

SO_GERICHTE VSBES.2019.161 vom 12. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.161_d20201012

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.161 du 12 octobre 2020

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.161 del 12 ottobre 2020

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1961 geborene A.____, [...], (nachfolgend: Beschwerdeführerin), meldete sich am 26. Juli 2001 aufgrund einer Operation am Fussgelenk vom 29. März 2001 und der seit mehreren Jahren bestehenden Rückenschmerzen bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Umschulung auf eine neue Tätigkeit an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 3). 1.2 Nach Einholen der medizinischen Akten (IV-Nr. 5) und des Arbeitgeberfragebogens (IV-Nr. 7) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 19. Dezember 2001 (IV-Nr. 9) Berufsberatung und Abklärung der beruflichen Eingliederungsmöglichkeiten zu. Es wurde sodann bei der [...] vom 8. April bis 7. Juli 2002 eine berufliche Abklärung durchgeführt (IV-Nrn. 11, 17). Für die Dauer dieser Massnahme wurde der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 14. Mai 2002 ein Taggeld zugesprochen (IV-Nr. 13). Mit Verfügung vom 1. Juli 2002 sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin Beratung und Unterstützung bei der Stellensuche zu (IV-Nr. 14). Mit Verfügung vom 24. Juli 2002 (IV-Nr. 21) wies die Beschwerdegegnerin das Gesuch der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen (Umschulung) sodann ab, da aufgrund ihres Gesundheitszustandes zurzeit keine beruflichen Massnahmen (Umschulung) durchführbar seien. Am 2. Mai 2003 (IV-Nr. 23) schloss die Beschwerdegegnerin die Stellenvermittlung ab, da diese momentan nicht erfolgreich durchgeführt werden könne. Mit Verfügung vom 7. Juli 2003 (IV-Nr. 24) wurde das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente aufgrund eines errechneten IV-Grades von gerundet 4 % abgewiesen. Diese Verfügung erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

E. 2

a) Die Beschwerdesache sei an die IV-Stelle zurück zu weisen, damit diese einen neuen Vorbescheid erlässt. b) Eventualiter : Es seien der Beschwerdeführerin die gesetzlichen Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % zzgl. eines Verzugszinses zu 5 % ab wann rechtens zuzusprechen. c) Subeventualiter : es seien ergänzende medizinische und beruflich-erwerbliche Abklärungen anzuordnen.

E. 3

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK mit zusätzlicher Parteibefragung durchzuführen.

E. 4

Der Beschwerdeführerin sei die unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichnenden Rechtsanwaltes als unentgeltlicher Rechtsbeistand zu gewähren.

E. 5

5.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

5.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

E. 6

6.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

6.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den

rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

6.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (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 125 V 351 E. 3a S. 352).

6.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 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).

6.5 Mit Blick auf den grundsätzlichen Unterschied zwischen Begutachtungs- und Behandlungsauftrag (BGE 124 I 170 E. 4 S. 175; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 9C_799/2012 vom 16. Mai 2013 E. 2.3) sowie die Erfahrungstatsache, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353), können ihre Berichte nicht denselben Stellenwert beanspruchen wie ein Gutachten, welches der Sozialversicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholt hat. Stellungnahmen, in denen die behandelnden Ärzte den gutachterlichen Feststellungen widersprechen oder an früher geäusserten abweichenden Meinungen festhalten, bilden nur dann Anlass zu ergänzenden Abklärungen, wenn sie wichtige, nicht rein subjektiver ärztlicher

Interpretation entspringende Aspekte enthalten, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. statt vieler Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2015 vom 19. August 2015 E. 4.2 mit Hinweis).

7. Im Folgenden ist zu prüfen, ob bei der Beschwerdeführerin seit der rechtskräftigen Verfügung vom 7. Juli 2003 (Referenzzeitpunkt) eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands eingetreten ist.

7.1 Zum Zeitpunkt der ersten Rentenbeurteilung (Verfügung vom 7. Juli 2003; IV-Nr. 24) ging die Beschwerdegegnerin davon aus, die Beschwerdeführerin sei in ihrer angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin eingeschränkt arbeitsfähig. Jedoch seien ihr andere Tätigkeiten (einfache Bürotätigkeiten, Empfang, Telefondienst) zumutbar, welche ein rentenausschliessendes Einkommen erlauben. Zudem habe die Beschwerdeführerin mitgeteilt, dass sie wieder zu 80 % arbeitsfähig sei. Der Einkommensvergleich ergab dabei einen Invaliditätsgrad von 4 %.

Für die damalige Beurteilung des medizinischen Sachverhalts hatte die Beschwerdegegnerin einen Arztbericht bei Dr. med. V.____, Allgemeinarzt Innere Medizin, Manuelle Medizin (SAMM), Psychosomatische und Psychosoziale Medizin (APPM), vom 10. September 2001 eingeholt (IV-Nr. 5, S. 1 ff.). In seinem Bericht stellte der Hausarzt der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: «OSG-USG Arthrose, Synovitis, Narbenplatte re». Die weiteren Diagnosen (art. Hypertonie, chron. rez. Migraine, Migraine accompagnée) hätten keine wesentlichen Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig, wobei berufliche Massnahmen angezeigt seien. Ohne erinnerliches Trauma seien ab Mitte März 2001 progr. therapiehartnäckige Schmerzen im rechten Fussgelenk aufgetreten, welche ab 29. März 2001 zu einer bis heute andauernden Arbeitsunfähigkeit geführt hätten. Abklärungen beim Rheumatologen Dr. med. W.____, [...], hätten zu keiner klarer fassbaren Diagnose geführt. Dr. med. W.____ habe die Beschwerdeführerin Dr. med. X.____, [...], zugewiesen, welcher eine Arthroskopie am 29. Juni 2001 durchgeführt habe. Die Anmeldung bei der IV erfolge im Hinblick auf eine berufliche Umstellung. Die Beschwerdeführerin könne nicht mehr den ganzen Tag stehen und gehen, im Pflegebereich sei mittelfristig eine berufliche Tätigkeit denkbar, eventuell als Aktivierungstherapeutin, oder auch im Administrativen. Die hartnäckigen Schmerzen im rechten Fuss verhinderten die ganztägige Arbeit als Pflegeassistentin, zum Zeitpunkt könne diese Arbeit auch nicht halbtägig ausgeführt werden. Eine Besserung sei zu erhoffen, so dass eine gewisse körperliche Tätigkeit wieder möglich sein könnte. Eine Rückkehr zur Pflege sei nicht mehr möglich, womit die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Die Arbeitsfähigkeit könne am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden. Mittelfristig könne die Beschwerdeführerin im Pflegesektor eingegliedert werden, ohne aber die ganztägige Belastung auf den Beinen, z.B. als Aktivierungstherapeutin. Des Weiteren seien der Beschwerdeführerin auch andere Tätigkeiten zumutbar. Mittelfristig sollten vor allem sitzende Tätigkeiten wegen noch nicht klassifizierten Rückenbeschwerden, aber auch eine teils sitzende, teils gehende und stehende Tätigkeit ins Auge gefasst werden.

7.2 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

7.2.1 Im Bericht von Dr. med. Y.____, Oberarzt, und Dr. med. Z.____, Assistenzärztin, Klinik U.____, [...], vom 28. Juli 2010 (IV-Nr. 33, S. 62 ff.), wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (ICD-10 F33.0)
- Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)

Aktuell leide die Beschwerdeführerin hauptsächlich unter Antriebsstörungen, Zurückgezogenheit und Durchschlafstörungen. Zudem werde sie von Sorgen, Interesse- und Energieverlust geplagt. Der Schlaf sei fragmentiert und werde durch wiederholtes Erwachen beeinträchtigt. Der Antriebsmangel sowie die fehlende Tagesstruktur seien der Anlass für die Behandlung. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine 49-jährige, ledige und momentan arbeitslose Frau. Sie leide an einer rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte Episode. Die Symptomatik habe sich auf den Hintergrund einer gravierenden Arbeitsplatzproblematik entwickelt, wonach die Beschwerdeführerin ihre Arbeit selbstständig gekündigt habe. Momentan seien die Symptome etwas rückläufig. Die im Insepsital diagnostizierte Insomnie könnte möglicherweise im Zusammenhang mit der Depression stehen.

7.2.2 Dr. med. AA.____, Oberarzt, Klinik U.____, [...], stellte in seinem Bericht vom 4. Dezember 2012 (IV-Nr. 33, S. 42 f.) folgende Diagnosen:

Diagnosen nach ICD-10

- Rezidivierende depressive Störung ggf. mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F.33.1), ängstlich gefärbt auf dem Hintergrund der psychosozialen Belastungsfaktoren
- Zumindest Persönlichkeitsakzentuierung mit vor allem emotional-instabilen Anteilen
- Nichtorganische Insomnie (ICD-10 F51.0)

Somatische Diagnosen

- Arterielle Hypertonie
- Nikotinabusus
- Status nach Divertikuloze, operiert im August 2012 im Spital AB.____

Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine 51-jährige Patientin, zurzeit Sozialhilfeempfängerin, die wegen Akzentuierung der affektiven Beschwerden durch die Hausärztin zur Einleitung einer integrierten psychiatrischen Behandlung zugewiesen werde. Aufgrund der Anamnese und Symptombeschreibung lasse sich vorerst das Störungsbild einer rezidivierenden mittelgradigen depressiven Störung mit im Vordergrund stehendem, vermindertem Antrieb, bedrückter Stimmung, Unsicherheit mit Stimmungsschwankungen, Gedankenkreisen und Schlafstörungen zuordnen. Als Auslöser für die aktuelle Situation zeigten sich Überforderungsgefühle bei beschriebenen somatischen Beschwerden und psychosoziale Belastungssituation, welche zu intermittierend auftretender Gereiztheit und Stimmungsschwankungen führten. Zudem leide sie auch an nichtorganischer Insomnie.

7.2.3 Im Sprechstundenbericht von PD Dr. med. AC.____, Oberarzt Neurologie, Dr. med. AD.____, Oberarzt UPD und med. pract. AE.____, Assistenzarzt UPD, Spital AF.____, vom 14. Juni 2010 (IV-Nr. 33, S. 36 ff.), wurden folgende Diagnosen gestellt:

Nichtorganische Insomnie mit/bei:

- psychophysiologischer Insomnie (ICD-10 F51)
- Depressive Episode, teilremittiert (ICD-10 F33)

Die Ein- und Durchschlafinsomnie habe vor 31 Jahren nach der Geburt der Tochter begonnen. Die Tagesmüdigkeit/-schläfrigkeit vor 7 bis 8 Jahren, zeitgleich zur zweiten depressiven Episode. Die Schlafstörung sei über den Langzeitverlauf gleich geblieben. Bis 2002 habe keine Tagesmüdigkeit bestanden. Letzte Phase des subjektiv ausreichenden Wohlbefindens sei vor ca. 5 Jahren über einige Monate gewesen. Seitdem leide die Beschwerdeführerin unter innerer Unruhe, affektiver Niedergestimmtheit, Tagesmüdigkeit und -schläfrigkeit, wobei es zweimalig zum Sekundenschlaf während des Alltags gekommen sei. Ein Verdacht auf ein Restless Leg-Syndrom habe aktenanamnestisch und in der direkten Anamnese gestellt werden können. Zum Untersuchungszeitpunkt seien keine Dysästhesien oder Bewegungsdrang mehr vorhanden gewesen, die Medikation mit Sifrol habe gemäss Patientin keinen Einfluss auf die Dyästhesien und den Bewegungsdrang gehabt. Zeitgleich zu den Schmerzen im linken Bein habe die Patientin eine Rückenschmerzproblematik mit blockierten Sakralgelenken, weswegen differenzialdiagnostisch zu einem Restless Legs-Syndrom eine Ischialgie in Betracht gezogen werde. Gesamthaft ergäben sich eher wenige Hinweise für ein RLS. Die behandelnden Ärzte interpretierten die Ein- und Durchschlafstörung i.S. einer psychophysiologischen Komponente, die Tagesmüdigkeit i.R. einer depressiven Restsymptomatik. Eine Behandlung/weiterführende Diagnose betreffend Restless Legs-Syndrom sähen die Ärzte bei aktuell fehlender Klinik nicht als indiziert.

