

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.39 vom 17. Oktober 2019**

SO Obergericht, 2019-10-17, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.39\\_d20191017](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.39_d20191017)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.39 du 17 octobre 2019

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.39 del 17 ottobre 2019

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1960, meldete sich am 24. Juni 2014 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zur Früherfassung an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 1). Als gesundheitliche Beeinträchtigungen wurden Diabetes Typ II, ein Herzschrittmacher seit 2008 und Depressionen angegeben. Die Beschwerdeführerin war zum damaligen Zeitpunkt in einem 50%-Pensum als Mitarbeiterin Lingerie beim Spital B.\_\_\_\_ angestellt.

1.2 Die Beschwerdegegnerin führte am 8. Juli 2014 ein Intake-Gespräch mit der Beschwerdeführerin durch (IV-Nr. 4) und hielt im entsprechenden Protokoll fest, für diese stehe die Rentenprüfung im Vordergrund. Am 29. April 2015 meldete sich die Beschwerdeführerin dann zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 6). Dort wurde eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit 12. Februar 2015 angegeben, als gesundheitliche Beeinträchtigungen eine Fibromyalgie und Diabetes Typ II.

1.3 Die Beschwerdegegnerin holte in der Folge diverse medizinische Unterlagen ein und liess die Beschwerdeführerin auf Empfehlung des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) polydisziplinär begutachten (vgl. IV-Nr. 27 S. 2 f.). Dieses Gutachten wurde durch die Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ am 5. Juli 2016 erstattet (IV-Nr. 35).

### **E. 2**

2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (IV-Nr. 98) dar, gemäss dem eingeholten polydisziplinären Gutachten sei der Beschwerdeführerin die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin in der Lingerie seit Ende 2014 nicht mehr zumutbar. In einer Verweistätigkeit betrage die Arbeitsfähigkeit 60 %. Nach anschliessend durchgeführten neuropsychologischen Abklärungen seien aufgrund einer mittelschweren neuropsychologischen Funktionsstörung eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % und ab dem 23. Februar 2017 eine Verschlechterung aus neurologischer Sicht ausgewiesen. Somit liege ab diesem Zeitpunkt eine volle Arbeitsunfähigkeit für eine ausserhäusliche Tätigkeit vor. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens habe man dem Umstand der behinderungsbedingten erschwerten Eingliederung mit einem Abzug von 10 % Rechnung getragen. Die weiteren Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute, bei voller Gesundheit, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit in einem Pensum von 50 % nachgehen würde. Die restlichen 50 % wäre sie im Haushalt tätig. Gemäss Haushaltsbericht betrage die Einschränkung im Haushalt 7 %. Berufliche Massnahmen seien nicht indiziert. Der Einkommensvergleich ab dem 1. Oktober 2015

ergebe einen Invaliditätsgrad von 30.25 %, derjenige ab dem 23. Februar 2017 einen solchen von 53.5 %. Somit bestehe ab dem 1. Mai 2018 (recte 2017) Anspruch auf eine halbe Invalidenrente.

Zu den Einwänden nehme man wie folgt Stellung: Eine Scheidung könne nicht als Grund dafür herangezogen werden, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall mehr als 50 % arbeiten würde. Auch wenn es nach der Scheidung 1997 zu Beginn wegen der jüngeren von zwei Töchtern noch etwas mehr Betreuungsaufwand gebraucht habe, wäre es der Beschwerdeführerin spätestens ab 2002 möglich gewesen, ihr ausserhäusliches Pensum zu steigern. Dies sei lange vor den angegebenen gesundheitlichen Beschwerden gewesen. Es sei davon auszugehen, dass sie freiwillig weiterhin in einem Pensum von 50 % gearbeitet habe. Dass sie im Haushalt viele Tätigkeiten mit der Tochter ausübe, sei in der Abklärung berücksichtigt worden. Auch dass sie bei den Haushaltsarbeiten Pausen benötige, führe nicht zu einer absoluten Einschränkung in diesen Tätigkeiten. Vielmehr gehöre es zur Schadenminderungspflicht, dass sich die Beschwerdeführerin mit entsprechenden Pausen die Arbeiten so einteile, dass sie diese noch selber erledigen könne. Es seien keine Tätigkeiten vollumfänglich auf die Tochter übergewälzt worden, deren Hilfestellungen seien aber durchaus zumutbar. Da der Beschwerdeführerin ab dem 23. Februar 2017 keine ausserhäuslichen Tätigkeiten mehr zumutbar seien, erübrigten sich berufliche Massnahmen.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 5 ff.) entgegenhalten, die Beschwerdegegnerin habe den Beginn der Arbeitsunfähigkeit falsch festgestellt. Diese gewähre Rentenleistungen erst ab dem 1. Mai 2017, weil die Verschlechterung des Gesundheitszustandes aus neurologischer Sicht erst ab dem 23. Februar 2017 ausgewiesen sei. Aufgrund des am 23. Februar 2017 durchgeführten CT hätten die seit längerer Zeit bei der Beschwerdeführerin bestehenden starken Kopfschmerzen und Migräneanfälle eingeordnet werden können. Die diagnostizierte Kleinhirnatrophie führe zu schwerwiegenden Symptomen wie Schwindel, starken Kopfschmerzen, Übelkeit oder Störungen im Laufprozess. Eine Kleinhirnatrophie entwickle sich langsam. Aus den verschiedenen Arztberichten gehe hervor, dass sich die Beschwerdeführerin immer wieder über die genannten Symptome beschwert habe. Dementsprechend habe die Kleinhirnatrophie schon lange vorgelegen. Ausserdem sei die 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nur aus neurologischen Gründen gegeben gewesen, sondern es seien auch andere, vorbestehende gesundheitliche Probleme dafür verantwortlich. Der Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 31. August 2017 halte fest, dass bei der Beschwerdeführerin seit Jahren chronische Schmerzen am ganzen Bewegungsapparat vorlägen. Ausserdem leide diese zusätzlich an einer Systemklerose. Diese Krankheit entwickle sich ebenfalls schrittweise. Auch wenn sie erst 2017 diagnostiziert worden sei, müsse sie zwingend bereits in den Vorjahren bestanden haben. Ausserdem habe der Rheumatologe Dr. med. E.\_\_\_\_ die Beschwerdeführerin schon am 12. Januar 2015 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben. Zusammengefasst sei von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit seit Ablauf des Wartejahrs am 1. Mai 2016 auszugehen.

Weiter sei der Anteil an ausserhäuslicher Tätigkeit nicht korrekt ermittelt worden. Die Beschwerdeführerin habe im Intake-Gespräch angegeben, schon bei der Bewältigung der Teilzeitstelle an ihre Grenzen zu kommen. Diese Aussage sei aufgrund der heute bekannten Diagnosen ohne weiteres nachvollziehbar. Die Beschwerdeführerin sei aber damals schon nicht ernst genommen worden. Sie sei 1997 geschieden worden, als ihre Töchter 10 und 16

Jahre alt gewesen seien. Als alleinerziehende Mutter habe sie sich auch um den Haushalt kümmern müssen. Eine 100%-Anstellung sei nicht möglich gewesen. Als die Töchter älter geworden seien, hätte sie mehr arbeiten wollen, dies aber aufgrund ihrer Gesundheit nicht geschafft. Dem neurologischen Sprechstundenbericht vom 12. September 2017 lasse sich entnehmen, dass ein Arbeitsversuch zu 100 % in der Wäscherei gescheitert sei. Nach einer Woche Ferienvertretung im 100%-Pensum sei die Beschwerdeführerin völlig erschöpft und am nächsten Montag krank gewesen. Es treffe damit nicht zu, dass sie, seit Jahren gesundheitlich angeschlagen, in den letzten Jahren auch bei guter Gesundheit 50 % gearbeitet hätte. Aufgrund ihrer familiären Situation wäre die Erhöhung des Pensums aus wirtschaftlichen Gründen unerlässlich gewesen. Ihre Töchter hätten nach der Ausbildung einen geringen Verdienst gehabt. Was die sozialen Verhältnisse anbelange, habe die Beschwerdeführerin keine ausserhäuslichen Tätigkeiten, denen sie in der Freizeit hätte nachgehen können und damit kein Netz von Freunden, die sie unterstützt hätten. Es sei davon auszugehen, dass sie bei Gesundheit einem höheren Pensum hätte nachgehen müssen, aufgrund des äusserst bescheidenen Lebensstils einem solchen von 80 %.

