bestanden hatte. Das Scheitern dieser Eingliederungsmassnahmen gründet darin und es kann somit nicht davon ausgegangen werden, dass die Beschwerdeführerin diese freiwillig abbrach. Ohnehin ist im vorliegenden Fall auf den Zeitpunkt des Erlasses (16. März 2019) der angefochtenen Verfügung abzustellen. Zu diesem Zeitpunkt war klar, dass eine befristete Rente ab 1. Oktober 2015 aufgehoben werde und es war die Frage zu stellen, ob im März 2019 aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin das 55. Altersjahr überschritten hatte und seit fast acht Jahren nicht mehr im Erwerbsleben stand, die Rente aufgehoben werden dürfe, ohne dass Eingliederungsbemühungen durchgeführt werden. Auf solche konnte aus heutiger Sicht, d.h. angesichts des inzwischen ergangenen BGE 145 V 209, jedenfalls nicht mit der Begründung verzichtet werden, es seien 2012 / 2013 bereits welche durchgeführt worden, denn wie bereits dargelegt, war die Situation zuvor insofern anders, als dass die Beschwerdeführerin damals nicht arbeitsfähig war.

9.4 In einer Konstellation wie der vorliegenden kann mit Verweis auf die obigen Ausführungen nur dann auf vorgängige Eingliederungsmassnahmen verzichtet werden, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt (BGE 145 V 209 E. 6 S. 214). Eine Absenz vom Arbeitsmarkt aus invaliditätsfremden Gründen ist vorliegend nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin schied aus gesundheitlichen Gründen ab April 2011 aus dem Arbeitsleben aus, wobei das Arbeitsverhältnis von der Arbeitgeberin gekündigt wurde (IV-Nr. 73, 75, 79 S. 4 und 88). Den erlernten Beruf bzw. die angestammte Tätigkeit kann die ausgebildete Hauspflegerin nicht mehr ausüben. Sie arbeitete nach Erhalt des Diploms im Jahr 1980 (IV-Nr. 177.3) als Hauspflegerin (B. ___), Betreuerin in einem Behindertenheim, Altersheim-Nachtwache sowie kurzzeitig als ganzheitliche Bestatterin. Eine Umschulung zur medizinischen Praxisassistentin wurde 2002 abgebrochen. Vor diesem Hintergrund kann nicht von einer breiten Ausbildung und Berufserfahrung gesprochen werden. Auch kann mit Blick auf die Biografie nicht von einer besonderen Agilität, Gewandtheit oder Integration im gesellschaftlichen Leben gesprochen werden. Es müssten in dieser Beziehung konkrete Anhaltspunkte bestehen, die gegen eine Unzumutbarkeit sprechen, was hier nicht der Fall ist.

Schliesslich bleibt zu prüfen, ob wegen fehlender subjektiver Eingliederungsfähigkeit von Eingliederungsmassnahmen abgesehen werden konnte. Hierfür ist der Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung relevant und nicht die Situation 2012 / 2013. Die Beschwerdeführerin hat in ihrer Stellungnahme vom 27. März 2018 (IV-Nr. 284), bei der es um die Rentenfrage ging, angegeben, sie sehe sich mehr als 40 % arbeitsunfähig. Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. med. M.____ gab sie an, sich nicht mehr vorstellen zu können, im ersten Arbeitsmarkt zu arbeiten. Der Gutachter erachtete indessen Eingliederungsmassnahmen durchaus als zumutbar, wobei eine erhebliche Dekonditionierung eingetreten sei und die Leistungsfähigkeit daher sukzessiv gesteigert werden sollte (IV-Nr. 281 S. 56). Die Beschwerdegegnerin hat, da die in E. II. 9.1 vorstehend zitierte Rechtsprechung zur Unzumutbarkeit der Selbsteingliederung zum damaligen Zeitpunkt noch nicht ergangen war, die Eingliederungsproblematik nicht (mehr) beleuchtet. So fand auch kein Eingliederungsgespräch statt, an welchem verschiedene Möglichkeiten hätten ausgelotet werden können und die Beschwerdeführerin ihr Interesse hätte bekunden können. In der Konsequenz kann aus den im Rahmen der Rentenprüfung gemachten Aussagen der Beschwerdeführerin, sich nicht arbeitsfähig zu fühlen, auch nicht auf einen fehlenden Eingliederungswillen geschlossen werden. Vielmehr ist dieser, sowie die Möglichkeit konkreter Eingliederungsmassnahmen, zu prüfen. Somit durfte die befristet zugesprochene Rente nach der neuen Rechtsprechung nicht per 1. Oktober 2015 aufgehoben werden, ohne vorgängig Eingliederungsmassnahmen zu prüfen und durchzuführen. Die Beschwerde ist in diesem Sinne gutzuheissen und die Sache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie Eingliederungsmassnahmen prüft und anschliessend durchführt.

10. Die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung von Eingliederungsmassnahmen hat zur Folge, dass auf die per 1. April 2012 zugesprochene ganze Invalidenrente weiterhin Anspruch besteht, bis die Frage der Eingliederungsmassnahmen geklärt ist. In diesem Sinne kann die Prüfung bzw. Berechnung eines Rentenanspruchs für die Zeit ab der invalidenversicherungsrechtlichen Relevanz der per November 2017 eingetretenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit einer noch 60%igen Arbeitsfähigkeit sowie der vorgängig instabilen Situation mit Arbeitsunfähigkeiten von 50 ■ 100 % von November 2016 bis November 2017 hier unterbleiben. Die Beschwerdegegnerin wird für die Zeit ab dem 1. Oktober 2015 ohnehin erneut über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin verfügen und die eingetretene Verschlechterung des Gesundheitszustandes dabei berücksichtigen bzw. den Invaliditätsgrad berechnen müssen. Zu berücksichtigen ist die 60%ige Arbeitsfähigkeit auch bei durchzuführenden Eingliederungsmassnahmen.

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang steht der Beschwerdeführerineine ordentliche Parteientschädigung zu, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Die Rechtsvertreterin hat mit Eingabe vom 3. September 2019 (A.S. 27) eine Kostennote eingereicht, worin sie einen Aufwand von 7.95 Stunden zu einem Stundenansatz von CHF 230.00 und Auslagen von CHF 130.00 geltend macht. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses erscheint die Kostenforderung angemessen. Für den zusätzlich entstandenen Aufwand nach der Verfügung des Versicherungsgerichts vom 8. Februar 2021, wonach sich die Parteien zur neuen Rechtsprechung des Bundesgerichts äussern konnten (vgl. E. II. 9), sind pauschal eineinhalb Stunden hinzuzufügen, womit sich

der zeitliche Aufwand auf 9.45 Stunden beläuft. Somit ist die Parteientschädigung auf CHF 2'480.90 festzusetzen (9.45 Stunden zu CHF 230.00 [§ 160 Abs. 2 GT], zuzügl. Auslagen und MwSt).

11.2 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 Beschwerdeführerin der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. In Gutheissung der Beschwerde wird die Verfügung der IV-Stelle vom 16. März 2019 aufgehoben und die Sache an die IV-Stelle zurückgewiesen, damit diese im Sinne der Erwägungen verfähre und hiernach erneut über den Rentenanspruch entscheide.

2. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'480.90 (inkl. Auslagen und MwSt) zu bezahlen.

3. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu übernehmen. 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.

Dieser Entscheid ist zu eröffnen an:

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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