7.2.4 Gemäss dem Austrittsbericht des Spitals AB.____ vom 4. Oktober 2011 (IV-Nr. 33, S. 19 f.) war die Beschwerdeführerin vom 31. August 2011 bis 4. September 2011 hospitalisiert. Die Hauptdiagnose lautete auf «Rezidivierende Sigmadivertikulitis» und die Nebendiagnosen auf «Arterielle Hypertonie» und «Adipositas Per magna». Am 31. August 2011 habe eine Laparoskopische Rektosigmoidresektion stattgefunden. Der postoperative Verlauf habe sich als komplikationslos gestaltet. Nach Ausbau der analgetischen Therapie sei die Beschwerdeführerin schmerz kompensiert gewesen. Der Austritt erfolge afebril und in gutem Allgemeinzustand. Beim Austritt zeigten sich reizlose und trockene Wundverhältnisse. Palpatorisch sei das Abdomen weich und indolent. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 31. August 2011 bis 9. September 2011 ausgestellt worden.

7.2.5 Dr. med. AG.____, Leitende Ärztin, Spital AB.____, stellte im Sprechstundenbericht vom 5. Januar 2012 (IV-Nr. 33, S. 31) folgende Diagnosen:

- Status nach laparoskopischer Rektosigmoidresektion am 21. August 2011 bei rezidivierender Sigmadivertikulitis
- nach postoperativ protrahiertem Wundschmerz erneutes Aufflackern des Schmerzes im rechten Unterbauch

Anfang Dezember habe die Beschwerdeführerin verstärkt Schmerzen im rechten Unterbauch gehabt, nachdem sie eher schwer körperlich gearbeitet habe. Die Schmerzen seien ähnlich wie die unmittelbar postoperativen gewesen. Sie sei zwar nie ganz beschwerdefrei, aber die Heftigkeit sei nun wieder neu gewesen. Bei der klinischen Untersuchung habe man eine Druckdolenz medial der Versaport-Narbe und cranial der

Pfannenstiellarbe gefunden, man könne aber keine Unregelmässigkeit ertasten. Die Bauchwand im Bereich der Inzisionen schein intakt. Da klinisch nichts Spezifisches habe gefunden werden können, habe die Ärztin einen Ultraschall veranlasst. Dieser sei am 3. Januar 2012 durchgeführt worden und habe keinerlei Pathologie gezeigt.

7.2.6 Dr. med. B.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin, hielt im Arztbericht für Erwachsene vom 26. März 2013 folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 41):

1. Depressive Entwicklung, bestehend seit 1986
 - Status nach zweimaliger Hospitalisation 1986 und 1996 psychiatrische Klinik Solothurn
2. Divertikelkrankheit
 - Status nach mehreren Divertikulitisschüben (mehrere Schübe seit 2007)
 - Status nach Rektosigmoidresektion am 21. August 2011
 - postoperativ protrahierter Wund- und Narbenschmerz
3. Zervikozephalisches Syndrom bestehend seit mind. 2006
4. chronisch rezidivierende Lumbalgien mind. seit 2006 (Bericht KSO 2006)
5. Migränenartige Kopfschmerzen mind. seit 1992 (Bericht. Dr. AH.____ 1992)

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 20. Oktober 2012. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne jedoch nicht durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Wegen der Rückenschmerzen seien körperlich belastende Tätigkeiten nicht mehr möglich, weshalb auch die bisherige Tätigkeit nicht mehr zumutbar sei. Des Weiteren könne die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich nicht mehr verbessert werden. Andere Tätigkeiten seien für die Beschwerdeführerin zumutbar, wobei zu beachten wäre, dass es sich dabei um keine schweren körperlichen Arbeiten handle. Der zeitliche Rahmen betrage vier Stunden pro Tag. Eine verminderte Leistungsfähigkeit in diesem zeitlichen Rahmen bestehe nicht. Eine berufliche Wiedereingliederung wäre ab sofort möglich. Die Beschwerdeführerin möchte wieder beruflich tätig sein. Ein Arbeitsversuch solle unbedingt in die Wege geleitet werden, vorerst jedoch nur 50 %. Die Beschwerdeführerin könne keine körperlich schwere Arbeit leisten, würde aber weiterhin gerne eine Arbeit verrichten, die mit Menschen zu tun hat. Sie könne jedoch wegen den chronisch rezidivierenden Schmerzen im Nacken und Kreuz keine Pflegearbeit mehr leisten.

7.2.7 Im D.____-Gutachten vom 15. Mai 2014 (IV-Nr. 59) wurden folgende Diagnosen gestellt:

7.2.8 Mit Bericht vom 10. Juni 2014 (IV-Nr. 63) bestätigte RAD-Arzt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Allgemeine Medizin, die von der Begutachtungsstelle D.____ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit.

7.2.9 Dr. med. B.____ stellte im Arztbericht für Erwachsene (IV-Nr. 66) vom 28. August 2014 folgende Diagnosen:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei

- Osteochondrose L2/3 und Facettgelenksarthrosen L2 bis L5
- Irritation im linken Sakroiliakalgelenk mit im MRI nachgewiesenem diskretem Flüssigkeitssignal
- 2. generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom
- 3. Depressive Entwicklung
- 4. posttraumatische Belastungsstörung

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Psoriasis palmoplantaris
2. Adipositas
3. Arterielle Hypertonie
4. Status nach laparoskopischer Rektosigmoid-Resektion 2011 wegen rezidivierend auftretenden Divertikulitiden

7.2.10 Im Austrittsbericht der Klinik J.____ vom 10. September 2014 (IV-Nr. 67, S. 1 ff.), wo die Beschwerdeführerin vom 21. Juli 2014 bis 18. August 2014 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei
- Osteochondrose L2/3 und Facettengelenksarthrosen L2 bis L5
- Irritation im linken Sakroiliakalgelenk mit im MRI nachgewiesenen diskreten Flüssigkeitssignal
- Generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom
- Psoriasis palmoplantaris
- Chronisch rezidivierende Depression und posttraumatische Belastungsstörung
- Metabolisches Syndrom

Die Beschwerdeführerin habe über seit Jahren bestehenden lumbal betonten rezidivierenden Schmerzen berichtet. Die Symptomatik habe sich im letzten Jahr verschlimmert. Ambulante Physiotherapie und Schmerzmedikation hätten nur wenig Linderung gebracht. Dazu habe die Beschwerdeführerin weitere Schmerzen an allen Extremitäten angegeben, die nach ihrer Beschreibung muskulär schienen. Sie habe auch über chronische Schlafstörungen berichtet. Das Hauptproblem der Beschwerdeführerin seien konstant/variable Schmerzen VAS 2-9/10, die die Bewegung der Lendenwirbelsäule in Flexion beeinträchtigten. Im Alltag spüre die Beschwerdeführerin dies vor allem beim Bücken und Heben. Walking und Velo fahren seien nicht mehr möglich. Im Befund sei eine eingeschränkte Beweglichkeit der LWS in Flexion FB 20 cm mit Hypertonus des M. erector spinae ersichtlich. Im Haltungsbefund könne man eine verstärkte Hyperlordose mit reduzierter muskulärer Stabilisierung der Bauchmuskulatur erkennen. Zu Beginn der Therapie sei intensiv an der Körperwahrnehmung gearbeitet worden, wodurch die Haltung im Alltag bewusster geworden sei. Zudem sei die Beschwerdeführerin in der Lage, die Verspannungen über erlernte Heimübungen zu reduzieren und damit die Beweglichkeit von FB 20 cm auf FB 10 cm zu verbessern. Im weiteren Verlauf habe man begonnen, die muskuläre Stabilisierung lumbal zu erarbeiten. Des Weiteren sei es Ziel der Beschwerdeführerin gewesen, einen

besseren Umgang mit dem Schmerz zu erlernen und die Grenzen der Belastbarkeit besser einschätzen zu können und auch einzuhalten. Bei Austritt habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie in allen Bereichen deutliche Fortschritte gemacht habe und während dem Aufenthalt sehr viele Strategien für ihren Alltag bekommen habe. Sie sehe sich für ihren Alltag gut gerüstet und wolle versuchen, den Weg, den sie eingeschlagen habe, auch zu Hause konsequent weiterzugehen, also ihre erlernten Übungen regelmässig zu machen, ihr Gewicht weiter zu reduzieren und Grenzen der Belastbarkeit zu erkennen und einzuhalten.

7.2.11 In seiner Stellungnahme vom 11. November 2014 (IV-Nr. 69) führte RAD-Arzt Dr. med. I. ___ aus, im Austrittsbericht der Klinik J. ___ seien die im Gutachten vom 16. Mai 2014 diskutierten Diagnosen wiederholt worden. Sowohl die Zusammenfassung des Eintrittsstatus auf Seite 5 des Austrittsberichts als auch der nachgereichte Hausarztbericht (IV-Nr. 66) ergäben keine neuen Aspekte.

7.2.12 Dr. med. AI. ___, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, hielt im Arztbericht für Erwachsene vom 13. Mai 2015 (IV-Nr. 75) folgende Diagnosen fest:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)
- Spezifische Phobien (Höhen- und Platzangst) (ICD-10 F40.1)
- Status nach Zwangsstörung vorwiegend Zwangshandlungen (ICD-10 F42.1)
- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F33.10)
- Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen Zügen des Borderline Typs und histrionischen Zügen (ICD-10 F61.0)

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

- anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10 F45.4)

Die Beschwerdeführerin sei für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegehelferin SRK bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden und es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Die Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin verlange, dass ihr eine Tätigkeit in geschütztem Rahmen zugewiesen werde, welche die Möglichkeit biete, vermehrt Pausen einzulegen, äusserst geringe Anforderungen an die interpersonellen Fähigkeiten der Beschwerdeführerin stelle und klar strukturiert sei, damit der Selbstüberschätzungstendenz der Beschwerdeführerin entgegengewirkt werden könne. Zudem könne sich die Beschwerdeführerin schlecht gegenüber erhöhten Forderungen abgrenzen, was zu Selbstüberforderung führen könne. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne denn auch nicht verbessert werden. Andere Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin hingegen zumutbar, so auch leichte Arbeiten mit Holz, leichte Bürotätigkeiten oder Tätigkeiten im Pflegebereich ohne direkten Patientenkontakt. Dabei wäre jedoch besonders zu beachten, dass der Beschwerdeführerin aus rein psychiatrischer Sicht eine Tätigkeit zugewiesen werde, welche selbstgewählte Pausen ermögliche mit Hilfeleistungen beim Planen und Strukturieren der Arbeitsabläufe. Es werde eine Tätigkeit empfohlen, welche die Patientin allein ausüben

könne, und die geringe Anforderungen stelle an ihre zwischenmenschlichen Fähigkeiten. Es solle nicht entgegen der Motivation der Patientin gearbeitet werden, da dies Reaktanz erzeuge. Die Patientin sei sehr motiviert, sich in einer krankheitsangepassten Tätigkeit einzuarbeiten, da dies langfristig ihre Schmerzsymptomatik und ihre depressiven Beschwerden günstig beeinflussen werde und ihr Selbstwertgefühl erhöhe. In Phasen grosser, psychischer Belastung könnte es zu vorübergehenden Arbeitsausfällen kommen. Aus somatischen Gründen sollten häufige Positionswechsel möglich sein. Aus rein psychiatrischer Sicht sei in geschütztem Rahmen nach Abklingen der aktuell bestehenden, depressiven Symptomatik ein Arbeitspensum von 50 % bei voller Leistung zumutbar, vorausgesetzt der nächste Arbeitsversuch werde mit einem Arbeitspensum vom 30 % in geschütztem Rahmen gestartet und das Arbeitspensum werde allmählich auf 50 % gesteigert. Auf dem 1. Arbeitsmarkt sei die Patientin aus rein psychiatrischer Sicht nicht mehr arbeitsfähig.