Schliesslich sei auch das von der Beschwerdegegnerin angenommene Ausmass der Behinderung im Haushalt unzutreffend. Bereits ohne Analyse der einzelnen Elemente der Abklärung könne festgehalten werden, dass es nicht sein könne, dass eine Lingeriemitarbeiterin, die in ihrer angestammten wie auch in angepassten Tätigkeiten zu 100 % arbeitsunfähig sei, in der Haushaltsführung nur zu 7 % beeinträchtigt sein solle und zwar selbst unter Berücksichtigung der Mithilfe der Tochter. Die Beschwerdeführerin sei bereits Ende 2017 beim Kochen wesentlich eingeschränkt gewesen, ebenso bei der Wohnungspflege, beim Einkaufen und bei der Wäsche. Das Ausmass der Behinderung betrage 34 %. Die Haushaltsabklärung vom November 2017 sei ausserdem nicht mehr aktuell. Infolge der nicht mehr vorhandenen Feinmotorik wegen der fortschreitenden Gehirnatrophie könne die Beschwerdeführerin kaum noch kochen und die Geschirrspülmaschine nicht mehr ein- oder ausräumen, weil ihr die Sachen aus der Hand fielen. Bereits der neurologische Sprechstundenbericht vom 27. Februar 2018 bestätige Koordinationsstörungen. Staubsaugen sei nicht mehr möglich und einkaufen gehe praktisch nicht mehr. Was die Mithilfe der erwachsenen Tochter anbelange, so habe die Beschwerdeführerin ihren Haushalt bereits Ende 2017 nicht mehr selber führen können. Die Tochter habe das Waschen und Einkaufen übernommen. Zumindest einzelne Funktionen seien schon Ende 2017 auf die Tochter übergegangen. Heute dränge sich die Feststellung auf, dass die Tochter den gesamten Haushalt übernommen habe. Die diesbezüglich geforderte Mitarbeit übersteige das zulässige Mass.

### **E. 3**

3.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

3.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467).

Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit Februar 2015 (IV-Nr. 6) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Februar 2016 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (vgl. Anmeldung vom 29. April 2015, IV-Nr. 6), was hier im Oktober 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Februar 2016 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Januar 2012 geltenden Bestimmungen der 6. IV-Revision massgebend.

3.3 Nach der seit 2012 geltenden Rechtslage haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und 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 hinreichend 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).

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

Der Beweiswert von RAD-Berichten nach Art. 49 Abs. 2 IVV ist mit jenem von externen medizinischen Sachverständigengutachten vergleichbar, sofern sie den praxisgemässen Anforderungen an ein ärztliches Gutachten genügen und die Arztperson über die notwendigen fachlichen Qualifikationen verfügt. Allerdings ist hinsichtlich des Beweiswerts wie folgt zu differenzieren: Bezüglich Gerichtsgutachten hat die Rechtsprechung ausgeführt, das Gericht weiche «nicht ohne zwingende Gründe» von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab. Hinsichtlich von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholter, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechender Gutachten externer Spezialärzte wurde festgehalten, das Gericht dürfe diesen Gutachten vollen Beweiswert zuerkennen, solange «nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit» der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen ■ zu denen die RAD-Berichte gehören ■ kann nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin zu Recht eine halbe Invalidenrente mit Wirkung ab 1. Mai 2017 zugesprochen hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen relevant:

5.1 Im Bericht von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt für physikalische Medizin, spez. Rheumaerkrankungen, vom 3. März 2015 an den Hausarzt (IV-Nr. 24 S. 3 ff.) werden diese

Diagnosen aufgeführt:

Ca. seit Ende Oktober 2014 bestünden vermehrte Schmerzen, welche im rechten Knie begonnen und sich im Verlauf auf die Hüftregion und schliesslich auf die Schulterregion ausgedehnt hätten. Seit kurzer Zeit bestünden auch Hautprobleme. Gelenkschwellungen seien nicht beobachtet worden. Die Beschwerdeführerin fühle sich wegen der fast ubiquitären Schmerzen allgemein schlecht. Bei der Untersuchung habe diese ein auffälliges polymyalgisches, etwas weniger ausgeprägt auch polyarthralgisches Beschwerdebild gezeigt, welches einerseits die Kriterien eines Fibromyalgiesyndroms erfülle, andererseits aber auch an ein entzündliches Geschehen denken liesse. Laborchemisch hätten sich deutliche humorale Entzündungszeichen gezeigt, bei fehlenden Hinweisen für ein paraneoplastisches Geschehen oder eine Polyarthrititis. Nach einer durchgeführten Steroidstherapie hätten sich die Schmerzen mindestens teilweise, die Beweglichkeit in Schultern und Hüfte jedoch deutlich gebessert. Bei der Kontrolle vom 25. Februar 2015 habe die Beschwerdeführerin weiterhin typische weichteilrheumatische Befunde im Sinne einer Fibromyalgie gezeigt. Es sei bis Mitte März 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert worden.

Gemäss Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 19. Mai 2015 (IV-Nr. 14), liegen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen vor:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 12. Januar 2015. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine körperlich leichte Tätigkeit, nach Möglichkeit sitzend und stehend sowie ohne grossen Leistungsdruck wäre an vier bis fünf Stunden täglich zumutbar. Die Leistungsfähigkeit sei dabei um 20 % vermindert.

In einem Verlaufsbericht vom 16. Dezember 2015 (IV-Nr. 23) führt Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, seit Herbst 2014 hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin zugenommen, eine Arbeitsunfähigkeit sei ab 12. Januar 2015 von ihm attestiert worden. Es bestünden persistierende, vorwiegend myofasziale Rückenbeschwerden, eine Polymyalgia rheumatica mit niedrig dosierter Steroidmedikation unter Kontrolle und eine persistierende, die Arbeitsfähigkeit beeinträchtigende psychische Situation.

5.2 Laut Arztbericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 27. Juni 2015 (IV-Nr. 16 S. 1 f.), sind folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit zu stellen:

Die Beschwerdeführerin werde hauptsächlich von Spezialärzten behandelt und er erhalte nur die entsprechenden Berichte. Mit den vielen Krankheiten sei sie sicherlich in ihrem Arbeitsleben eingeschränkt. Er könne aber keine Angaben über den Grad der Arbeitsunfähigkeit machen.

5.3 Im Arztbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 27. Januar 2016 (IV-Nr. 25) wird Folgendes diagnostiziert:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 11. August 2015 bis auf weiteres. Seit dem 11. August 2015 sei die Beschwerdeführerin bei ihm in Behandlung. Zu Beginn habe sie über seit vielen Jahren bestehende Schlafstörungen berichtet. Tagsüber sei sie oft müde und erschöpft und nicke während der Hausarbeit ein. Sie fühle sich oft antriebslos, sei bedrückt und weine häufig. Sie leide unter starken Rheumaschmerzen in den Beinen. Im Befund zeigten sich Konzentration und Gedächtnis im Gespräch unauffällig. Das formale Denken sei manchmal etwas weitschweifig, inhaltlich unauffällig. Im Affekt sei die Beschwerdeführerin bedrückt, hilflos wirkend, dünnhäutig. Es bestünden ein verminderter Selbstwert, Selbstzweifel und starke Schuldgefühle. Der Antrieb sei reduziert. Die Beschwerdeführerin habe schwere Erschöpfungserscheinungen und Durchschlafstörungen. Die Behandlung zeige bereits erste Wirkungen und die Prognose sei relativ günstig. Die Integration werde aber Zeit in Anspruch nehmen.

5.4 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ ein polydisziplinäres Gutachten erstellen lassen, das am 5. Juli 2016 von Prof. Dr. med. H.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Kardiologie, Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Dermatologie und Venerologie, erstattet wurde (IV-Nr. 35).

5.4.1 Dem Gutachten lassen sich folgende subjektive Angaben der Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden entnehmen: Diese gebe an, sie sei dankbar, den Haushalt noch erledigen zu können. Im Jahr 2013 habe sie unter lumbalen Rückenschmerzen zu leiden begonnen, die sich in der Folge sukzessive ausgebreitet hätten. Aktuell verspüre sie konstant ziehende bis stechende, manchmal auch eher brennende Schmerzen, vor allem lumbal sowie im Nackenbereich, zudem in beiden Beinen und in den Armen, manchmal auch in beiden Händen. Zudem könne es am Tag immer wieder mal zu fünf Minuten dauernden generalisierten Kopfschmerzen kommen. Psychischer Stress führe zur Zunahme der Schmerzen. Schmerzlindernd seien die Einnahme von Tramal, Physiotherapie und die Betätigung am Hometrainer. An manchen Tagen könne sie kaum die Treppe bewältigen, an anderen Tagen gehe es besser. Sie fühle sich allgemein kraftlos. Das Einschlafen gehe einigermaßen ordentlich, sie erwache aber durchschnittlich viermal pro Nacht. Tagsüber fühle sie sich nicht müde, sie habe durchaus den Willen, den Tag zu bewältigen. Täglich könne es auch ein- bis mehrmals bis zu fünf Minuten anhaltendem Herzrasen kommen, oft abends im Bett. Die Stimmung sei ausgeglichen. Es bestehe keine anhaltende Traurigkeit. Sie fühle sich körperlich nicht belastbar und denke nicht, dass sie ausserhäuslich tätig sein könne. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie in der Regel um 07:30 Uhr aufstehe. Am Vormittag verrichte sie den Haushalt mit Pausen. Nachmittags helfe sie entweder einer älteren Dame beim Einkaufen, wobei sie keine schweren Lasten heben könne, oder sie unternehme Ausflüge nach [ ] oder [ ]. Zudem lese sie Biographien. Am Dienstagabend gehe sie ins Chorsingen. Manchmal sehe sie auch etwas fern. Normalerweise gehe sie zwischen 22:30 und 23:00 Uhr zu Bett.