7.2.13 Dr. med. AJ. ____, Facharzt FMH Kardiologie und Innere Medizin, stellte in seinem Arztbericht für Erwachsene vom 27. Mai 2015 (IV-Nr. 77) folgende Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

- Präkordialgien ohne Ischämienachweis:
- Ergometrie am 3. August 2011 klinisch und elektrisch negativ
- Erhaltene linksventrikuläre systolische Globalfunktion
- Aortenstenose und Aortendissektion ausgeschlossen
- Risikofaktoren: Nikotinabusus
- Normale Carotis-Intima-Media-Dicke beidseits, Bifurkationsplaque links
- Leichte hypertensive Herzkrankheit
- Symptomatische nicht komplexe supraventrikuläre Extrasystolie
- Status nach Sigmaresektion wegen Divertikulitis 2011
- Hysterektomie und Gelegenheitsappendektomie 1996
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Panvertebrales Schmerzsyndrom
- Therapierefraktäre Torticollis

Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Medizinische oder berufliche Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien nicht angezeigt. In den letzten Wochen seien wieder vermehrte Pulsunregelmässigkeiten verbunden mit retrosternalem Druckgefühl aufgetreten. Die Pulsunregelmässigkeiten träten häufiger auf und dauerten länger an als früher. Wegen Torticollis sei die Beschwerdeführerin in physiotherapeutischer Behandlung. Der Physiotherapeut habe eine Carotisstenose vermutet und eine entsprechende Abklärung empfohlen. Die Beschwerdeführerin rauche noch ein halbes bis ein Päckchen Zigaretten pro Tag und möchte aufhören. Das Herzstolpern korreliere im Langzeit-EKG mit isolierten supraventrikulären Extrasystolen. Die einfachste Gegenmassnahme sei die punktuelle Einnahme von Isoptin 80 mg «on demand» zusätzlich zur bewährten Basistherapie. In den Carotiden lasse sich lediglich eine nicht stenosierende Bifurkationsplaque links feststellen, die Carotis-Intima-Media-Dicke sei aber beidseits

normal. Auch eine fortgeschrittene Carotis-Stenose würde keinen lokalen Schmerzen, sondern neurologische Ausfälle verursachen, was nicht der Fall sei.

7.2.14 Die gestellten Diagnosen wurden von Dr. med. AJ.____ anlässlich der Verlaufskontrolle vom 3. August 2015 (IV-Nrn. 84, S. 14 ff. und 85, S. 11 ff.) bestätigt.

7.2.15 Am 25. Januar 2016 ist bei der Beschwerdeführerin ein Herzrhythmuskontrollgerät operativ eingesetzt worden. Im Bericht vom 26. Januar 2016 (IV-Nr. 95, S. 1 f.) hat Dr. med. AK.____, Oberärztin Kardiologie, Spital AB.____, als Indikation rezidivierende Kollapszustände unklarer Ätiologie angegeben.

7.2.16 Im Verlaufsbericht vom 25. August 2016 (IV-Nr. 114) bestätigte Dr. med. AI.____ die im Arztbericht für Erwachsene vom 13. Mai 2015 (IV-Nr. 75) gestellten Diagnosen. Des Weiteren führte er aus, dass die psychische Stabilität der Beschwerdeführerin nach wie vor relativ stark schwanke, weshalb eine psychotherapeutische Behandlung unabdingbar sei. Ab dem 13. Juni 2015 habe die Beschwerdeführerin wiederholt unter Herzrhythmusstörungen gelitten, welche eine Notfalloperation am Herzen nötig gemacht hätten. In dieser Zeit habe sich die Beschwerdeführerin von ihrem Partner nicht unterstützt gefühlt. Sie habe ihre während drei Jahren stabil gelebte Partnerschaft nach langem Hin- und Her schliesslich im Mai 2016 aufgelöst, was sie psychisch entlastet habe. Der letzte Arbeitsversuch habe im Juli 2015 mit zwei Mal drei Stunden pro Woche Taschnähen im Werkstübli gestartet. Während dieser Arbeit habe die Beschwerdeführerin ihre lustige Fassade trotz massiv belastender Geldschulden und markanter gesundheitlicher Probleme sowie der steten Angst vor einer erneuten Herzattacke aufgesetzt. Auch die Suchtproblematik ihrer Schwestern habe die Stimmung der Beschwerdeführerin wiederholt stark getrübt und triggere ungünstige Kindheitserlebnisse. Im November 2015 habe die Beschwerdeführerin begonnen, sich vermehrt mit dem Thema Tod auseinanderzusetzen, ausgelöst durch den Krebstod einer Kollegin. Sie kümmere sich liebevoll um ihre psychisch und finanziell sehr angeschlagene Tochter, wobei sie den Kontakt zu deren leiblichem Vater wieder habe aufleben lassen, um sie im Falle ihres plötzlichen Todes versorgt zu wissen. Im Januar 2016 habe sich die Patientin im Werkstübli abgemeldet, da die Präsenz kranker Personen zu vermehrten Stimmungseinbrüchen geführt habe, was die Wahrscheinlichkeit für Herzinfarkte erhöhe. Im Februar 2016 sei bei der Beschwerdeführerin ein Herzrhythmuskontrollgerät operativ eingesetzt worden. Diese Operation habe die Beschwerdeführerin als äusserst anstrengend empfunden. Auf eine psychopharmakologische Behandlung werde weiterhin verzichtet, da die bisherigen, medikamentösen Behandlungsversuche keine Erfolge hätten verzeichnen können. Die aktuell bestehende Psychotherapie müsse langfristig weitergeführt werden, um die Belastung der Beschwerdeführerin, ihren Umgang mit Wutanfällen oder Schuldgefühlen sowie die emotionale Integration ihrer Kindheitserlebnisse in ihrem Lebenslauf zu verbessern. Bei langfristiger schematherapeutischer und verhaltenstherapeutischer Behandlung sei eine Stabilisierung der Beschwerdeführerin auf dem Niveau ihrer besseren Phasen wahrscheinlich. Die Prognose sei eher günstig.

7.2.17 Dr. med. AL.____, Fachärztin FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, stellte im Arztbericht vom 14. Februar 2015 (IV-Nr. 126, S. 30 f.) folgende Diagnosen:

1. Lumbovertebrales Schmerzsyndrom bei
- grossbogiger rechtskonvexer Skoliosierung lumbal

- Osteochondrose L2/3 sowie Facettgelenksarthrosen L2 bis S1, am ausgeprägtesten L5/S1
- nach wie vor ungenügende muskuläre Stabilisierung der Wirbelsäule
- Status nach Irritation im linken Sakroiliakgelenk mit Flüssigkeitssignal im MRI 2014, aktuell keine Hinweise für Sakroiliakgelenksaffektion

2. Generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom
3. Psoriasis palmoplantaris
4. Chronisch rezidivierende Depressionen und posttraumatische Belastungsstörung

Es bestehe bei der Beschwerdeführerin nach wie vor eine instabile Situation bezüglich ihrer Rückenschmerzproblematik. Sie habe zwar gewisse Techniken zur Schmerzreduktion und zum Schmerz Coping in [...] mitbekommen, sie habe auch ein Heimgymnastikprogramm zur regelmässigen Durchführung zu Hause erhalten. Diese seien erfahrungsgemäss wenig effektiv, weil die meisten Patienten mit der Zeit die Übungen ■ sogar wenn sie sich Mühe gäben, sie regelmässig durchzuführen ■ doch nur sehr lückenhaft erinnerten und nur die leichten Übungen beibehielten. Um nicht den ohnehin bescheidenen Behandlungserfolg des stationären Aufenthaltes vom vergangenen Sommer ganz zu verlieren, sei die Wiederaufnahme bzw. die Fortsetzung der medizinischen Trainingstherapie angezeigt. Der Beschwerdeführerin werde deshalb erneut eine Verordnung für die MTT im Physiozentrum in [...] verordnet. Die psychische Situation könne von Dr. med. AL.____ schlecht beurteilt werden. Sie wisse nicht, wie sehr diese die Beschwerdeführerin daran hindere, wieder einer geregelten beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Bezüglich der Rückenproblematik und der generalisierten weichteilrheumatischen Schmerzproblematik sei die Beschwerdeführerin für schwere, rückenbelastende Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig. Für leichtere, wechselbelastende Tätigkeiten, also eine optimal angepasste Arbeit wäre die Beschwerdeführerin zu 50 %, halbtags einsetzbar, arbeitsfähig. Das wäre ihr auch zuzumuten und wäre wahrscheinlich ihrer psychischen Verfassung sogar zuträglich.

7.2.18 Im Austrittsbericht der Klinik U.____, [...], vom 15. November 2016 (IV-Nr. 126, S. 22 ff.), wo die Beschwerdeführerin vom 29. August 2016 bis 24. Oktober 2016 hospitalisiert war, wurden folgende Diagnosen gestellt:

Psychiatrische Diagnosen nach ICD-10

- Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F.33.11)
- Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)
- Mindestens akzentuierte emotional-instabile Persönlichkeitszüge (Z.73.1) bei traumatischen Erlebnissen in der persönlichen Vorgeschichte
- Eigenanamnestisch: Status nach Suizidversuch mit Tabletten mit 15 Jahren

Andere relevante Diagnosen

- Rezidivierende Kollapszustände bisher ohne EKG. Korrelat: 3 Tesla MRI kompatibler Reveal LINQ seit 25. Januar 2016
- Präkardialgien ohne Ischämienachweis
- Asymptomatische nicht komplexe supraventrikuläre Extrasystolie

- Lumbovertebrales Schmerzsyndrom
- Grossbogiger rechtskonvexer Skoliosierung lumba
- Osteochondrose L2/L3 sowie Facettgelenksartrose L2 bis S1
- Status nach Irritation im linken Sakrokiagelenk mit Flüssigkeitssignal im MRI 2014, aktuell kein Hinweis für Sakrokiagelenksaffektion
- Generalisiertes weichteilrheumatisches Schmerzsyndrom
- Psoriasis palmoplantaris

Die Beschwerdeführerin sei von Dr. med. Z.____ nach einem Krisengespräch in der Notfall- und Krisenambulanz [...] zu einem Indikationsgespräch zur stationären Behandlung der ängstlich-depressiven Symptomatik mit zunehmendem sozialem Rückzug sowie der Ganzkörperschmerzen, mit phasenweise einschliessenden Schmerzen sowie permanent vorhandenen, wechselnden Schmerzen aufgrund Weichteilrheumas angemeldet worden. Nach dem Aufenthalt in der Klinik habe insgesamt eine Stabilisierung, eine Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung und Stimmungsaufhellung erreicht werden können. Intensiv sei auch an einer Wochenstruktur gearbeitet worden. Die Beschwerdeführerin plane das medizinische Krafttraining und die Kunsttherapie ambulant weiterzuführen. Auch werde dringend die Wiederaufnahme der ambulanten Psychotherapie empfohlen. Die Beschwerdeführerin habe die Station ohne Selbst- oder Fremdgefährdung verlassen.

7.2.19 Im Austrittsbericht vom 1. Dezember 2016 (IV-Nrn. 126, S. 16 ff. und 129, S. 7 ff.) stellten Dr. med. AM.____, Oberärztin, und Dr. med. AN.____, Assistenzärztin, Spital AB.____, folgende Diagnosen:

Hauptdiagnosen

1. Leichtgradige Abduzensparese OS seit dem 24. November 2016
 - ätiologisch: Am ehesten vaskulär bedingt bei DD punktförmiger pontiner Ischämie links
 - CT-Schädel mit Angiographie 25. November 2016: Unauffälliger Befund, Leukenzephalopathie
 - MRI-Schädel vom 28. November 2016: mässiggradige supra- und infratentorielle vaskuläre Leukencephalopathie, subakute punktförmige Diffusionsstörungen pontin links und im Splenium corporis callosi paramedian links
 - TTE 30. November 2016: Normale LV-Funktion (EF 60 %), keine Regionalitäten, leichte konzentrische LV-Hypertrophie, normale RV-Funktion, keine relevanten Vitien, keine intrakardialen Thromben
 - cvRF: Hypertonie, Nikotinabusus, Dyslipidämie, Adipositas
2. Rezidivierende Synkopen
 - 3-Tesla-MRI-kompatibler Reveal LINQ seit 25. Januar 2016
 - letzte Kontrolle am 23. November 2016 (Dr. AJ.____): Keine relevanten Herzrhythmusstörungen
3. Episodische Kopfschmerzen am ehesten vom Spannungstyp
4. Dyslipidämie

Nebendiagnosen

5. Depressive Störung

- posttraumatische Belastungsstörung
- Status nach psychosomatischer Hospitalisation 10/16

6. Arterielle Hypertonie

7. Chronischer Nikotinabusus

- aktuell 1 P/d, kumulativ ca. 40 PY

8. Adipositas

Die Beschwerdeführerin sei vom 25. November bis 1. Dezember 2016 hospitalisiert gewesen. Sie habe sich mit seit dem Vortag neu aufgetretenen Doppelbildern und intermittierenden Kopfschmerzen seit einer Woche selbstständig auf dem Notfall vorgestellt. Zuvor sei bereits eine ambulante Vorstellung in der Augenarztpraxis Dr. AO.____ erfolgt, wo die Diagnose einer Abduzensparese gestellt worden sei. Insgesamt habe sich die Ätiologie der plötzlichen Ischämie nicht endgültig klären lassen. Die Symptomatik sei jedoch im Verlauf des stationären Aufenthaltes stabil geblieben.

7.2.20 Im neurologischen Konsiliarbericht vom 30. November 2016 (IV-Nrn. 126, S. 11 ff. und 129, S. 13 ff.) hielt Dr. med. AP.____, Oberarzt Neurologie, Spital AB.____, fest, für die isolierte Abduzensparese links gehe er unter Berücksichtigung der Klinik und der Zusatzabklärungen ursächlich von einer vaskulären Genese aus. Kernspintomographisch zeige sich eine zur Klinik möglicherweise korrespondierende, punktförmige Diffusionsstörung pontin links. Die hirnzuführenden Gefässe hätten sich in der vorgängigen CT-Angiographie ohne relevanten pathologischen Befund gezeigt.

7.2.21 Dr. med. B.____ führte in ihrem Arztbericht für Erwachsene vom 19. Dezember 2016 (IV-Nr. 126, S. 1 ff.) an, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich insgesamt verschlechtert. Zu den bereits beschriebenen Einschränkungen durch die Rücken- und Nackenschmerzen sowie durch die Depressionen komme nun eine zusätzliche Behinderung durch die Abduzensparese hinzu. Die Beschwerdeführerin sei so nicht arbeitsfähig.

7.2.22 Gemäss dem Arztbericht für Erwachsene von Dr. med. AM.____ und Dr. med. AN.____ vom 8. Januar 2017 (IV-Nr. 129, S. 1 ff.) bestehe seit dem 24. November 2016 bis auf Weiteres eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei besserungsfähig. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden, wobei berufliche Massnahmen nicht angezeigt seien. Die Beschwerdeführerin sehe Doppelbilder, was eine erhebliche Einschränkung im Alltag bedeute, wobei es häufig zu spontanen Verbesserungen komme. Im bisherigen Tätigkeitsbereich bestehe deshalb eine verminderte Leistungsfähigkeit. Eine Besserung könne möglicherweise mit einer Prismen-Brille erreicht werden. Wie sich diese Massnahme auf die Arbeitsfähigkeit auswirke, sei jedoch unklar. Zudem sei fraglich, ob die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich verbessert werden könne.

7.2.23 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 24. Februar 2017 (IV-Nr. 136, S. 10 ff.) hielt Dr. med. AP.____ sodann fest, die Beschwerdeführerin berichte rund drei Monate

nach Erstmanifestation einer leichtgradigen Abduzensparese links (DD vaskulär mikroangiopathisch bedingt) über eine leichte Regredienz der horizontal versetzten Doppelbilder (in Neutralstellung neu keine Diplopie mehr). Die vorübergehende Verschlechterung am 13. Januar 2017 könne ätiologisch auch retrospektiv nicht klar zugeordnet werden. Kernspintomographisch ergäben sich keine Hinweise für eine neue strukturelle Ursache. Die ergänzende Bestimmung der Myasthenie-spezifischen Antikörper habe eine normwertige Befundkonstellation gezeigt. Der weitere klinische Verlauf habe sich unauffällig ohne jegliche Fluktuationen gezeigt, so dass eine Erkrankung aus dem myasthenen Formkreis aktuell eher unwahrscheinlich erscheine.

7.2.24 Im Sprechstundenbericht vom 18. April 2017 (IV-Nr. 136, S. 6 f.) hielt Dr. med. AQ.____, Leitender Arzt, Spital AB.____, folgende Hauptdiagnose fest: «Transmurale Supraspinatussehnenruptur, Ödem Tuberculum majus und AC-Gelenkarthrose rechte Schulter». Das Arthro-MRI zeige eine Läsion der Supraspinatussehne als Hauptbefund. Es bestehe keine Muskelatrophie, das Tuberkulum majus sei jedoch deutlich ödematös entzündet.

7.2.25 In ihrem Bericht vom 12. Juni 2017 (IV-Nr. 137) stellte Dr. med. AR.____, Fachärztin FMH für Ophthalmologie, folgende Diagnosen:

- Abducensparese links, im Verlauf regredient
- Blepharitis mit qualitativer Benetzungsstörung beidseits
- Hyperopie, Astigmatismus

Die Beschwerdeführerin habe berichtet, dass sie unter schwankenden Doppelbildern leide, zeitweise komme sie auch ohne Prismen zurecht. Bei der Untersuchung habe sich eine geringe Regredienz der leichten Abducensparese links sowohl im CovertestT, als auch beim Hess-Weiss-Test und vor allem bei den Prismenversuchen gezeigt. Man habe sich entschieden, die Prismen eher langsam abzubauen, so dass sich die Beschwerdeführerin daran gewöhnen könne. Die schwankende Symptomatik der Doppelbilder habe nicht vollständig konklusiv erklärt werden können.

7.2.26 Im R.____-Gutachten vom 6. August 2018 (IV-Nr. 148.1) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2)
2. Kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61)
3. Chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M53.1)
 - Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik
 - radiologisch beginnende Spondylosis deformans C5-C7
4. Chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5)
 - myostatische Insuffizienz mit muskuloligamentären Überlastungsreaktionen
 - klinisch keine Hinweise für radikuläre Symptomatik

- radiologisch leichte rechtskonvexe Lumbalskoliose, diskrete Osteochondrose und ventrale Spondylose L2/3

5. Funktions- und Belastungsdefizit rechte Schulter (ICD-10 M75.4)

- Impingement-Test positiv

- klinisch bis auf leichte Abschwächung des M. supraspinatus keine Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion

- transmurale Supraspinatussehnenruptur, Ödem Tuberculum majus und AC-Gelenksarthrose (Arthro-MRI 04/2017)

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

1. V.a. Somatisierungsstörung (ICD-10 F45.0)

2. Inkomplettes metabolisches Syndrom

- Adipositas, BMI 43,5 kg/m²(ICD-10 E66.0)

- arterielle Hypertonie, medikamentös gut eingestellt (ICD-10 I10)

- Dyslipidämie (ICD-10 E78)

3. Chronische Belastungsdyspnoe II DD bei Adipositas per magna (ICD-10 I10.9/I11.9)

- normale biventrikuläre Pumpfunktion echokardiographisch, keine Klappenvitien

- eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit in der Fahrrad-Ergometrie (max. 87 Watt, 60 % der Soll-Leistung bei HF max. 99 %, 67 % der Ziel-Herzfrequenz möglich)

- bei Diagnose 5.2.2

4. Rezidivierende Kollapszustände bisher ohne EKG-Korrelat (ICD-10 R55)

- Status nach Reveal-LINQ-Implantation 25. Januar 2016

- Supraventrikuläre Extrasystolie bekannt seit 2011

5. Status nach Stroke am 24. November 2016 (ICD-10 H51/I63)

- Schädel-MRI, punktförmige Diffusionsstörungen Pontin links und Corpus callosi

- Zustand nach leichtgradiger Abduzensparese linkes Auge (ICD-10 H51), am ehesten mikroangiopathisch bedingt bei kleiner links pontiner Durchblutungsstörung ohne weiteres Defizit

- Reveal-Abfrage: kein Vorhofflimmern, TEE: keine kardiale Emboliequelle

6. Anamnestisch Spannungskopfschmerzen (ICD-10 G44.2)

7. Divertikelkrankheit (ICD-10 K57.90)

- Status nach mehrmaliger akuter Divertikulitis

- Status nach laparoskopischer Sigmaresektion 21. August 2011

8. Rezidivierende Kolonpolypen (ICD-10 K63.5)

- endoskopische Abtragung benignen Polypen im 2007, 2011, 2013 und letztmals November 2017

9. Psoriasis palmoplantaris (ICD-10 L40.3)

10. Anlagebedingte Fehlsichtigkeit bds. (Hyperopie, Astigmatismus (ICD-10 H52.0/H52.2))
11. Alterssichtigkeit bds. (ICD-10 H52.5)
12. Chronische Benetzungsstörung bds. (ICD-10 H19.3)
13. Latentes Aussenschielen bds. (ICD-10 H50.5)
14. Anamnestisch Status nach Bone bruise in Os cuneiforme laterale links 2009 (ICD-10 Q66.8)
 - Status nach Miacalcic-Behandlung über 3 Monate
 - beschwerdefrei
 - klinisch bis auf beginnenden Senk-Spreizfuss unauffälliger Befund
 - radiologisch unauffälliger Befund
15. Status nach OSG-Arthroskopie, Achillotomie, Cheilotomie, Shaving der Tibia-Vorderkante, Narbenplatten-Resektion und Synovektomie rechts bei aktivierter OSG-USG-Arthrose 06/2001 (ICD-10 M19.97)
 - seither beschwerdefrei
 - klinisch und radiologisch unauffälliger Befund

Zur Beurteilung wurde festgehalten, aus Sicht des Bewegungsapparates bestehe aufgrund eines chronischen zervikospodylogenen und thorakolumbospondylogenen Schmerzsyndroms sowie eines Funktions- und Belastungsdefizits an der rechten Schulter eine Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeit als Pflegehilfe wie auch für andere körperlich schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten. Dagegen bestehe in der ausgeübten Tätigkeit als Codiererin in einem Paketzentrum der Post und in anderen körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren Tätigkeiten eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Aus kardiologischer Sicht bestehe aufgrund einer chronischen Belastungsdyspnoe II, am ehesten aufgrund der vorliegenden ausgeprägten Adipositas, für eine körperlich schwer belastende Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit. Aus psychiatrischer Sicht bestehe aufgrund einer Angst und depressiven Störungen gemischt sowie einer kombinierten Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen in der Tätigkeit im Pflegebereich wie auch in einer anderen Verweistätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Aus allgemeininternistischer, neurologischer, gastroenterologischer, dermatologischer und ophthalmologischer Sicht fänden sich keine weiteren Befunde und Diagnosen, welche eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis intermittierend mittelschwere Tätigkeit begründeten. Zusammenfassend bestehe somit aus polydisziplinärer Sicht in der Tätigkeit als Pflegehilfe wie auch in anderen körperlich schweren und überwiegend mittelschweren Tätigkeiten eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit. Dagegen bestehe in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement.

7.2.27 Im neuropsychologischen Bericht vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 151, S. 2 ff.) hielten lic. phil. AS.____, Fachpsychologin für Psychotherapie FSP, und Dipl.-Psych. AT.____, Psychologin FSP, Klinik U.____, [...], zur Beurteilung fest, im Einklang mit den

psychiatrischen Diagnosen zeigten sich bei der Beschwerdeführerin kognitive Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen. Die Beschwerdeführerin habe vor allem Schwierigkeiten in Testverfahren gezeigt, welche eine komplexe kognitive Auseinandersetzung mit dem Testmaterial voraussetzen. Darüber hinaus habe sich im Rahmen der Verhaltensbeobachtungen eine gewisse Umständlichkeit gezeigt, welche sich leistungs mindern auswirkte. So habe die Beschwerdeführerin beispielsweise beim lauten Nachdenken beim Wortlistenlernen jeweils mehr Wörter erwähnt als zuvor genannt worden seien. Aus neuropsychologischer Sicht deute dieses Muster am ehesten auf Minderleistungen in den Bereichen der Aufmerksamkeit und der Exekutivfunktionen hin und sei nicht als genuine Gedächtnisstörung zu deuten. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Verbesserung beim Einhalten von Terminen stütze diesen Eindruck. Bei der Prüfung exekutiver Leistungen würden vom Probanden Reaktions- und Verhaltensmöglichkeiten gefordert zu zeigen, die über routiniertes Verhalten hinausgingen. Dementsprechend liessen sich bei Patienten mit depressiven Störungen Defizite in diesem grossen und heterogenen Bereich finden, so auch bei der Beschwerdeführerin. Gesamthaft sei von einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankungen auszugehen.