5.4.2 Der internistische Befund fällt im Gutachten unauffällig aus. Es bestehe ein Diabetes mellitus Typ 2, der mit vier oralen Antidiabetika behandelt werde. Die aktuelle Blutzuckereinstellung sei zufriedenstellend. Aufgrund dessen seien einzig Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen oder in sturzgefährdenden Höhen ungeeignet. Ansonsten könne keine quantitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert werden.

5.4.3 In der psychiatrischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin angegeben, sie sei seit letzten Sommer in psychotherapeutischer Behandlung, wo sie alle zwei Wochen von der Psychologin betreut werde. Schon 2012 habe es angefangen mit Depressionen, als sie bei der Arbeit drei Monate ausgefallen sei wegen eines Burnouts. Ihre Mutter sei in die Aare gegangen (Suizid), als sie 29 Jahre alt gewesen sei. Der Vater sei vor fünf Jahren an Parkinson gestorben. In der Schulzeit habe sie nie gewusst, ob die Mutter noch am Leben sei, wenn sie von der Schule nach Hause gekommen sei. Zum Teil sei sie vom Vater geschlagen worden. Mit 19 Jahren habe sie geheiratet. Die Mutter habe ihr damals Vorwürfe gemacht, sie im Stich zu lassen. Nach der Heirat habe sie sich um zwei Haushalte gekümmert. Eigentlich habe sie damals schon gemerkt, dass ihr Ex-Mann Alkoholiker sei. Nachdem sie sich in der Ehe ihren Aufgaben als Hausfrau und Mutter gewidmet habe und vor 19 Jahren nach der Trennung mit den Töchtern nach [ ] gezogen sei, habe sie notgedrungen arbeiten müssen. Sie habe jeweils zu ca. 50 % gearbeitet, da sie noch den Haushalt gehabt habe, wobei die ältere Tochter dann die Kosten für den Haushalt mit ihr geteilt habe. Sie habe aber das Gefühl gehabt, dass sie zu Hause auch ihre Sachen erledigen müsse.

Im Rahmen der Befunderhebung hält der psychiatrische Gutachter fest, die Beschwerdeführerin sei sehr freundlich und kooperativ gewesen. Die affektive Modulation sei eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin wirke traurig, vielleicht auch etwas zwanghaft. Der affektive Kontakt sei sehr gut herstellbar gewesen, die Stimmung depressiv. Es würden eine erhöhte Ermüdbarkeit und Schlafstörungen sowie negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation angegeben. Der Selbstwert sei vermindert. Hinweise auf manifeste Ängste mit vegetativen Symptomen als Ausdruck der Angst und Zwänge hätten sonst nicht bestanden. Die Beschwerdeführerin wirke selbstunsicher, ängstlich, aber auch zwanghaft. Aufmerksamkeit, Auffassung und Gedächtnis seien nicht beeinträchtigt gewesen. Das Denken sei formal geordnet und es bestünden keine Ich-Störungen.

5.4.4 Anlässlich der rheumatologischen Untersuchung hat die Beschwerdeführerin angegeben, sie habe Schmerzen in beiden Beinen, am dorsalen Oberschenkel beidseits und teilweise diffus in den Beinen, dann Beschwerden vorwiegend im Rahmen von Stresssituationen wegen Problemen mit der Tochter. In solchen Momenten könne sie nicht einmal mehr die Treppe benutzen. Lumbale Rückenschmerzen bestünden seit ca. zehn Jahren, ohne Ausstrahlung in die Beine und ohne Paresen. Seit ca. sechs Wochen habe sie auch Schmerzen an den Händen, vorwiegend bei Belastung. Seit ca. zwei Jahren bestünden zusätzlich Schmerzen in der Nacken-Schultergürtelregion und an beiden Oberarmen, wobei die Schmerzintensität von Tag zu Tag wechsele. Beschwerden habe sie sowohl tagsüber als auch nachts, mit teilweise schmerzbedingtem Erwachen. Seit Anfang 2016 stünden die Schmerzen im Nacken-Schultergürtelbereich im Vordergrund.

Der rheumatologische Befund fällt folgendermassen aus: Die Spontanbewegungen seien weitgehend unauffällig einschliesslich vollständigem Bücken zum Ausziehen der Schuhe. Die Hockstellung sei wegen Lumbalschmerzen nicht einnehmbar. Die Gaenslen-Zeichen seien negativ, beide Hand- und Ellenbogengelenke seien frei und indolent beweglich. In den Schultern bestünden passiv durchwegs normale Beweglichkeiten und auch ein deutlich grösserer Bewegungsumfang beim An- und Ausziehen der Bluse als bei der direkten klinischen Prüfung. Der Nackengriff werde nicht vollständig ausgeführt, der Schürzengriff aber problemlos. Bei der Prüfung im Liegen würden bei allen Bewegungen beider Hüft-

und Kniegelenke Schmerzen ausgelöst, teilweise bereits beim Erfassen des Beines. Bei der Prüfung in sitzender Position am Bettrand sei die Hüftbeweglichkeit allseits frei und auch die Kniebeweglichkeit nicht eingeschränkt. Es zeigten sich eine leichte Genua valga, keine Ergussbildung und stabile Bänder. Sämtliche Sprunggelenke seien beidseits frei und indolent beweglich. Alle Tenderpoints der Fibromyalgie seien stark druckdolent mit heftigen Ausweichbewegungen, daneben seien aber auch sämtliche Kontrollpunkte druckdolent sowie diffus alle Strukturen im gesamten Rückenbereich einschliesslich der Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Beckengürtelmuskulatur. Es bestünden keine Artikulo- oder Tenosynovitiden. Die Lateralflexion und Extension der HWS seien um je 1/3 vermindert. Die Extension der BWS sei normal. Die Lateralflexion der LWS sei beidseits schmerzhaft um 2/3 eingeschränkt, Flexion und Extension seien ohne relevante Schmerzen um 1-2/3 vermindert.

Neurologischer Status: Das Lasègue-Zeichen sei schwer überprüfbar, in liegender Position komme es beidseits zu starken Gegeninnervationen wegen Schmerzen am dorsalen Oberschenkel und wegen Schmerzen aufgrund des Griffs durch den Untersucher am Unterschenkel. In sitzender Position sei das Lasègue-Zeichen eindeutig negativ. Das Aufsitzen aus der Rückenlage erfolge problemlos und ohne Beachtung der Rückendisziplin.

Ein Röntgen der LWS ap seitlich vom 15. Juni 2016 zeige eine Schräghaltung nach rechts. Das dorsale Alignment sei intakt, bei Streckhaltung. Die Iliosakralgelenke seien altersentsprechend unauffällig. Es bestünden laterale Spondylosen L2/3 und L3/4, eine hochgradige Osteochondrose L4/5 mit Vakuumphänomen, Chondrosen bis Osteochondrosen L5/S1 sowie L3/4 und am stärksten ausgeprägt L2/3, auf der letztgenannten Höhe auch angedeutete Traction spurs sowie tieflumbale Intervertebralarthrosen.

5.4.5 Zur dermatologischen Untersuchung wird festgehalten, es sei bei der Beschwerdeführerin 1977 erstmals zum Auftreten von juckenden, offenen Stellen im Bereich beider Füße dorsal gekommen, die lokal behandelt worden seien. In den nachfolgenden Jahren habe es immer wieder Hauterscheinungen gegeben, mit einer Exacerbation von am ehesten als ein atopisches Ekzem einstuftbaren Läsionen, am gesamten Integument, weswegen sich die Beschwerdeführerin 1985 stationär im Spital M.\_\_\_\_ habe behandeln lassen. In den nachfolgenden Jahren sei es besonders in den Sommermonaten zu erosiven Läsionen im Bereich der Füße gekommen, die als ein atopisches Ekzem, aber auch anamnestisch als Psoriasis eingestuft worden seien. 2014 habe es juckende Hautveränderungen im Bereich der Knöchel gegeben, wobei ein Lichen ruber planus diagnostiziert worden sei. Unter einer Betnovate Therapie habe sich eine deutliche Befundstabilisierung gezeigt. Aktuell berichte die Beschwerdeführerin über einen gelegentlichen Juckreiz im Bereich der Unterschenkel mit einzelnen Läsionen. Im Bereich beider unteren Extremitäten zeige sich eine ausgeprägte Varikosis. An beiden Unterschenkeln, vor allem im Knöchelbereich, bestünden einzelne Kratzartefakte und eine feinlamelläre Schuppung. Einzelne, stecknadelkopfgrosse, excorierte, erythematöse Papeln fänden sich im Bereich der Innenknöchel beidseits.

5.4.6 In der kardiologischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin berichtet, es gehe ihr gut. Von kardialer Seite habe sie lediglich ab und zu Palpationen, wobei dann ein kräftigerer Herzschlag verspürt werde. Im EKG zeige sich vereinzelt eine PM-Stimulation im Vorhof und im RV mit breitem QRS-Komplex. Bei der transthorakalen Echokardiographie seien LA und LV an der oberen Norm, die übrigen Dimensionen

normal. Es zeige sich eine normale systolische Funktion des leicht exzentrisch hypertrophierten linken Ventrikels. Es bestünden eine Septumdyssynchronie bei RV-Stimulation, sonst keine regionalen Motilitätsstörungen, eine Relaxationsstörung, eine trikuspidale, minim an den freien Rändern verdickte Aortenklappe mit leichter bis knapp mittelschwerer zentraler Aorteninsuffizienz, sowie eine minimale unbedeutende Mitralinsuffizienz. In der Ergonomie erbringe die Beschwerdeführerin 70 % der Soll-Leistung, mit Abbruch wegen muskulärer Erschöpfung. Es zeigten sich keine ischämieverdächtigen ST-Veränderungen, keine Rhythmusstörungen, eine unauffällige Erholungsphase, keine Thoraxschmerzen unter Belastung. Klinisch und elektrisch bestehe eine negative Ergonomie bei mässiger Leistungsfähigkeit.