7.2.28 Dr. med. B. ___ hielt in ihrer Stellungnahme vom 17. September 2018 (IV-Nr. 150) fest, die neuropsychologischen Einschränkungen seien im R. ___-Gutachten nicht gewürdigt worden. Bei der Beschwerdeführerin sei am 13. Februar 2018 eine neuropsychologische Untersuchung durchgeführt worden, da sie seit dem Ereignis vom 24. November 2018 (recte: 2016) (Abduzensparese, am ehesten vaskulär bedingt, s. Bericht Neurologie 30. November 2016) Einbussen in den kognitiven Fähigkeiten bemerkt habe. In der neuropsychologischen Untersuchung sei von einer leichten, bis mittelschweren neuropsychologischen Störung ausgegangen worden. In der Schlussbeurteilung sei der Beschwerdeführerin für leichte bis mittelschwere körperliche Tätigkeiten eine 80%-Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert worden. Es sei nicht darauf eingegangen worden, wie sich die neuropsychologischen Einschränkungen auswirkten.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre R. ___-Gutachten vom 6. August 2018 (IV-Nr. 148.1), weshalb vorweg dessen Beweiswert zu prüfen ist:

8.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle R. ___ vom 6. August 2018 wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 6.3) gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben haben (IV-Nr. 148.1, S. 14 - 39). Dabei wurden fachspezifische Zusatzuntersuchungen in Form einer Laboruntersuchung (IV-Nr. 148.1, S. 17), aktueller bildgebender Untersuchungen (IV-Nr. 148.1, S. 27), verschiedener kardiologischer (IV-Nr. 148.1, S. 36) sowie ophthalmologischer Untersuchungen (IV-Nr. 148.1, S. 38 f.) durchgeführt und in die fachärztlichen Beurteilungen miteinbezogen. Die geklagten Beschwerden wurden von den jeweiligen Fachärzten ebenfalls berücksichtigt. Wie das Aufführen und Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge erkennen lässt, wurde das Gutachten zudem in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) erstellt (IV-Nr. 148.1, S. 4 - 14). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

8.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

8.2.1 Dr. med. L. ___ führte im allgemeininternistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden kann (IV-Nr. 148.1, S. 17). So imponiere aus allgemeinmedizinischer Sicht ein inkomplettes metabolisches Syndrom mit einer Adipositas (BMI 43.5 kg/m²), einer medikamentös gut eingestellten arteriellen Hypertonie sowie einer Dyslipidämie, welche mit Crestor 10 mg behandelt sei. Zudem fänden sich plantar beidseits psoriasiforme Effloreszenzen. Diese Befunde und Diagnosen könnten jedoch mit geeigneten Massnahmen (vgl. IV-Nr. 148.1, S. 18) behandelt werden und begründeten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für eine körperlich adaptierte, leichte bis mittelschwere Tätigkeit.

8.2.2

8.2.2.1 Im psychiatrischen Teilgutachten wurden als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit Angst und depressive Störung gemischt (ICD-10 F41.2) sowie eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit emotional-instabilen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F61) gestellt. In der psychiatrischen Beurteilung setzte sich Dr. med. O. ___ eingehend mit der Kindheit, den bisherigen beruflichen Tätigkeiten, dem Verlauf der psychischen Erkrankung sowie dem psychopathologischen Befund auseinander (vgl. IV-Nr. 148.1, S. 20 f.). Der Gutachter führte dabei aus, die Explorandin sei psychohereditär durch eine schizophrene Erkrankung bei der Mutter und auch bei einer Schwester vorbelastet. Zudem blicke sie auf eine Kindheit zurück, die seitens des Vaters durch massive Gewaltanwendung gekennzeichnet gewesen sei. Ausserdem habe auch ein sexueller Missbrauch stattgefunden. Die Familie sei auseinandergebrochen, als die Ehe der Eltern aufgelöst worden sei, die Explorandin sei damals 16 Jahre alt gewesen. Im Alter von 15 Jahren habe sie bereits einen ersten Suizidversuch mit Tablettenintoxikation verübt. Eine abgeschlossene berufliche Ausbildung habe sie nicht erwerben können. Sie sei vorwiegend im Servicebereich und später in der Pflege tätig gewesen. Die Explorandin sei 1986 erstmals stationär in der Psychiatrischen Klinik [...] behandelt worden. Offenbar hätten in der Folge immer wieder psychiatrische Interventionen durch das AU. ___ des Spitals [...] stattgefunden. Dort werde sie auch gegenwärtig einmal pro Monat behandelt. Heute präsentiere sie sich in einer affektiv ausgewogenen Stimmungslage, etwas inkompetent und hilflos sich darstellend. Sie scheine vor allem rasch überfordert zu sein. Es werde von Stimmungsschwankungen mit depressiven und ängstlichen Anteilen berichtet. Der Anteil der Ängste und der depressiven Verstimmungen erscheine etwa gleichmässig ausgeprägt, sodass zurzeit am ehesten die Diagnose einer depressiven- und Angststörung gemischt gestellt werden könne. Sodann wirke die Explorandin in ihrer Persönlichkeit, ihren Entscheidungen, ihrem Verhalten sehr momentgesteuert-unsicher, so dass die bereits in früheren Berichten festgestellte kombinierte Persönlichkeitsstörung mit Schwerpunkt hinsichtlich emotionaler Instabilität und übermässiger Symptomdarstellung bestätigt werden könne.

Die psychiatrische Einschätzung von Dr. med. O. ___ deckt sich weitestgehend auch mit derjenigen im D. ___-Gutachten vom 15. Mai 2014 (IV-Nr. 59, S. 31 ff.). Dr. med. F. ___ führte im psychiatrischen D. ___-Teilgutachten aus, infolge der Persönlichkeitsstörung bestehe bei der Beschwerdeführerin eine gewisse psychiatrisch bedingte Rendement-Verminderung. Er stellte dabei die Diagnose einer kombinierten

Persönlichkeitsstörung mit emotional instabilen und histrionischen Anteilen. Auf dem Hintergrund der kombinierten Persönlichkeitsstörung bei jeweils vermehrten psychosozialen Drucksituationen bestehe die Entwicklung einer rezidivierend depressiven Störung, gegenwärtig remittiert. Bei somatisch nicht hinlänglich geklärt Schmerzproblematik werde auf dem Hintergrund deutlicher emotionaler Konflikte und psychosozialer Faktoren die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung gestellt (IV-Nr. 59, S. 44 f.).

Des Weiteren setzte sich Dr. med. O.____ mit den früheren und entgegenstehenden Arztberichten auseinander (IV-Nr. 148.1, S. 21 f.): So könne zum Bericht von Dr. med. AI.____ vom 13. Mai 2015 (vgl. IV-Nr. 75; E. II. 7.2.12) gesagt werden, dass die Explorandin auch heute Phasen von Agoraphobie sowie von depressivem Rückzug erwähne, die aber gegenwärtig anhand der Alltagsaktivität kaum einen oder allenfalls einen geringen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausübten. Die Explorandin könne das Haus verlassen und habe heute keine massiven Ängste beklagt. Zudem habe heute auch keine Zwangsstörung nachgewiesen werden können, auch subjektiv seien keine Zwänge benannt worden. Auch mit dem Austrittsbericht der Klinik U.____ vom 15. November 2016 (vgl. IV-Nr. 126, S. 22 ff.; E. II. 7.2.18) setzte sich der Gutachter auseinander und hielt dazu fest, in der heutigen Untersuchung habe sich keine mittelgradige depressive Episode nachweisen lassen, die depressiven Merkmale seien aktuell eher leicht. Die Explorandin sei heute auch in der Lage gewesen, zur Untersuchung anzureisen, weshalb keine relevante Agoraphobie vorliege.

Gestützt auf die Befunderhebung, die Diagnosestellung sowie die psychiatrische Beurteilung vermag sodann auch die von Dr. med. O.____ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen (IV-Nr. 148.1, S. 21): So bestehe aus rein psychiatrischer Sicht lediglich eine geringe Einschränkung von 20 % im Pflegebereich. Die Explorandin wirke aufgrund der Stimmungsschwankungen mit depressiv-ängstlicher Symptomatik nicht stabil und verlässlich. Kleine Beschwerden könnten sie aus dem Tritt bringen. Diese Einschätzung bestehe seit August 2016, als die Explorandin erneut hospitalisiert worden sei. Auch für eine angepasste Tätigkeit im Sinne einer Verweistätigkeit sei der Explorandin eine Einschränkung von 20 % zu attestieren.

8.2.2.2 Gemäss dem Urteil des Bundesgerichts 8C_841/2016 vom 30. November 2017 sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Teilgutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss diesem Urteil soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung

leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

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

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

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

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

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

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

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

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

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

Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Hierzu ist dem Gutachten zu entnehmen, die Befunde ergäben Angstzustände und depressive Verstimmungen, zudem bestehe eine Somatisierungstendenz mit rezidivierenden körperlichen Klagen. Im Längsschnitt gebe es Hinweise für besondere instabile Persönlichkeitsmerkmale. Konkret erscheine die Gesundheitsschädigung als Mischung aus Ängsten und depressiven Verstimmungen, zurzeit leichtgradig ausgeprägt, auf dem Hintergrund einer kombinierten Persönlichkeitsstörung. Insgesamt habe die Beschwerdeführerin anlässlich der Untersuchung etwas verunsichert gewirkt mit allgemeinen Lebens- und Insuffizienzängsten. Eine Aggravation liege aber nicht vor. Des Weiteren sei die Beschwerdeführerin seit mehreren Jahren nicht mehr berufstätig und wirke körperlich deutlich dekonditioniert. Zudem bestehe Adipositas. Sie besitze auch keinen qualifizierten Abschluss. Zusammenfassend kann im Lichte der gemachten Ausführungen nicht auf ein erheblich ausgeprägtes Leiden geschlossen werden.

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz führte der Gutachter aus, die Explorandin stehe mit Unterbrüchen wahrscheinlich schon seit 20 Jahren immer wieder in psychiatrischer Behandlung, derzeit im AU.____ [...] bei Dr. med. Z.____. Er könne jedoch weder Aussagen zur Kooperation der Beschwerdeführerin bei bisher erfolgten Therapien machen noch über die verbleibenden Therapieoptionen. Die jetzige psychiatrische Behandlung solle weitergeführt werden. In Bezug auf die Eingliederungsbemühungen führte der Gutachter aus, das Pensum der Eingliederung in der VEBO [...] habe offenbar nie über 50 % erhöht werden können. Dies sei auf die hohe Instabilität in den Affekten und in der Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen. Die Durchhaltefähigkeit und Zuverlässigkeit seien schwankend. Tagesschwankungen bestimmten weitgehend die jeweilige Zielsetzung. Teilweise bestehe eine psychiatrisch bedingte Einschränkung, welche sich auf die Eingliederung der Beschwerdeführerin auswirke. Diese betrage 20 %. Eingliederungsmassnahmen seien im Rahmen der attestierten Arbeitsfähigkeit jedoch zumutbar. Demnach kann weder von einer Behandlungs- noch von einer Eingliederungsresistenz ausgegangen werden.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Gemäss BGE 143 V 318 ist E. 4.3.1.3 von BGE 141 V 281 so zu verstehen, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist. Gemäss dem Gutachter bestünden zwischen der affektiven Störung und den Somatisierungen erhebliche Wechselwirkungen, sodass die gesamte psychische Situation als eher instabil imponiere.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Dazu ist dem Gutachten zu entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auf eine schwere Kindheit zurückblicke. Der Vater sei gewalttätig gewesen. Die Mutter habe damals unter Alkohol- und Tablettensucht gelitten. Die Beschwerdeführerin sei vom Vater geschlagen und missbraucht worden. Mit etwa 16 Jahren habe sich die Familie aufgelöst, es sei zur Scheidung der Eltern gekommen. Gemäss dem psychopathologischen Befund nach AMDP habe sich die Beschwerdeführerin bei klarem Bewusstsein, zeitlich, örtlich und autopsychisch voll orientiert erwiesen. Hinweise für ein psychotisches Geschehen hätten nicht beobachtet werden können. Insbesondere hätten Wahnideen, Halluzinationen oder eine Ich-Störung verneint werden können. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis hätten in der grobklinischen Prüfung nicht beeinträchtigt imponiert. Konzentration und Aufmerksamkeit könne die Explorandin während der gesamten Untersuchungsdauer aufrechterhalten. Die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung seien intakt. Die Beeinträchtigung liege gemäss dem Gutachter in emotionalen Schwankungen. Es ist demnach bei der Beschwerdeführerin sowohl von günstigen als auch teilweise ungünstigen Persönlichkeitsstrukturen auszugehen, welche im Rahmen einer umfassenden Ressourcenprüfung ins Gewicht fielen.

Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Hierzu führte der Gutachter aus, die Beschwerdeführerin sei ledig, ein Lebenspartner bestehe zurzeit nicht. Sie habe eine 38-jährige Tochter, welche gegenwärtig selber schwanger sei. Der Vater der Tochter lebe im Wallis. Die Beschwerdeführerin lebe alleine in einer 3-Zimmer-Wohnung und werde seit 2011 durch das Sozialamt unterstützt. Es bestehe zudem ein soziales Netzwerk von Kolleginnen, mit denen sich die Beschwerdeführerin zum Austausch und zum Kaffeetrinken treffe. Damit enthält der soziale Lebenskontext der Beschwerdeführerin eher wenige, sich potentiell günstig auf die Ressourcen auswirkende Faktoren.

Im Rahmen der Konsistenzprüfung hat Dr. med. O. ___ festgehalten, dass sich während des psychiatrischen Gesprächs keine Diskrepanzen eingestellt hätten. Die Beschwerdeführerin habe frei kommunizieren können. Die Stimmung sei ebenfalls ausgeglichen verlaufen, ohne Einbrüche. Eine erhebliche depressive Verstimmung habe nicht vorgelegen. Die

psychiatrische Beurteilung stütze sich denn auch vorwiegend auf den Längsschnitt und die Biografie ab. Des Weiteren gehe die Beschwerdeführerin gegenwärtig keiner Erwerbstätigkeit nach. Sie sei jedoch offenbar in der Lage, den Haushalt selbst zu führen. Schwierigkeiten gebe sie an bei der administrativen Erledigung der Post. Freizeit und soziale Aktivitäten seien vorhanden. Zudem würden die therapeutischen Optionen von der Beschwerdeführerin kontinuierlich in Anspruch genommen und es liege keine krankheitsbedingte Unfähigkeit zur Therapieadhärenz vor. Zusammengefasst spricht das Gesagte nicht für einen erheblichen Leidensdruck.

8.2.2.3 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich somit, dass das psychiatrische Teilgutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Schlüssig ist auch die aus den psychischen Beeinträchtigungen abgeleitete Arbeitsfähigkeit von 80 % sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit (vgl. E. II. 8.2.2.1).

8.2.3 Im rheumatologischen Teilgutachten werden ausführlich und nachvollziehbar die gestellten Diagnosen und deren Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit dargelegt (IV-Nr. 148.1, S. 24 ff.). Der rheumatologischen Beurteilung (IV-Nr. 148.1, S. 28 f.) kann entnommen werden, bei der Beschwerdeführerin bestehe bereits seit dem Jugendalter ein chronisches zervikospondylogenes Schmerzsyndrom mit Zervikozephalgien und Zervikobrachialgien bei Dysbalancen der Schultergürtelmuskulatur. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Beweglichkeit der HWS nur leichtgradig eingeschränkt. Klinische Hinweise für eine radikuläre oder Wurzelkompressionssymptomatik wie Reflexausfälle oder Abschwächung von Kennmuskeln fänden sich nicht. Auf den durchgeführten Röntgenaufnahmen der HWS zeige sich eine beginnende Spondylosis deformans C5-C7, die für die Beschwerden und Funktionseinschränkungen mitverantwortlich sein könne. Darüber hinaus bestehe ebenfalls seit sehr vielen Jahren ein chronisches thorakolumbospondylogenes Schmerzsyndrom bei Übergewichts-mitbedingter myostatischer Insuffizienz mit den entsprechenden muskuloligamentären Überlastungsreaktionen. Daneben zeige sich sowohl klinisch wie auch radiologisch eine leichte rechtskonvexe Lumbalskoliose. Die Wirbelsäule sei insgesamt im Lot. Die Beweglichkeit der LWS sei für die Reklination ein Drittel zur Norm eingeschränkt. Die Inklination führe zu einer Besserung, die Reklination zu einer Zunahme der Schmerzen im Lumbalbereich. Auf den hier durchgeführten Röntgenaufnahmen der LWS zeige sich neben der auch klinisch feststellbaren Fehlstatik lediglich eine diskrete Osteochondrose und beginnende ventrale Spondylose L2/3 bei ansonsten unauffälligem Befund. Zusätzlich bestehe ein Funktions- und Belastungsdefizit im Bereich der rechten Schulter bei kernspintomographisch im April 2017 nachgewiesener transmuraler Supraspinatussehnenruptur und AC-Gelenksarthrose. Bei der aktuellen klinischen Untersuchung sei die Schulter reizlos. Die Beschwerdeführerin gebe über dem Ansatz des Musculus supraspinatus einen leichten Druckschmerz an. Die aktive Schulterbeweglichkeit sei rechts gegenüber links eingeschränkt. So sei rechts lediglich eine maximale Retroversion von 20 °, links eine 40 ° möglich. Die Abduktion sei rechts bis 120 ° schmerzfrei durchführbar, ab dann beschreibe die Beschwerdeführerin einen schmerzhaften Bogen. Der Impingement-Test rechts sei positiv. Beim 90°-Abduktionstest sowie der Aussenrotation des hängenden Armes gegen Widerstand gebe die Beschwerdeführerin Schmerzen in der rechten Schulter an. Die Innenrotation gegen Widerstand sei beidseits schmerzfrei durchführbar. Es zeige sich insgesamt eine gute Korrelation zwischen dem

Befund des Arthro-MRI der rechten Schulter vom April 2017 und dem klinischen Befund, wobei die Beschwerdeführerin angebe, dass sich die Situation nach einer intraartikulären Steroidinjektion in die rechte Schulter im Herbst 2017 bereits deutlich gebessert habe. Des Weiteren sei die klinische Untersuchung des rechten Sprunggelenks und des linken Fusses unauffällig, sodass man auf die Durchführung von Röntgenaufnahmen verzichtet habe.

Dr. med. P.____ leitet aus den dargelegten Befunden und Diagnosen nachvollziehbar ab, aufgrund der degenerativen Veränderungen im Zervikal- und Lumbalbereich der Beschwerdeführerin seien schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen, bestehe aus Sicht des Bewegungsapparates eine volle Arbeitsfähigkeit. Die über viele Jahre hinweg ausgeübte Tätigkeit der Pflegehilfe gehe über das zumutbare Leistungsprofil hinaus und sei der Beschwerdeführerin demnach nicht zumutbar. Die zuletzt zwischen 2011 und 2013 ausgeübte Tätigkeit der Codiererin im Paketzentrum der Post entspreche gemäss Arbeitsplatzbeschreibung der Beschwerdeführerin dem zumutbaren Leistungsprofil und sei ihr demnach vollschichtig zumutbar.

8.2.4 Die Einschätzung des neurologischen Gutachters, wonach aus neurologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, lässt sich nicht beanstanden. Bei der Beurteilung hat sich Dr. med. S.____ eingehend mit der bei der Beschwerdeführerin aufgetretenen Abduzensparese links und den dazugehörigen Berichten auseinandergesetzt (IV-Nr. 148.1, S. 32). So führte der Gutachter aus, die eingehenden und adäquaten Abklärungen, welche in der Neurologischen Klinik des Spitals AB.____ durchgeführt worden seien, hätten keine eindeutige Ursache feststellen können, aber bei mässiggradigen supra- und infratentoriellen vaskulären Veränderungen im MRI des Schädels sowie punktförmigen Diffusionsstörungen pontin links, sei diese Abduzensparese am ehesten als mikroangiopathisch bedingt eingeordnet worden. Andere differenzialdiagnostisch in Betracht zu ziehende Ursachen seien ausgeschlossen worden. Die Abduzensparese werde in den Berichten als leicht eingeordnet und sei nach Angaben der Beschwerdeführerin nach sechs Monaten vollständig remittiert, so seien auch jetzt keine Beschwerden mehr genannt worden. Dieser Verlauf spreche gleichfalls für eine initial ischämische Ätiologie, wie im Übrigen auch das damalige ungünstige vaskuläre Risikoprofil. Der Bericht des Spitals AB.____ vom Mai 2015 berichte noch über einen akuten passageren Drehschwindel, wobei eine erneute Bildgebung mittels MRI keine neuen Aspekte geliefert habe. Betreffend die Kollapszustände, welche seit der Implantation des Rekorders nicht mehr aufgetreten seien, ergäben sich von der Schilderung her keine Hinweise für eine epileptische Genese. Des Weiteren nahm der Gutachter Stellung zu früheren neurologischen Berichten (IV-Nr. 148.1, S. 32). So führte er aus, dass mit den Berichten der Neurologie des Spitals AB.____ Übereinstimmung bestehe. Im Gegensatz zum Bericht der U.____ [...] vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 151) liessen sich wesentliche kognitive Defizite in der aktuellen Untersuchung nicht bestätigen. Mit Blick auf die neurologischen Befunde erscheint nachvollziehbar, dass sich auf neurologischem Gebiet keine wesentliche, die Arbeitsfähigkeit einschränkende Erkrankung ergibt.

8.2.5 Dr. med. M.____ hält einleuchtend fest, dass aus gastroenterologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe (IV-Nr. 148.1, S. 33). Die Explorandin müsse aber ihre Arbeit jederzeit unterbrechen und eine Toilette aufsuchen können. So habe eine Divertikelkrankheit vorgelegen, welche nach rezidivierenden Entzündungsschüben im Jahr 2011 mittels laparoskopischer Sigma-Resektion behandelt worden sei. Persistierende

Unterbauch-Schmerzen seien auf Narbenschmerzen zurückgeführt worden und hätten nach zwei Jahren gebessert. Es bestünden weiterhin Stuhlunregelmässigkeiten ohne organisch fassbare Ursache, welche die Explorandin mit Quellmitteln behandle.

Stuhlunregelmässigkeiten seien nach Sigmaresektionen nicht atypisch, möglicherweise bestehe aber ein zusätzliches Reizdarmsyndrom. Hinweise auf eine schwere gastrointestinale Erkrankung fehlten.

8.2.6 Auch die Einschätzungen aus der dermatologischen Untersuchung vom 29. Mai 2018 (IV-Nr. 148.1, S. 34) erweisen sich als nachvollziehbar. So sei bei der Beschwerdeführerin im Jahr 2012 die Diagnose einer Psoriasis palmoplantaris gestellt worden. Es seien diverse steroidhaltige, sowie calcipotriolhaltige Externa angewendet worden. Aktuell sei der Befund, vor allem im Bereich der Palme rechts stabil. Es zeigten sich jedoch weiterhin rezidivierende Veränderungen im Bereich der Plantae, sowie leichte Hyperkeratosen im Bereich der Ellenbogen. Aus rein dermatologischer Sicht bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit bei leichten und mittelschweren Tätigkeiten. Lediglich schwere Tätigkeiten mit starker mechanischer Belastung der Haut, sowie Feuchtarbeiten sollten gemieden werden.

8.2.7 Die Einschätzungen im kardiologischen Teilgutachten erweisen sich mit Blick auf die durchgeführten Untersuchungen (Ruhe-EKG, Echokardiographie, Fahrrad-Ergometrie; vgl. IV-Nr. 148.1, S. 36) ebenfalls als nachvollziehbar. So habe die Beschwerdeführerin bei der aktuellen Untersuchung über eine allgemeine Leistungsintoleranz und chronische Dyspnoe berichtet, sonst bestünden gegenwärtig keine kardialen Beschwerden und es habe auch kein synkopales Ereignis mehr seit 2015 gegeben. Bei der aktuellen Untersuchung sei das Körpergewicht der Beschwerdeführerin deutlich erhöht, der BMI betrage 43 kg/m², die Beschwerdeführerin sei im Sinusrythmus und leicht hyperten. Herzinsuffizienz-Zeichen bestünden bei der klinischen Untersuchung keine. Die Echokardiographie zeige eine gute biventrikuläre Pumpfunktion und kein Vitium. Beim Belastungstest sei die körperliche Leistungsfähigkeit deutlich reduziert, die Beschwerdeführerin habe lediglich 87 Watt zu leisten vermocht, entsprechend 60 % ihrer Soll-Leistung, bis die Untersuchung bei einem Maximalpuls von 99/Min entsprechend 67 % der Ziel-Herzfrequenz wegen allgemeiner Ermüdung insbesondere der Beine, aber auch leichter Dyspnoe habe beendet werden müssen. Der Pulsanstieg sei adäquat unter Betablocker gewesen, der Blutdruckanstieg leicht überschüssend. In Erholung hätten noch deutlich hypertone Blutdruckwerte persistiert. Ischämie-Zeichen hätten subjektiv und objektiv im EKG keine bestanden. Der kardiologische Gutachter leitet aus den Befunden und Diagnosen stimmig ab, dass die Beschwerdeführerin für eine körperlich nicht schwer belastende Tätigkeit weiterhin einsetzbar sei.

8.2.8 Der ophthalmologische Gutachter kommt gestützt auf die von ihm erhobenen Befunde zum nachvollziehbaren Schluss, aus ophthalmologischer Sicht bestehe keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 148.1, S. 39). So zeige sich eine chronische Benetzungsstörung, die der Explorandin Beschwerden bereite und die zu passageren Sehstörungen führen könne. Sonst zeige sich ein intakter, altersentsprechender ophthalmologischer Befund mit sehr guter Sehschärfe in Ferne und Nähe. Die Abduzensparese bestehe nicht mehr.

8.3 Gestützt auf die obigen Ausführungen ist das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre R.____-Gutachten grundsätzlich als beweiskräftig zu erachten. Daran vermögen auch die Rügen der Beschwerdeführerin nichts zu ändern. Die

Beschwerdeführerin bringt in der Beschwerde vor, das Gutachten der R. ___ sei unvollständig. Es erfasse nicht sämtliche gesundheitlichen Probleme der Beschwerdeführerin. Konkret stünden die Befunde aus dem Bericht der Klinik U. ___ vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 151) im Widerspruch zu den durch keinerlei klinische Tests untermauerten Behauptungen von Dr. med. O. ___ auf Seite 20 des ABI-Gutachtens (IV-Nr. 148.1, S. 20). Seine Expertise erlaube ohnehin keine Indikatorenprüfung. Die Einschätzung des funktionellen Leistungsvermögens durch den Rechtsanwender sei nicht möglich, da Dr. med. O. ___ keine systematische Erfassung allenfalls vorhandener krankheitsbedingter Einschränkungen z.B. mittels Mini-ICF-APP vorgenommen habe. Wie bereits unter E. II. 6.4 dargelegt, 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. Ein Gutachten verliert jedoch nicht automatisch seine Beweiskraft, wenn es sich nicht an allfällige Qualitätsrichtlinien anlehnt (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018 E. 5.4). Der medizinischen Fachperson kommt bei der Wahl der Methode zur Erstellung des Gutachtens grosses Ermessen zu. Auch liegt es ihrem Ermessen, ob sie psychologische Tests durchführen will. Massgebend ist vielmehr, dass das Gutachten gesamthaft gesehen nachvollziehbar begründet und überzeugend ist. Dem testmässigen Erfassen der Psychopathologien im Rahmen der psychiatrischen Exploration kann generell nur ergänzende Funktion beigemessen werden, während die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend ist. Aus diesem Grund ist es dem Beweiswert des psychiatrischen R. ___-Teilgutachtens nicht abträglich, dass keine Mini-ICF-APP durchgeführt wurde. Ausserdem wurde unter E. II. 8.2 ausführlich dargelegt, dass das R. ___-Gutachten ■ und mithin auch das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. O. ___ (vgl. E. II. 8.2.2) ■ die beweisrechtlichen Anforderungen des Bundesgerichts erfüllt. Die Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters zum funktionellen Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin sowie seine Ausführungen zu den krankheitsbedingten Einschränkungen sind schlüssig und nachvollziehbar. So berücksichtigte er bei seiner Begutachtung die Sozial- und Arbeitsanamnese sowie die Vorakten, nahm im Rahmen der Untersuchung vom 15. Januar 2018 die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin auf, erhob den psychiatrischen Befund nach dem System der AMDP und nahm eine psychiatrische Beurteilung vor. Dr. med. O. ___ stellte die psychiatrischen Diagnosen und gab die Arbeitsfähigkeiten in der bisherigen Tätigkeit sowie in einer angepassten Tätigkeit wieder. Des Weiteren würdigte er die Indikatoren gemäss BGE 141 V 281. Die Beschwerdeführerin vermag denn auch nicht überzeugend darzutun, inwiefern das Gutachten des R. ___-Psychiaters unvollständig sein soll. Des Weiteren kann ihrem Einwand nicht gefolgt werden, wonach die Expertise keine Indikatorenprüfung erlaube. Dr. med. O. ___ legte anhand der Indikatoren gemäss BGE 141 V 281 nachvollziehbar dar, weshalb er aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse die Einschränkung der Beschwerdeführerin als gering einstufte (vgl. E. II. 8.2.2.2).

Auch der Bericht der Klinik U. ___ vom 13. Februar 2018 (IV-Nr. 151) vermag den Beweiswert des R. ___-Gutachtens nicht zu schmälern. Gemäss dem Bericht zeigten sich bei der Beschwerdeführerin im Einklang mit den psychiatrischen Diagnosen kognitive Minderleistungen in den Bereichen Gedächtnis, Aufmerksamkeit und Exekutivfunktionen. Aus neuropsychologischer Sicht deute dies jedoch nicht auf eine genuine

Gedächtnisstörung. Die von der Beschwerdeführerin angegebene Verbesserung beim Einhalten von Terminen stütze zudem diesen Eindruck. Gesamthaft sei von einer leichten bis mittelschweren neuropsychologischen Störung im Rahmen der psychiatrischen Grunderkrankung auszugehen. Invalidenversicherungsrechtlich kommt es grundsätzlich nicht auf die Diagnose, sondern einzig darauf an, welche Auswirkungen eine Erkrankung auf die Arbeitsfähigkeit hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_273/2018, E. 4.2). Ob sich die im Bericht erwähnte Störung zusätzlich zur psychischen Grunderkrankung auf die funktionelle Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirkt, wird im Bericht nicht näher dargelegt. Ausserdem hat Dr. med. S. ___ anlässlich der neurologischen Untersuchung vom 10. April 2018 (IV-Nr. 148.1, S. 30 ff.) keine wesentlichen kognitiven Defizite feststellen können, weshalb er dem Bericht vom 13. Februar 2018 ausdrücklich widerspricht. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die im Bericht vom 13. Februar 2018 festgestellten geringen kognitiven Minderleistungen keine wesentlichen und über die psychiatrische Grunderkrankung hinausgehenden Einschränkungen auf das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin haben.

Auch die übrigen Einwände der Beschwerdeführerin vermögen den Beweiswert des R. ___-Gutachtens nicht zu schmälern. Inwiefern die Angaben des psychiatrischen Gutachters unvollständig und rudimentär seien, wird denn auch von der Beschwerdeführerin nicht näher konkretisiert. Ausserdem trifft es nicht zu, dass der R. ___-Psychiater offen zugegeben habe, keine Aussagen zur Therapie machen zu können. So hat Dr. med. O. ___ an der von der Beschwerdeführerin zitierten Stelle im Gutachten lediglich festgehalten, er könne keine Aussagen zur Kooperation der Beschwerdeführerin bei den bisher erfolgten Therapien machen und keine zusätzlichen Therapieoptionen empfehlen (IV-Nr. 148.1, S. 23). Der psychiatrische Gutachter hat sich denn auch zu den bisherigen Therapien geäußert und ausgeführt, die jetzige psychiatrische Behandlung solle weitergeführt werden (IV-Nr. 148.1, S. 22). Inwiefern die Einschätzung des R. ___-Psychiaters, wonach bei der Beschwerdeführerin eine 80%ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit bestehe, im Widerspruch steht zu seiner Äusserung, wonach das Pensum der Eingliederung in der VEBO [...] aufgrund der hohen Instabilität in den Affekten und in der Persönlichkeitsstruktur nie über 50 % habe erhöht werden können, wird von der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht näher begründet. Dr. med. O. ___ konkretisiert seine Aussagen in Bezug auf die Eingliederung in der Genossenschaft VEBO und hält fest, dass die Nichterhöhung der Eingliederung auf die schwankende Durchhaltefähigkeit und Zuverlässigkeit der Beschwerdeführerin zurückzuführen sei, wobei Tagesschwankungen weitgehend die jeweiligen Zielsetzungen bestimmt hätten (IV-Nr. 148.1, S. 22). Inwiefern zwischen diesen Ausführungen des Psychiaters und der durch ihn festgestellten 20%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der psychischen Beeinträchtigung ein Zusammenhang besteht, ist für das Gericht nicht ersichtlich und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht näher dargelegt.

8.4 Nach dem Gesagten ist auf die im polydisziplinären R. ___-Gutachten vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit abzustellen. Demnach besteht in der Tätigkeit als Pflegehilfe wie auch in anderen körperlich schweren und überwiegend mittelschweren Tätigkeiten eine volle und bleibende Arbeitsunfähigkeit. Dagegen besteht in einer körperlich leichten bis intermittierend mittelschweren, adaptierten Tätigkeit eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %, vollschichtig realisierbar mit leicht erhöhtem Pausenbedarf und leicht reduziertem Rendement.

Insofern der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin in seinem Parteivortrag anlässlich der Verhandlung vorbringt, die Beschwerdegegnerin habe nicht abgeklärt, ob die Durchführung der im R.____-Gutachten unter Ziff. 6.7 vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen (insbesondere die aus rheumatologischer Sicht empfohlene Gewichtsreduktion und die Durchführung eines Trainingsprogramms zur Kräftigung der Muskulatur, vgl. IV-Nr. 148.1, S. 30) eine Voraussetzung für die tatsächliche Umsetzbarkeit der 80%igen Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei, ist festzuhalten, dass die aus rheumatologischer Sicht diagnostizierten, gesundheitlichen Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates bereits im gutachterlich festgestellten Arbeitsfähigkeitsprofil gewürdigt wurden. So sind der Beschwerdeführerin schwere und überwiegend mittelschwere Tätigkeiten nicht zumutbar. Für leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Arbeiten mit dem rechten Arm über der Horizontalen besteht aus Sicht des Bewegungsapparates hingegen eine volle Arbeitsfähigkeit (vgl. IV-Nr. 146.1, S. 29). Die Durchführung der vorgeschlagenen medizinischen Massnahmen ist für die Umsetzung der gutachterlich festgestellten Leistungsfähigkeit daher nicht notwendig.