5.4.7 In der Gesamtschau erheben die Gutachter folgende Diagnosen:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

5.5 Dr. med. N.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, berichtete am 2. März 2017 (IV-Nr. 53) unter anderem über einen Verdacht auf ein Cerebralparese mit Intelligenzminderung sowie Spannungskopfschmerzen, bei einer Migräne wahrscheinlich ohne Aura. Ein CT Neurokranium vom 23. Februar 2017 zeige einen erweiterten Liquorraum um die Vermis, vereinbar mit einer Atrophie. Im Übrigen präsentierten sich ein normales kraniozerebrales Computertomogramm und normale Kleinhirnhemisphären. Weiter bestehe ein leichtes sensomotorisches Carpal tunnel syndrome beidseits, elektrophysiologisch bestätigt. Die Beschwerdeführerin habe fast täglich Kopfschmerzen, oft okzipital, zum Teil sehr stark. Bei starken Kopfschmerzen komme es zu Übelkeit ohne Erbrechen. Gelegentlich habe sie ein Ameisenlaufen an den Wangen. Es zeige sich eine Beschwerdeführerin in reduziertem Allgemeinzustand, deutlich depressiv, sehr unsicher und motorisch unruhig. Psychomotorisch sei sie verlangsamt. Es bestünden ein leichter Strabismus, eine leichte Ataxie mit Dysmetrie und ein Intentionstremor im Finger-Nase-Versuch sowie Knie-Hacke-Versuch. Der Tonus sei reduziert. Die Bauchhautreflexe seien nicht auslösbar, die Phalen-Zeichen bds. negativ, die Tinelzeichen des Karpaltunnels links positiv. Der Vibrationssinn Malleolus lateralis sei bds. reduziert. Ein EMNG des Nervus medianus rechts zeige eine Martin-Gruber-Anastomose, eine leicht verlängerte distal-motorische Latenz und die sensible Nervenleitgeschwindigkeit sei im Bereich des Karpaltunnels leicht verlangsamt. Beim Nervus medianus links präsentiere sich das gleiche Bild; die sensible Nervenleitgeschwindigkeit sei distal leicht verlangsamt.

5.6 Der Bericht vom 29. Juni 2017 über die neuropsychologische Untersuchung vom 31. Mai und 6. Juni 2017 von lic. psych. O.\_\_\_\_ und lic. phil. P.\_\_\_\_ (IV-Nr. 63 S. 3 ff.) äussert sich über folgende, in der neuropsychologischen Testuntersuchung objektivierte Einschränkungen: Im Aufmerksamkeitsbereich bestehe eine deutlich verminderte Konzentrationsleistung. Im Exekutivbereich zeigten sich eine starke Beeinträchtigung der figuralen Ideenproduktion, eine mittelstarke Einschränkung in der verbalen Interferenzkontrolle und dem logischen Denken sowie eine leichte Beeinträchtigung in der Konzepterkennung. In der Mnestic zeigten sich eine starke Beeinträchtigung im Arbeitsgedächtnis, mittelstarke Beeinträchtigungen im verbalen Abrufen und Diskriminieren von einfachen verbalen Informationen sowie im Abrufen von figuraler Information. Im Bereich der visuell-räumlichen Fähigkeiten bestünden insgesamt mittelstarke Beeinträchtigungen sowie Mühe beim globalen Erfassen und Strukturieren bei

der Kopie einer komplexen Figur (unstrukturiertes Vorgehen) und der mentalen Rotation. Die testpsychologische Prüfung der allgemeinen intellektuellen Leistungsfähigkeit ergebe einen Gesamt-IQ von 65 und liege damit weit unter dem Durchschnitt der Altersgruppe der Beschwerdeführerin. Das Resultat sei vergleichbar mit einer leichten Intelligenzminderung. Die deutlichsten Schwächen seien im Arbeitsgedächtnis und im Sprachverständnis zu verzeichnen mit einem weit unterdurchschnittlichen Ergebnis. Unterdurchschnittlich seien auch die Ergebnisse im wahrnehmungsgebundenen Denken und der Verarbeitungsgeschwindigkeit. Die erhobenen Befunde würden gesamthaft auf eine hirnorganisch bedingte Funktionsstörung hinweisen.

Als neuropsychologische Diagnosen werden eine mittelschwere neuropsychologische Funktionseinschränkung und leichte Intelligenzminderung (ICD-10 F70) erhoben. Zusammenfassend sei bei der Beschwerdeführerin von stark unterdurchschnittlichen kognitiven Ressourcen auszugehen. In allen kognitiven Bereichen hätten Defizite objektiviert werden können. Die Funktionseinschränkung wirke sich auf die Erwerbsfähigkeit aus. Die Funktionalität sei im Alltag und unter sämtlichen beruflichen Anforderungen deutlich eingeschränkt. Es könnten nur einfache Arbeiten, am ehesten unter Supervision, ausgeführt werden. Aus neuropsychologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin mit den Arbeitsanforderungen auf dem ersten Arbeitsmarkt überfordert. Bei der letzten Anstellung sei es folglich zu einer psychophysischen Dekompensation gekommen. Zusätzlich zu den kognitiven Minderleistungen seien emotionale und Verhaltensauffälligkeiten zu berücksichtigen, die sich im Rahmen der ruhigen und strukturierten Testsituation kaum gezeigt hätten, die aber im komplexeren Alltag, vor allem in Stresssituationen, die Leistungsfähigkeit erheblich negativ beeinflussten. Der Grad der Arbeitsunfähigkeit betrage aus neuropsychologischer Sicht 70 %.

5.7 Im Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Leitender Arzt Rehabilitations- und Rheumazentrum des Spitals Q.\_\_\_\_, vom 31. August 2017 (IV-Nr. 68) werden folgende Diagnosen gestellt:

Holter-EKG 06.11.2008: AV-Block Grad II, selten Grad III mit Knotenersatzrhythmus  
Schrittmacher-Implantation 24.11.2008

Bei einem deutlich erhöhten Anti-Centromer-Antikörper und dem klassischen begleitenden Raynaudphänomen in den Wintermonaten sei an der Diagnose einer limitierten Form einer Systemsklerose nicht zu zweifeln. Anlässlich der Untersuchung vom 20. Juli 2017 befinde sich die Beschwerdeführerin in tendenziell depressivem Zustand und mit gewisser motorischer Unruhe. Die Wirbelsäule sei im Lot, die Lateralflexion lumbal eingeschränkt, mit diffuser Weichteilüberempfindlichkeit. Die Muskeleigenreflexe seien symmetrisch schwach auslösbar.

5.8 Dr. med. R.\_\_\_\_, Fachärztin für Neurologie, diagnostiziert in ihrem Bericht vom 20. September 2017 (IV-Nr. 73) Folgendes:

Die Beschwerdeführerin sei mental auffallend verlangsamt. Aus neurologischer Sicht im Vordergrund stünden die anlässlich der neuropsychologischen Untersuchung objektivierten erheblichen Defizite. Diese erforderten von der Beschwerdeführerin eine übermässige Anstrengung und hohen Stress beim Erledigen von kognitiv auch nur leicht anspruchsvollen Aufgaben. Eine exzessive Fatigue dürfte daraus resultieren, aber auch in Zusammenhang mit der rheumatischen Erkrankung stehen. Die zerebelläre Störung scheine nicht im

Vordergrund zu stehen. Ob es sich beim beobachteten Rigor links um ein beginnendes extrapyramidales Syndrom handle, sei im Moment noch schwer zu sagen. Aufgrund der Schilderung der Situation durch die Beschwerdeführerin und ihre Tochter, der Beobachtung bei der klinischen Untersuchung sowie der neuropsychologischen Abklärungsergebnisse sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausserhalb des eigenen Haushalts absolut plausibel.

Im neurologischen Sprechstundenbericht von Dr. med. R.\_\_\_\_ vom 28. Februar 2018 (IV-Nr. 79) wird sodann ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe nur ab und zu Kopfschmerzen, diese seien nicht störend. Von neurologischer Seite her würden keine neuen Beschwerden angegeben.

5.9 Der RAD hat mehrfach zu den nach der Begutachtung eingegangenen Arztberichten Stellung genommen und diese gewürdigt. Dr. med. S.\_\_\_\_, Fachärztin für Allgemeinmedizin, führte am 19. Juli 2017 (IV-Nr. 66) aus, die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 70 % aus neuropsychologischer Sicht sei nachvollziehbar. Ob die kognitiven Einschränkungen durch die depressive Stimmungslage ausgelöst seien oder durch Alterungsprozesse im Hirn, die mit dem Diabetes mellitus zusammenhängen, lasse sich nicht eindeutig klären. Aktuell sei von einer 70%igen Arbeitsunfähigkeit auszugehen.