E. 9

9.1 Der Invaliditätsgrad ist aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen (vgl. E. II. 4.4 hiervor). Der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich ist nicht zu beanstanden. Für den Einkommensvergleich wurden sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen. Dies erscheint angesichts der Tatsache, dass die Abwesenheit vom Arbeitsmarkt schon seit vielen Jahren andauert, korrekt. Auch ist der Bezug des Totalwerts für Frauen auf Kompetenzniveau 1 («Einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art») nachvollziehbar, zumal die Beschwerdeführerin gemäss Lebenslauf (IV-Nr. 39) und ihren Angaben im R.____-Gutachten (IV-Nr. 148.1, S. 15) zwar überwiegend, jedoch nicht ausschliesslich im Pflegebereich tätig gewesen ist und auch sonst keine besonderen Fertigkeiten und Kenntnisse aufweist, welche den Bezug eines Tabellenlohns auf Kompetenzniveau 2 («Praktische Tätigkeiten wie Verkauf/ Pflege/ Datenverarbeitung und Administration/ Bedienen von Maschinen und elektronischen Geräten/ Sicherheitsdienst/ Fahrdienst») rechtfertigen. Mit der gesundheitlichen Einschränkung sind ihr ebenfalls Arbeitsstellen in diesem Segment zugänglich. Es bietet sich daher an, sowohl das Validen- als auch das Invalideneinkommen auf statistischer Grundlage, gestützt auf die Ergebnisse der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE), festzulegen, wobei für beide Vergleichseinkommen auf denselben Tabellenwert abzustellen ist. Damit erübrigt sich eine genaue betragsmässige Ermittlung, denn der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_358/2017 vom 4. August 2017 E. 2.2 mit Hinweisen).

9.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. Leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene

Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.).

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht vorliegend kein Raum. Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ nicht angezeigt.

9.3 Zusammengefasst resultiert ein Invaliditätsgrad von 20 %, womit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht.

10. Im Weiteren ist auf den Antrag der Beschwerdeführerin einzugehen, es seien ihr berufliche Massnahmen zu gewähren.

10.1 Berufliche Eingliederungsmassnahmen setzen die subjektive Eingliederungsfähigkeit voraus. Fehlt die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen, so entfällt ein Anspruch auf solche Massnahmen, ohne dass zuvor ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG durchgeführt werden muss (s. Urteile des Bundesgerichts 8C_682/2018 vom 7. Februar 2019 E. 7.1 und 9C_59/2017 vom 21. Juni 2017 E. 3.3). Ein fehlender Eingliederungswille muss mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit feststehen. Dabei sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheid- und Beschwerdeverfahren gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (Urteil des Bundesgerichts 8C_611/2018 vom 7. Januar 2019 E. 6.2).

10.2 Angesichts des Invaliditätsgrades von 20 % hat die Beschwerdeführerin grundsätzlich Anspruch auf berufliche Massnahmen. Die Beschwerdegegnerin verneint einen Anspruch auf berufliche Massnahmen mit der Begründung, im polydisziplinären Gutachten vom 6. August 2018 werde zwar festgehalten, die rasche Integration in eine körperlich adaptierte Tätigkeit sei dringend anzustreben. Allerdings sei nicht zu erkennen, dass die Beschwerdeführerin bereit sei, das gutachterlich ermittelte Leistungsvermögen von 80 % auszuschöpfen. Sie verweist dazu auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin anlässlich der gutachterlichen Untersuchung, wo sich die Beschwerdeführerin dahingehend äusserte, vielleicht noch 50 % etwas Leichtes arbeiten zu können, sofern ihr Pausen gewährt würden (vgl. IV-Nr. 148.1, S. 20 und 42). Die Sichtweise der Beschwerdegegnerin findet in den Akten keine hinreichende Stütze. Insbesondere lässt sich eine fehlende subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht allein aus der erwähnten Aussage der Beschwerdeführerin herleiten. So ist den Akten zu entnehmen, dass sich die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren darum bemüht hat, berufliche Massnahmen zu erhalten bzw. die von der Beschwerdegegnerin zugesprochenen Massnahmen umzusetzen. So hat die

Beschwerdegegnerin bereits mit Verfügung vom 24. Juli 2002 (IV-Nr. 21) das Gesuch der Beschwerdeführerin auf Eingliederungsmassnahmen (Umschulung) mit der Begründung abgewiesen, aufgrund ihres Gesundheitszustandes seien keine beruflichen Massnahmen (Umschulung) durchführbar. Auch die Frühinterventionsmassnahme in Form eines Belastbarkeitstrainings bei der Genossenschaft VEBO vom 1. Juli bis 4. Oktober 2013 (IV-Nr. 45) musste die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig beenden (vgl. IV-Nr. 148.1, S. 41). Des Weiteren sind auch ihre gegenüber der Beschwerdegegnerin und dem Versicherungsgericht gemachten Aussagen zu berücksichtigen. So stellte sie mit Eingabe vom 20. November 2018 an die Beschwerdegegnerin den Antrag, es sei über den Anspruch auf Massnahmen beruflicher Art zu entscheiden (vgl. IV-Nr. 154). In ihrer Begründung hielt sie fest, sie sei bereit und willens, an beruflichen Eingliederungsmassnahmen teilzunehmen. Auch die Gutachter der R.____ konstatierten, dass eine Hilfeleistung der Invalidenversicherung bei der beruflichen Reintegration notwendig sei. Dass sich dabei ein schrittweises Vorgehen rechtfertige, dränge sich aufgrund der Art und Beschaffenheit des Gesundheitszustandes, aber auch wegen der sehr langen Absenz vom Arbeitsmarkt geradezu auf. In der Beschwerde ans Versicherungsgericht vom 28. Mai 2019 (A.S. 6 ff.) sowie anlässlich der Verhandlung vom 24. September 2020 werden der Eingliederungswille und die Motivation für berufliche Massnahmen vom Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin erneut bekräftigt. Ein fehlender Eingliederungswille kann daher nicht mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit festgestellt werden. Die R.____-Gutachter führten zwar aus, es bestehe eine Diskrepanz zwischen ihrer Beurteilung und der Selbsteinschätzung der Beschwerdeführerin, welche sich aufgrund ihrer Beschwerden nur noch eingeschränkt arbeitsfähig fühle. (IV-Nr. 148.1, S. 43). Gleichzeitig hielten sie aber fest, dass auf beruflicher Ebene die rasche Reintegration in eine körperlich adaptierte Tätigkeit dringend anzustreben sei und daher unterstützende Massnahmen bezüglich Reintegration in den Arbeitsprozess empfohlen würden (IV-Nr. 148.1, S. 43). Vorliegend bestehen einige Hinweise dafür, dass die subjektive Eingliederungsfähigkeit bei der Beschwerdeführerin vorhanden ist. Die Abweisung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen ist daher zu Unrecht erfolgt. Ob tatsächlich ein Eingliederungswille besteht und welche konkreten beruflichen Massnahmen beim Wiedereinstieg ins Erwerbsleben Sinn machen, kann aufgrund der Akten jedoch nicht abschliessend beurteilt werden und ist von der Beschwerdegegnerin genauer abzuklären. Die Beschwerde ist damit in Bezug auf den Anspruch auf berufliche Massnahmen gutzuheissen und die Sache ist an die IV-Stelle zurückzuweisen, damit sie den Anspruch der Beschwerdeführerin auf berufliche Massnahmen materiell prüfe. Im Übrigen ist sie abzuweisen.

11. Zusammenfassend wird die Beschwerde in dem Sinne teilweise gutgeheissen, als die angefochtene Verfügung vom 23. April 2019 aufgehoben und die Beschwerdegegnerin verpflichtet wird, zu prüfen, ob allenfalls berufliche Massnahmen in Frage kommen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

E. 12

12.1 Die obsiegende Beschwerdeführerin hat für das Beschwerdeverfahren Anspruch auf Ersatz der Parteikosten (Art. 61 lit. g ATSG). Das Versicherungsgericht bemisst diese Entschädigung ohne Rücksicht auf den Streitwert nach der Bedeutung der Streitsache und der Schwierigkeit des Prozesses. Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht,

den Prozessaufwand erhöht hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Die Beschwerdeführerin unterliegt vorliegend in Bezug auf die beantragte Rückweisung aus formellen Gründen, in Bezug auf den Rentenanspruch und soweit sie Leistungen aufgrund eines Invaliditätsgrades von mindestens 40 % verlangt. Da aber die angefochtene Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und die Sache zur Prüfung des Anspruchs auf berufliche Massnahmen zurückgewiesen wird, steht der Beschwerdeführerin ermessensweise eine reduzierte Parteientschädigung zu.

12.2 Der Vertreter der Beschwerdeführerin hat am 20. September 2019 (Eingang: 23. September 2019, A.S. 41 ff.) eine Kostennote eingereicht, welche er anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 24. September 2020 ergänzte. Darin macht er einen Kostenersatz von insgesamt CHF 3'360.65 (CHF 2'012.05 + CHF 1'348.60) geltend. Dabei werden ein Aufwand von 11.95 Stunden (7.18 Stunden + 4.77 Stunden) und Auslagen von CHF 132.90 (CHF 73.20 + CHF 59.70) ausgewiesen.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) sind im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und nicht separat zu vergüten. Demnach können die unter dem Vermerk «Brief an Klientin» angegebenen Positionen von jeweils 0.17 Std. vom 3. Mai 2019, 29. Mai 2019, 5. Juni 2019, 4. Juli 2019, 12. September 2019, 20. September 2019 und 30. Juli 2020 nicht berücksichtigt werden, da praxisgemäss von Orientierungskopien ausgegangen wird, welche reinen Kanzleiaufwand darstellen. Dies gilt auch für die unter dem Vermerk «Brief an Sozialregion Oberes Niederamt SON» bzw. «Brief an Regionaler Sozialdienst Oberes Niederamt» von je 0.17 Std. vom 5. Juni 2019 und 30. Juli 2020 angegebenen Positionen. Damit verbleibt ein Zeitaufwand von insgesamt 10.42 Std. Bei den Auslagen sind die Kopien mit CHF 0.50 (und nicht mit CHF 1.00) zu entschädigen (§ 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT], BGS 615.11). Die Fahrtspesen für die Hin- und Rückfahrt zur öffentlichen Verhandlung vom 24. September 2020 von 45,4 km werden anstelle dem in der Kostennote geltend gemachten Ansatz von CHF 1.00 mit CHF 0.70 entschädigt (vgl. § 157 Abs. 3 GT i.V.m. § 161 Gesamtarbeitsvertrag [GAV, BGS 126.3]) und betragen daher CHF 31.78. Demnach belaufen sich die zu vergütenden Auslagen auf insgesamt CHF 94.30.

Unter Berücksichtigung des geltend gemachten Stundenansatzes von CHF 250.00 und der Mehrwertsteuer führt dies zu einer Parteientschädigung von insgesamt CHF 1'380.10 (Honorar von CHF 1'250.00 [5 Std. à CHF 250.00], Auslagen von CHF 31.45 und MwSt. von CHF 98.65). Die Zusprache einer Parteientschädigung auf der Basis von fünf Stunden resultiert aus dem Aufwand, der notwendig gewesen wäre, wenn sich die Beschwerde auf den Punkt beschränkt hätte, der zur teilweisen Gutheissung führte (Anspruch auf berufliche Massnahmen).

12.3 Soweit die Beschwerdeführerin unterliegt, hat der Kanton den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen zu entschädigen (Art. 122 Abs. 1 lit. a ZPO; vgl. E. I. 2.6 hiervor). Zu vergüten ist ein Stundenansatz von CHF 180.00 (§ 160 Abs. 3 GT). Das Honorar wird auf CHF 1'118.40 bemessen (5.42 Stunden à CHF 180.00 = CHF 975.60, Auslagen von CHF 62.85 und Mehrwertsteuer von CHF 79.95). Diese ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlungin

der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes im Umfang von CHF 408.60, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch des unentgeltlichen Rechtsbeistandes ist anzufügen, dass hier von einem Stundenansatz von CHF 250.00 auszugehen ist, da im vorliegenden Fall eine Honorarvereinbarung mit der Klientin vorgelegt wird (A.S. 44), die einen höheren Ansatz als in § 160 Abs. 2 GT vorsieht.

12.4 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 bis CHF 1■000.00 festgelegt. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens haben die Beschwerdegegnerin 30 % und die Beschwerdeführerin 70 % der Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 zu bezahlen. Der Anteil der Beschwerdeführerin ist jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach widerkannt:

4.An die Verfahrenskosten von CHF 1■000.00 haben die Beschwerdegegnerin CHF 300.00 und die Beschwerdeführerin CHF 700.00 zu bezahlen. Der Kostenanteil der Beschwerdeführerin ist infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Lazar

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