Dr. med. T.\_\_\_\_, Fachärztin für Arbeitsmedizin, legte am 16. Oktober 2017 (IV-Nr. 74) dar, die gemäss Dr. med. D.\_\_\_\_ hinzugekommene Diagnose einer Systemsklerose sei eine Erkrankung, bei der es zu einer fortschreitenden Verdickung des Bindegewebes und Veränderungen an den Blutgefässen mit Durchblutungsstörungen komme. Es mache sich dadurch eine entsprechende Funktionseinschränkung der jeweils betroffenen Organe bemerkbar. Bei der Beschwerdeführerin seien aktuell nur die Handgelenke / Finger betroffen mit der bereits bekannten Ausprägung der Symptomatik in Form von Schmerzen und Einschränkung der Beweglichkeit in den Gelenken. Im Rahmen der Abklärungen sei ausgeschlossen worden, dass auch innere Organe betroffen sein könnten. Somit sei allein aufgrund dieser Diagnose keine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit begründet.

Am 8. Juni 2018 erklärte Dr. med. T.\_\_\_\_ (IV-Nr. 90) weiter, das CT vom 23. Februar 2017 beschreibe unter anderem einen erweiterten Subarachnoidalraum um die Vermis, vereinbar mit einer Kleinhirnatrophie. Allein aus dem bildgebenden Befund des Neurokraniums könne nun noch nicht eine Arbeitsunfähigkeit abgeleitet werden. Entscheidend seien mögliche funktionelle Einschränkungen / klinische Befunde im Kontext mit diesen bildgebenden Veränderungen. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung sei eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 70 % festgehalten worden. Im neurologischen Sprechstundenbericht werde ein neurologischer Untersuchungsbefund passend zur gefundenen cerebellären Atrophie mit psychomotorischer Verlangsamung, einer cerebellären und sensiblen Ataxie geschildert. So müsse man unter Berücksichtigung des komplexen medizinischen Gesamtkontextes mit rheumatischem Symptomenkomplex und Systemsklerose, neurologisch begründeten Funktionseinschränkungen sowie einer neuropsychologisch nachgewiesenen relevanten Einschränkung bei zusätzlich leichter Intelligenzminderung, davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Arbeitsleistung mehr erbringen könne.

## **E. 6**

6.1 In Bezug auf den bei der Beschwerdeführerin vorliegenden Gesundheitsschaden hat die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung auf das von ihr eingeholte polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_, die neuropsychologische

Untersuchung vom 31. Mai und 6. Juni 2017 und auf die Beurteilungen des RAD abgestellt. Der Beweiswert dieser medizinischen Unterlagen ist im Grundsatz unbestritten und kann als vorhanden angesehen werden. Das polydisziplinäre Gutachten wurde in Kenntnis der Aktenlage, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden und von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten erstellt. Gleiches gilt auch für die neuropsychologische Untersuchung. Insofern kann auf die entsprechenden Expertisen abgestellt werden.

6.2 Inhaltlich wird im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ in psychiatrischer Hinsicht und unter Würdigung der vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren nachvollziehbar ausgeführt, dass sich im aktuellen klinischen Untersuchungsgespräch eine leichte psychomotorische Angespanntheit, ein verminderter Selbstwert und eine gewisse Ängstlichkeit, Selbstunsicherheit und Zwanghaftigkeit ergäben. Es bestünden auch negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Die Beschwerdeführerin beklage vor allem eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, so dass sie auf ein sedierendes Antidepressivum angewiesen sei, und habe vor allem auch eine ausgeweitete, diffuse Schmerzproblematik am Bewegungsapparat angegeben, bei einer allgemein verminderten Belastbarkeit. In Abgrenzung zu invaliditätsfremden Faktoren bestehe eine nicht einfache finanzielle Situation mit gegenwärtiger Abhängigkeit von der Taggeldversicherung. Ein deutliches, Aufmerksamkeit suchendes Verhalten im Sinne einer Aggravation sei im Untersuchungsgespräch nicht ersichtlich. Es bestehe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation und der Medikamentenspiegel des verordneten Antidepressivums sei im therapeutischen Bereich. Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung könne durchaus intensiviert werden, vor allem von medikamentöser Seite her, sollte dies notwendig sein. Eingliederungsmassnahmen seien zumutbar, machten aber wegen der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung keinen Sinn (Indikatoren «Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde», «Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz» und «Komorbiditäten»). Im Bereich der Persönlichkeit bestünden auffällige ängstlich-selbstunsichere und zwanghafte Persönlichkeitsmerkmale. Im Längsbefund falle eine nicht einfache Kindheit mit unter schweren Depressionen leidender Mutter auf. Die Beschwerdeführerin habe sich früh verantwortlich für den jüngeren Bruder gefühlt, der sich später auch suizidiert habe. Ihre Ehe mit einem alkoholabhängigen Mann sei gescheitert. Es sei immer wieder zu Stellenwechseln aus gesundheitlichen Gründen gekommen. Diagnostisch handle es sich um eine kombinierte ängstlich-vermeidende (selbstunsichere) und zwanghafte Persönlichkeitsstörung. Es bestünden Ressourcen hinsichtlich angelernter Arbeiten mit Berufserfahrung. Die Beschwerdeführerin habe sich auch stets ihren häuslichen Aufgaben gewidmet und zwei Kinder grossgezogen (Indikator «Persönlichkeit»). Die ältere Tochter der Beschwerdeführerin habe ebenfalls psychische Probleme. Nach dem Suizidtod der Mutter habe sich auch der jüngere Bruder suizidiert. Nach der Scheidung sei sie in ihren ausserhäuslichen Tätigkeiten aus gesundheitlichen Gründen gescheitert. 2012 sei es zu einer ersten depressiven Symptomatik gekommen. Um die Zeit des Suizidtodes des Bruders sei es auch zu somatischen Problemen gekommen. Aktuell habe die Beschwerdeführerin indessen durchaus gute Kontakte in ihrem Umfeld, wenn sie auch mit der Beziehung zur älteren Tochter stark belastet sei. Sie unternehme gerne etwas mit Kolleginnen und sei im Kirchenchor (Indikator «sozialer Kontext»).

Hinsichtlich Diskrepanzen zwischen geschilderten Symptomen und gezeigtem Verhalten sei zu bemerken, dass es der Beschwerdeführerin trotz subjektiv starken Beschwerden möglich sei, Ferien zu verbringen. Sie habe ein Schreiben des Hausarztes bei sich gehabt, wonach sie nur in Begleitung nach [ ] kommen könne. Im Untersuchungsgespräch habe sie aber angegeben, dass sie durchaus auch alleine hätte kommen können. In einer Erwerbstätigkeit fühle sich die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig. Im Haushalt fühle sie sich jedoch durchaus einsatzfähig, da sie dort die Arbeiten einteilen und ohne Zeitdruck ausführen könne. In der Freizeit fühle sie sich gegenüber früher auch nicht gross eingeschränkt. Vor Eintritt des Gesundheitsschadens habe sich die Beschwerdeführerin auch in einer ausserhäuslichen Tätigkeit arbeitsfähig gefühlt. Sie habe aber nie in einem Vollpensum gearbeitet (Indikator «Konsistenz»). Zusammengefasst bestehe bei der Beschwerdeführerin diagnostisch eine leichte depressive Episode im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung. Diese habe sich im Rahmen eines psychophysischen Erschöpfungszustandes bei diagnostisch vorbestehender kombinierter ängstlich-vermeidender und zwanghafter Persönlichkeitsstörung entwickelt. Mit dem Suizidtod des Bruders 2008 sei es auch zu somatischen Problemen gekommen mit einer schliesslich zunehmenden diffusen, ausgeweiteten Schmerzsymptomatik im Bewegungsapparat. Diagnostisch handle es sich um eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung, da die Schmerzen doch deutlich ausgeprägt seien, nicht nur mit einer Somatisierung im Rahmen der Depression erklärt werden könnten und ebenfalls deutliche emotionale und psychosoziale Belastungsfaktoren bestünden. Der Verlauf sei chronisch. Schlüssig ist auch die aus den psychischen Beeinträchtigungen abgeleitete Arbeitsfähigkeit von 60 %, realisierbar in einem ganztägigen Pensum mit der Möglichkeit zu vermehrten Pausen.

6.3 In der rheumatologischen Beurteilung wird einleuchtend dargelegt, dass die ca. Ende Oktober 2014 vermehrt auftretenden Schmerzen, aktuell vorwiegend in der Hüft- und Schultergürtelregion, damals angesichts von labormässig erhöhten Entzündungswerten als polymyalgisches Syndrom eingeordnet worden seien. Durch die eingeleitete Medikation sei es zu einer partiellen Schmerzlinderung und Normalisierung der Entzündungsparameter gekommen. Bei der klinischen Untersuchung fänden sich eine deutliche Einschränkung der LWS-Beweglichkeiten mit Schmerzprovokation bei Lateralflexion beidseits, Hinweise für ein lumboradikuläres Syndrom seien aber nicht vorhanden. Alle Fibromyalgie-Tenderpoints seien stark druckdolent, so aber auch alle sogenannten Kontrollpunkte. Die Spontanbewegungen seien weitgehend unbehindert. Es bestehe eine weitgehend ubiquitäre Druckdolenz der gesamten muskuloskelettalen Strukturen, sogar das Erfassen eines Unterschenkels werde als stark schmerzhaft empfunden. Die Prüfung der Knie- und Hüftbeweglichkeiten sei aufgrund einer Abwehrreaktion erschwert. In sitzender Position sei die Beweglichkeit normal. Die passive Beweglichkeit der Schulter sei nicht eingeschränkt. Während der Nackengriff schmerzbedingt nicht ausgeführt werde, gelinge der Schürzengriff problemlos und die glenohumerale Aussenrotation sei beidseits normal. Die aktuellen Laborwerte zeigten eine normale BSR und ein negatives CRP sowie ein normales grosses Blutbild. In den neuen Röntgenbildern der LWS fänden sich altersentsprechend stark fortgeschrittene degenerative Veränderungen mit Betonung des Segments L4/5, wo eine hochgradige Osteochondrose bestehe. Zusammenfassend könne das klinische Bild am ehesten als multilokuläres Schmerzsyndrom des Bewegungsapparates eingeordnet werden, die Präsentation erinnere an ein Fibromyalgiesyndrom, weise aber eine weit über die typischen Tenderpoints hinausgehende Druckempfindlichkeit aus. Im Bereich der

Nacken-Schultergürtel- und Lenden-Becken-Hüftregion seien myofasziale Veränderungen dominierend, was auch diffuse Schmerzprovokationen bei Bewegungsprüfungen der Schulter- und Hüftgelenke erkläre. Hinweise für eine entzündliche Arthropathie oder eine Kollagenose seien nicht fassbar. Im Bereich der LWS bestünden altersentsprechend ungewöhnlich fortgeschrittene Degenerationen, Hinweise für ein lumboradikuläres Syndrom gebe es aber nicht. Gemäss Aktenlage sei nicht ausgeschlossen, dass die weitverbreitete Schmerzsymptomatik zusätzlich durch eine Polymyalgia rheumatica überlagert werde, allerdings sei die aktuelle anamnestische Beschwerdeschilderung diesbezüglich nicht wegweisend und es bestünden trotz normaler Entzündungsparameter unverändert starke Schmerzen. Funktionell lägen aufgrund des Beschwerdebildes und der fortgeschrittenen LWS-Degeneration eine mässiggradig bis deutlich eingeschränkte Wirbelsäulenbelastbarkeit und allgemein-körperliche Belastbarkeit vor.

Der rheumatologische Gutachter leitet aus den dargelegten Befunden und Diagnosen stimmig ab, dass der Beschwerdeführerin körperlich schwere und auch mittelschwere Tätigkeiten nicht mehr zumutbar seien. Darunter fällt auch die angestammte Tätigkeit als Mitarbeiterin in einer Wäscherei. Für eine körperlich leichte Tätigkeit mit nur leichter Rückenbelastung, Möglichkeit zu Wechselpositionen, ohne monoton-repetitive Haltungen oder Bewegungen und ohne Überkopfarbeiten wird indessen eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit um 20 % gesehen.

6.4 Die Einschätzung der dermatologischen Gutachterin, wonach aus dermatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe, lässt sich nicht beanstanden. Bei der Beschwerdeführerin bestünden mild ausgeprägte Kratzartefakte und einzelne excorierte Papeln im Bereich beider Unterschenkel, einhergehend mit Xerosis cutis und ausgeprägter Varikosis, die ebenfalls zu einem verstärkten Juckreiz führen könnten. Diese Beschwerden würden bei Bedarf mit Betnovate behandelt, eine weitere spezifische Therapie finde nicht statt. Somit ist die Einschätzung, dass sich diese Beschwerden nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, einleuchtend.

6.5 In der kardiologischen Beurteilung wird eine anamnestisch angegebene, weitgehende Beschwerdefreiheit festgehalten. Dazu passt, dass der eingesetzte Schrittmacher zuletzt und in der gutachterlichen Untersuchung eine normale Funktion zeigte. In der aktuellen Untersuchung sei die Beschwerdeführerin kardiopulmonal kompensiert und normotensiv gewesen. Im EKG zeige sich ein brady- bis normokarder Sinusrhythmus mit Schrittmacherstimulation im rechten Ventrikel. Das durchgeführte TTE habe eine normale LV- und RV-Funktion gezeigt, der linke Ventrikel sei leicht exzentrisch hypertrophiert, dies möglicherweise aufgrund der vorbeschriebenen Kardiopathie im Rahmen des höhergradigen AV-Blockes. Differentialdiagnostisch käme die beginnend mittelschwere Aorteninsuffizienz in Frage. Bei der Belastung auf dem Fahrradergometer sei die Beschwerdeführerin mit Erreichen von 88 Watt nur mässig leistungsfähig, der Test sei wegen muskulärer Erschöpfung abgebrochen worden. Beschwerden seien keine aufgetreten. Somit habe sich kein Hinweis auf eine Ischämie ergeben. Zusammenfassend bestünden ein Status nach Herzschrittmacherimplantation bei höhergradigem AV-Block (ED 2008), eine valvuläre Herzkrankheit mit knapp mittelschwerer Aorteninsuffizienz und ein leicht exzentrisch hypertrophierter linker Ventrikel unklarer Aetiologie. Die Schrittmacherfunktion sei bei jährlicher Kontrolle stets tadellos gewesen und werde weiterhin kontrolliert. Die Aorteninsuffizienz mache in diesem Ausmass noch keine Beschwerden, sollte aber echokardiographisch kontrolliert werden. Die Leistungsfähigkeit

der Beschwerdeführerin sei eingeschränkt, dies wahrscheinlich im Rahmen der verschiedenen rheumatischen Beschwerden und einer generellen Dekonditionierung. Differentialdiagnostisch komme auch der asynchrone Kontraktionsablauf bei rechtsventrikulärer Simulation für die eingeschränkte Leistungsfähigkeit in Frage. Schwere körperlich belastende Tätigkeiten und Tätigkeiten mit Geräten / Maschinen, die den Schrittmacher beeinflussen könnten, sind aus nachvollziehbarer Sicht nicht möglich. Für körperlich nicht belastende, leicht belastende und auch kurzzeitig mittelschwer belastende Tätigkeiten wird die Beschwerdeführerin indessen als arbeitsfähig erachtet.

6.6 Auch die Einschätzungen aus der neuropsychologischen Untersuchung vom 31. Mai und 6. Juni 2017 (IV-Nr. 63 S. 3 ff.) erweisen sich mit Blick auf die durchgeführten Untersuchungen, bei denen keine fehlende Kooperation der Beschwerdeführerin festgestellt werden konnte, als nachvollziehbar. Die daraus abgeleitete Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 70 % wird ebenfalls einleuchtend begründet. So bestehen in allen kognitiven Bereichen Defizite, was sich naturgemäss auch auf die Erwerbsfähigkeit auswirkt. Es werden lediglich einfache Arbeiten, am ehesten unter Supervision, als möglich erachtet.

6.7 Damit zeigt sich zusammenfassend, dass die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Mitarbeiterin Lingerie nicht mehr gegeben ist, aus rheumatologischer Sicht bereits seit Ende 2014 (also lange vor der Anmeldung zum Leistungsbezug) nicht mehr. Diese Einschätzung ist unbestritten und lässt sich mit den vorhandenen Unterlagen ohne Weiteres nachvollziehen.

In Bezug auf eine leidensangepasste Tätigkeit besteht gestützt auf die beweismässige gutachterliche Einschätzung rheumatologisch gesehen seit Ende 2014 eine 80%ige, psychiatrisch gesehen eine 60%ige Arbeitsfähigkeit. Die aus neuropsychologischer Sicht bestehende Arbeitsunfähigkeit von 70 % gilt ab dem Untersuchungszeitpunkt (6. Juni 2017). Eine retrospektive Beurteilung wird im entsprechenden Untersuchungsbericht nicht vorgenommen. Der RAD hielt sodann nach Würdigung der gemäss Bericht von Dr. med. D. \_\_\_ vom 31. August 2017 neu hinzugekommenen Diagnose einer Systemsklerose fest (vgl. E. II. 5.9 hievore), dass diese keine andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu begründen vermöge. Dies wird einleuchtend damit begründet, dass sich bis zum gegebenen Zeitpunkt eine dadurch bedingte Funktionseinschränkung nur im Bereich der Handgelenke / Finger gezeigt habe, wobei die Ausprägung der Symptomatik (Schmerzen und Einschränkung der Beweglichkeit in den Gelenken) bereits bekannt war. Mit Bezugnahme auf das bei der Beschwerdeführerin am 23. Februar 2017 durchgeführte CT, das eine Kleinhirnatrophie zeigte, erweisen sich gemäss RAD nun die im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten, sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirkenden Beeinträchtigungen als plausibel. Mit anderen Worten liefert die festgestellte Kleinhirnatrophie die klinische Begründung für die vorhandenen Beeinträchtigungen. Es wird aber durch den RAD auch nachvollziehbar festgehalten, dass die Diagnose alleine noch keine (weitergehende) Arbeitsunfähigkeit begründet, sondern eben die daraus resultierenden (und in der neuropsychologischen Untersuchung festgestellten) funktionellen Einschränkungen. Aus der Diagnose alleine resultiert nicht zwingend eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nachdem die neuropsychologischen Einschränkungen nun mit einer neurologischen Diagnose abgebildet werden konnten, kam die RAD-Ärztin auf die Gesamtwürdigung der Arbeitsfähigkeit zurück und führte in der Stellungnahme vom 8. Juni 2018 (IV-Nr. 90) aus, man müsse unter Berücksichtigung des komplexen medizinischen

Gesamtkontexts mit rheumatischem Symptomenkomplex und Systemsklerose, neurologisch begründeten Funktionseinschränkungen sowie einer neuropsychologisch nachgewiesenen relevanten Einschränkung bei zusätzlich leichter Intelligenzminderung, davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin auf dem ersten Arbeitsmarkt keine Arbeitsleistung mehr erbringen könne. Diese Einschätzung lässt sich nicht beanstanden und die Beschwerdeführerin ist dieser in der angefochtenen Verfügung denn auch gefolgt. Zum Beginn der vollständigen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten erklärt Dr. med. T.\_\_\_\_ in ihrer Aktennotiz vom 25. September 2018 (IV-Nr. 94), die Systemsklerose sei zwar im August 2017 diagnostiziert worden, es liege aber bereits eine Beurteilung von Dr. med. N.\_\_\_\_ vom März 2017 vor, die eine gemischte cerebelläre und sensible Ataxie beschreibe, unter Bezugnahme auf das CT vom 23. Februar 2017. Es könne daher ab Ende Februar 2017 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen werden. Die Beschwerdeführerin stellt sich in diesem Zusammenhang auf den Standpunkt, dass sich eine Kleinhirnatrophie langsam entwickle und sie daher auch schon seit Jahren vorgelegen haben müsse. Dabei wird verkannt, dass nicht die Diagnose an sich eine Arbeitsunfähigkeit zu begründen vermag, sondern die daraus resultierenden Einschränkungen, die in der neuropsychologischen Untersuchung nachgewiesen wurden. Wenn eine Krankheit progredient verläuft, erscheint es naheliegend, dass die funktionellen Einschränkungen sich ebenfalls progredient entwickeln. Insofern kann nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit festgestellt werden, dass bei Vorliegen einer Diagnose bereits Jahre zuvor zu diesem früheren Zeitpunkt auch schon eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vorgelegen haben muss. Weiter kann der Beschwerdeführerin nicht in ihrer Argumentation gefolgt werden, dass die für eine Kleinhirnatrophie typischen Symptome von Kopfschmerz, Schwindel und Übelkeit seit Jahren vorgelegen hätten. Die Beschwerdeführerin hat im Rahmen der aktuellsten neurologischen Untersuchung angegeben, nur ab und zu Kopfschmerzen zu haben, die nicht störend seien. Von starken Kopfschmerzen und Migräneanfällen, wie in der Beschwerdeschrift festgehalten, war (vor der Untersuchung durch Dr. med. N.\_\_\_\_ im Februar / März 2017) nie die Rede. Anlässlich der Begutachtung berichtete die Beschwerdeführerin über jeweils fünf Minuten dauernde generalisierte Kopfschmerzen. Die von ihr seit Jahren geklagten chronischen Schmerzen am ganzen Bewegungsapparat wurden schliesslich im Rahmen der Begutachtung eingehend abgeklärt und gewürdigt. Gleiches gilt für den Arztbericht von Dr. med. E.\_\_\_\_ (IV-Nr. 14), wonach seit dem 12. Januar 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben sei. Zum einen machte Dr. med. E.\_\_\_\_ diese Einschätzung nur in Bezug auf die angestammte Tätigkeit, in einer Verweistätigkeit sah er eine teilweise Arbeitsfähigkeit. Zum anderen lag dieser Arztbericht den Gutachtern der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ vor und floss damit in die beweiskräftige Beurteilung mit ein.

6.8 Nach dem Gesagten ist in Bezug auf die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin seit Ende 2014 von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen. In einer angepassten Verweistätigkeit bestand seit Ende 2014 gemäss Gutachten der Begutachtungsstelle C.\_\_\_\_ in der Gesamtschau in einer körperlich leichten, wechselbelastenden Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 60 %. Diese Einschätzung hat Geltung bis Februar 2017. Ab diesem Zeitpunkt ist von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes und einer vollständig aufgehobenen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Die Annahme der Beschwerdeführerin, wonach vor Februar 2017 eine Arbeitsunfähigkeit von 70 % (aus neuropsychologischer Sicht) vorgelegen haben soll (vgl. IV-Nr. 98 S. 4 f.), erweist sich damit nicht als korrekt. Der RAD hatte in der Stellungnahme vom 19. Juli 2017

(IV-Nr. 66) ausgeführt, es sei aktuell von einer solchen auszugehen, nicht rückwirkend. Für die Zeit vor Februar 2017 ist von einer Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer angepassten Tätigkeit auszugehen. Ab Februar 2017 beträgt sie 100 %.

7. Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem Teilpensum angestellt. Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet.

Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR «Di Trizio» vom 2. Februar 2016) ist bis zum Inkrafttreten einer neuen, generell-abstrakten Regelung im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung zu bringen. Dementsprechend ist beispielsweise bei einer erstmaligen Rentenzusprache bei einer Person, die bereits vor der Rentenprüfung einer Teilerwerbstätigkeit nachgegangen ist, das bisherige Recht und das bisherige Berechnungsmodell der gemischten Methode anzuwenden. Nach der nunmehr am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Artikel 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird.

## **E. 8**

8.1 Zu prüfen ist die Statusfrage bzw. die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ausserhäuslich tätig wäre. Diese ■ stets hypothetische ■ Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C\_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C\_889/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2.1). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen

Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150; Urteil des Bundesgerichts 9C\_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis).

8.2 Für den konkreten Fall lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: In Intake-Gespräch vom 8. Juli 2014 (IV-Nr. 4) führte die Beschwerdeführerin aus, sie sei seit 17 Jahren geschieden. Seit 16 Jahren werde sie durch die eine Tochter finanziell unterstützt. Sie habe nie versucht, in einem höheren Pensum als 50 % zu arbeiten. Sie sei immer davon ausgegangen, dass sie nicht mehr arbeiten könne. Zum Zeitpunkt dieses Gesprächs war sie noch in einem 50%-Pensum in der Lingerie der B.\_\_\_\_ tätig. Eine Ausbildung hat die Beschwerdeführerin nicht abgeschlossen. Sie arbeitete seit 1998 als Wäschereiangestellte, Hausdienstangestellte oder Hausdame (vgl. Lebenslauf, IV-Nr. 3). Im Rahmen der Scheidung von ihrem Ex-Mann wurde eine Ehescheidungskonvention (IV-Nr. 9) abgeschlossen, wonach sich der Ex-Mann verpflichtet hatte, der Beschwerdeführerin bis August 2005 einen Unterhaltsbeitrag auszurichten. Für die Zeit danach wurde also offenbar davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin nach Eintritt der Volljährigkeit beider Töchter einem Vollzeitpensum nachgehen könne. Dem IK-Auszug (IV-Nr. 11) lässt sich entnehmen, dass das Jahreseinkommen der Beschwerdeführerin seit 1998 nie über CHF 36'000.00 lag. Gemäss Arbeitgeberbericht der B.\_\_\_\_ vom 8. Juli 2015 (IV-Nr. 18) war die Beschwerdeführerin seit dem 1. März 2007 in einem 50%-Pensum als Mitarbeiterin Finishbereich angestellt. Im Rahmen der Begutachtung hatte diese ausgeführt, sie habe nach der Trennung von ihrem Ex-Mann notgedrungen arbeiten müssen und immer zu ca. 50 % gearbeitet, da sie noch den Haushalt gehabt habe. Sie habe das Gefühl gehabt, dass sie zu Hause die Sachen auch erledigen müsse (IV-Nr. 35 S. 12). Es lässt sich damit also feststellen, dass die Beschwerdeführerin, abgesehen von kurzzeitig etwas höheren Pensen, zeitlebens nie ein höheres Pensum von 50 % geleistet hat. Sie hat nach der Scheidung während Jahren von einem verhältnismässig geringen Einkommen (nie über CHF 36'000.00; vgl. IV-Nr. 11) gelebt. Auch als 2005 die jüngere Tochter volljährig geworden war und die Unterhaltsleistungen des Ex-Mannes weggefallen waren, arbeitete sie nicht in einem höheren Pensum. Dies obwohl die Betreuungspflichten für die Kinder (und damit auch der Unterhalt) weggefallen waren. Die Beschwerdeführerin lässt nun geltend machen, sie habe aus gesundheitlichen Gründen nie mehr als 50 % gearbeitet. Dem widerspricht aber ihre Aussage anlässlich der Begutachtung, wonach sie jeweils 50 % gearbeitet habe, da sie noch den Haushalt zu erledigen gehabt habe. Zudem erfolgte die Anmeldung bei der Beschwerdegegnerin (zur Früherfassung) erst Jahre später, nämlich 2014, und damit neun Jahre nach Wegfallen der Unterhaltspflicht durch den Ex-Mann und der Betreuungspflichten. Insofern überzeugt ihre Argumentation, dass sie aus wirtschaftlichen Gründen gar nicht anders gekonnt hätte als mehr zu arbeiten, nicht. Wäre dies damals schon aus gesundheitlichen Gründen nicht möglich gewesen, so ist nicht zu verstehen, weshalb sie sich erst 2014 bei der Beschwerdegegnerin angemeldet hat. In Bezug auf ihre gesundheitlichen Beschwerden hat die Beschwerdeführerin anlässlich der Begutachtung schliesslich ausgeführt, ihre rheumatischen Beschwerden hätten 2013 begonnen (IV-Nr. 35

S. 7). In der Gesamtschau lässt sich mit dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit davon ausgehen, dass die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens weiterhin in einem 50%-Pensum tätig wäre. Dass sie ein höheres Pensum leisten würde, lässt sich nicht annehmen. Die beiden Töchter sind seit 2005 erwachsen und grundsätzlich selbständig. Andere Betreuungspflichten hatte die Beschwerdeführerin nicht.

9. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der Invaliditätsbedingten Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 7. November 2017 (IV-Nr. 75) ab. Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt.

9.1 Für den Beweiswert eines solchen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass dieser von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C\_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C\_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1).

Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). Prinzipiell stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen der Vorzug zu geben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 6.2).

9.2 Im vorliegenden Fall wurde der «Abklärungsbericht Haushalt» von einer Abklärungsfachfrau des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin erstellt. Es gibt keine

Anhaltspunkte dafür, dass es sich dabei um eine nicht qualifizierte Person handeln würde. Solches wird auch nicht geltend gemacht. Gestützt auf den Inhalt des Berichts ist davon auszugehen, dass der Abklärungsfachfrau sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Im Bericht werden die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt wiedergegeben. Die Feststellungen der Abklärungsfachfrau erscheinen zudem plausibel und schlüssig. Bei den von ihr festgelegten Einschränkungen im Haushalt stellt sie auf die Angaben der Beschwerdeführerin selber ab, diese werden nicht in Frage gestellt. So hat die Beschwerdeführerin angegeben, die Kochgewohnheiten hätten sich nicht verändert und das Kochen sei kein Problem, wobei sie heute für alles länger habe und Pausen benötige. Es wird gestützt darauf im Bereich Ernährung eine Einschränkung von 10 % (= Behinderung von 5 %) festgehalten. In der Haushaltsführung wird keine Einschränkung gesehen, da die Beschwerdeführerin angegeben hat, den Haushalt zusammen mit der Tochter zu planen, wobei eine Mitwirkung der erwachsenen Tochter, die im gleichen Haushalt lebt, absolut zumutbar ist. Bei der Wohnungspflege wird eine Einschränkung von 10 % (= Behinderung von 2 %) angenommen, da die Beschwerdeführerin ausgeführt hat, etappenweise vieles selber oder dann aber gemeinsam mit der Tochter zu machen. Dies entspricht auch den Aussagen in der Begutachtung zum Tagesablauf, wonach die Beschwerdeführerin den Haushalt jeweils morgens erledigt. Auch in diesem Bereich ist eine Mithilfe der Tochter als Mitbewohnerin zumutbar und mitzubersichtigen, weshalb die festgestellte Einschränkung (aufgrund von notwendigen Pausen) nicht zu beanstanden ist. Beim Einkaufen und weiteren Besorgungen wird keine Einschränkung festgelegt, da die Tochter das Administrative schon vor Jahren übernommen habe. Bezüglich Einkaufen hat die Beschwerdeführerin auch im Rahmen der Begutachtung angegeben, Einkäufe mit der Plastikeinkaufstasche selber zu erledigen, die Tochter mache ansonsten Einkäufe mit dem Velo (IV-Nr. 35 S. 13). Auch hier ist die Mitwirkung der Tochter zumutbar. Bezüglich Wäsche und Kleiderpflege gilt das gleiche. Die Tochter bringt die Wäsche in den Keller, hängt diese auf und trägt sie hoch, der Rest wird von der Beschwerdeführerin erledigt. Auch hier ist keine Einschränkung ersichtlich, da die Mithilfe der Tochter im Rahmen der Schadenminderungspflicht zugemutet werden kann. Auf die im Abklärungsbericht festgestellte Einschränkung im Haushalt von 7 % kann demnach abgestellt werden. Dem von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwand, dass sich eine derart geringe Einschränkung im Haushalt gegenüber der 100%igen Arbeitsunfähigkeit als Mitarbeiterin einer Lingerie widerspreche, ist entgegenzuhalten, dass der im gleichen Haushalt lebenden erwachsenen Tochter eine entsprechende Mithilfe zugemutet werden kann (was am Arbeitsplatz nicht der Fall ist). Weshalb die Haushaltsabklärung vom 31. Oktober 2017 (Bericht vom 7. November 2017; vgl. IV-Nr. 75) nicht mehr aktuell sein soll, ist ebenfalls nicht ersichtlich. Die Einschränkungen bezüglich der Gehirnatrophie sind seit Februar 2017 ausgewiesen und waren demnach im Oktober 2017, als die Abklärung stattfand, vorhanden. Die Abklärungsfachfrau hat auf die Angaben der Beschwerdeführerin, was ihr im Haushalt alles möglich sei, abgestellt. Nach dem Gesagten kann auf die im Abklärungsbericht festgehaltene Einschränkung im Haushalt von 7 % abgestellt werden.

10. Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. Der per 1. Januar 2018 in Kraft getretene Art. 27bis Abs. 3 IVV ist nicht rückwirkend anzuwenden (vgl. E. 8.1 hiervor) und da ab Inkrafttreten bei der Beschwerdeführerin im ausserhäuslichen Bereich

sowieso eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit gegeben ist, spielt die neue Berechnungsweise (Aufrechnung auf ein Vollpensum) vorliegend keine Rolle. Somit wurden korrekterweise zwei Einkommensvergleiche vorgenommen: Dies zunächst für die Zeit vom 1. Februar 2016 (Ablauf des Wartejahrs) bzw. 1. Oktober 2015 (sechs Monate nach Anmeldung) bis zum 23. Februar 2017 (Verschlechterung des Gesundheitszustandes), in welcher eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % in der angestammten Tätigkeit und eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % in einer Verweistätigkeit bestanden hatte. Zur Bemessung des Valideneinkommens wurde das von der Beschwerdeführerin zuletzt erzielte Einkommen bei der B.\_\_\_\_ herangezogen. Dieses belief sich auf CHF 31'685.00 (vgl. Arbeitgeberbericht vom 8. Juli 2015 [IV-Nr. 18]). Für das Invalideneinkommen wurde, weil keine zumutbare Verweistätigkeit aufgenommen wurde, richtigerweise auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2014, TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 Frauen, CHF 4'300.00) erscheint mit Blick auf das zumutbare Tätigkeitsprofil ebenfalls korrekt. Unter Aufrechnung von Wochenstunden (: 40 x 41.7) und Nominallohnindex 2014 ■ 2015 (: 103.6 x 104.1 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex Frauen]) errechnet sich ein Invalideneinkommen von CHF 54'052.60, für ein Pensum von 50 % somit CHF 27'026.30. Die Beschwerdegegnerin hat ausserdem einen leidensbedingten Abzug von 10 % vorgenommen, was von der Beschwerdeführerin nicht kritisiert wird und mit Blick auf die vorliegenden Begebenheiten sowie des der Beschwerdegegnerin zustehenden diesbezüglichen Ermessens ebenfalls nicht zu beanstanden ist. Es ergibt sich damit ein Invalideneinkommen von CHF 24'324.00. Daraus resultiert eine Einschränkung von 23 %. Da der Anteil im ausserhäuslichen Bereich 50 % beträgt, beträgt der Invaliditätsgrad 12 %. Im Haushalt beträgt die Einschränkung 7 %. Bezogen auf einen 50%-Anteil resultiert in diesem Bereich ein Invaliditätsgrad von 3.5 % und somit ein gesamthafter Invaliditätsgrad von 16 %. Es besteht kein Rentenanspruch.

Ein zweiter Einkommensvergleich ist für die Zeit ab dem 23. Februar 2017 vorzunehmen. Aufgrund der ab dann eingetretenen vollständigen Arbeitsunfähigkeit im ausserhäuslichen Bereich beträgt die Einschränkung 100 %, bezogen auf ein 50%-Pensum resultiert demnach ein Invaliditätsgrad von 50 %. Zusammen mit der (gewichteten) Einschränkung im Haushalt (3.5 %) ist ein Invaliditätsgrad von 53.3 % gegeben, womit die Beschwerdegegnerin zu Recht vom Anspruch auf eine halbe Rente ausgegangen ist. Der Anspruch besteht unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 IVV ab dem 1. Mai 2017. Berufliche Massnahmen erübrigen sich, da die Beschwerdeführerin nicht mehr arbeitsfähig ist. Die Beschwerde ist demnach abzuweisen.

## **E. 11**

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

#### Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Wittwer

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