

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.105 vom 1. April 2020

SO Obergericht, 2020-04-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.105](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.105)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.105 du 1 avril 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.105 del 1 aprile 2020

## Erwägungen

### E. 3

3.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Logistikerin seit Jahren nicht mehr zugemutet werden könne. Für angepasste, körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, ohne Heben und Tragen von Lasten über 5 kg bestehe jedoch aus versicherungsmedizinischer Sicht eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit im Rahmen von 70 %. Eine höhere Arbeitsunfähigkeit habe aus orthopädischer Sicht retrospektiv nie bestanden. Damit sei es der Beschwerdeführerin möglich, ein entsprechendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Der Invaliditätsgrad betrage 33 %. Zum Einwand nehme man wie folgt Stellung: Bezüglich Invalidenkarriere sei auf die Einschätzung des Eingliederungsfachmannes vom 3. September 2019 abzustellen, die Bestandteil der vorliegenden Verfügung sei. In der Verfügung vom 1. November 2011 sei zu Unrecht auf das Valideneinkommen als Frühinvalide gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV abgestellt worden. Die Beschwerdeführerin habe damals einen branchenüblichen Lohn zu erzielen vermocht. Auch wenn darin gewisse Einschränkungen bezüglich der Beschaffenheit des Arbeitsplatzes aufgeführt seien, sei daraus nicht zu schliessen, dass sie keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erworben habe. Zudem habe die Beschwerdeführerin in den Jahren 2013 und 2014 einen branchenüblichen Lohn erzielt. Die tieferen Einkommen in den Jahren 2015 und 2016 seien auf vermehrte Krankheitsabsenzen zurückzuführen. Im Logistikbereich sei es durchaus üblich, dass diese Stellen temporär vergeben würden. Bezüglich der Durchführung von weiteren beruflichen Eingliederungsmassnahmen sei festzuhalten, dass das Belastbarkeitstraining auf Wunsch der Beschwerdeführerin abgebrochen worden sei. Gemäss Gutachten könne sie jedoch in einer angepassten Tätigkeit ein Pensum von 70 % ausüben. Das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ habe vollen Beweiswert. Sollte sich die Beschwerdeführerin zukünftig im medizinisch attestierten Umfang arbeitsfähig fühlen und für eine Wiedereingliederung ins Erwerbsleben motiviert sein, könne die Beschwerdegegnerin bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle behilflich sein. Ein Abzug vom Invalideneinkommen sei nicht gerechtfertigt. Die Tatsache, dass einer versicherten Person nur noch leichte Tätigkeiten zumutbar seien, sei kein Grund für einen leidensbedingten Abzug vom Tabellenlohn. Es sei von einem genügend breiten Spektrum zumutbarer Verweisungstätigkeiten auszugehen.

3.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 6 ff.) entgegenhalten, ihre gesundheitliche Situation sei komplex. Sie sei seit Geburt durch diverse somatische und psychische Probleme belastet. Die Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ komme zum Schluss, dass sie zwar an einer kombinierten Persönlichkeitsstörung, einer rezidivierenden depressiven Störung, einem chronischen thorako- und lumbovertebralen Schmerzsyndrom

etc. leide, dadurch jedoch nur 30 % in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Sie stehe damit nicht nur im Widerspruch zu den Einschätzungen der behandelnden Ärzte, sondern auch zu den Erfahrungen der Berufsberatung und den Erkenntnissen aus dem Eingliederungsversuch. Die Beschwerdeführerin habe zweifellos kognitive Einschränkungen, die zu einer Verlangsamung führten, die gemäss dem Bericht über das Belastbarkeitstraining eine Eingliederung in den ersten Arbeitsmarkt nicht zulasse. Der Eingliederungsfachmann gehe davon aus, dass nur eine teilweise einfache Erwerbsfähigkeit gegeben sei. Weiter sei festgestellt worden, dass die Beschwerdeführerin trotz der lediglich zweistündigen Einsätze an Schmerzen gelitten habe. Zweifel an der Richtigkeit des Gutachtens bestünden auch aufgrund der Widersprüche. Einerseits hielten die Gutachter die bisherige Tätigkeit im Umfang von 60 % für zumutbar. Gleichzeitig würden sie schreiben, dass die bisherige Tätigkeit als Logistikerin aufgrund der fehlenden Arbeitsfähigkeit seit mehreren Jahren nicht mehr möglich sei. Zwar berücksichtigten die Gutachter, dass die angepasste Tätigkeit keine Anforderungen hinsichtlich Effizienz und Schnelligkeit stellen sollte, doch äusserten sie sich nicht zur erheblichen Verlangsamung, die ■ teils sogar als nicht arbeitsmarktkonform ■ in den Eingliederungsunterlagen beschrieben sei. Es scheine, dass die Einschränkungen aus der kognitiven Behinderung von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden seien. Zumindest werde die mehrfach dokumentierte Verlangsamung und daraus folgende Einschränkung der Leistungsfähigkeit ausser Acht gelassen. Die Arbeitsunfähigkeit werde nämlich einzig mit den zusätzlichen Pausen aufgrund der orthopädischen Diagnosen begründet. Im Rahmen des Gutachtens sei die Minderintelligenz eine Verdachtsdiagnose geblieben, die die Gutachter weder abgeklärt noch eine ergänzende neuropsychologische Begutachtung eingeholt hätten. Eine neuropsychologische Abklärung sei von der behandelnden Psychiaterin initiiert worden. Im Gesamtergebnis liege zwar keine Intelligenzminderung vor, doch bestehe in Teilbereichen eine leistungsbeeinflussende kognitive Einschränkung. Durch das Nichtberücksichtigen der kognitiven Einschränkungen durch die Gutachter handle es sich bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch die behandelnde Psychiaterin nicht um «eine lediglich andere Einschätzung der Arbeitsfähigkeit», sondern diese gründe im Ausserachtlassen der Intelligenzminderung. Diese Einschätzung decke sich mit der Feststellung der Stiftung E. \_\_\_ und dem Eingliederungsberater der Beschwerdegegnerin. Selbst wenn eine Teilarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt vorliegen würde, führe die Kombination aus kognitiven und somatischen Einschränkungen dazu, dass die theoretische Restarbeitsfähigkeit kaum im ersten Arbeitsmarkt realisiert werden könne. Dabei sei zu berücksichtigen, dass ein erheblicher Teil der einfachen Tätigkeiten aufgrund der Kontaktallergien (mit Nichteignungsverfügung) ausgeschlossen sei. Die Neurodermitis bzw. die Hautausschläge würden letztlich sämtliche Tätigkeiten in der Gastronomie oder im Lebensmittelsektor ausschliessen. Auch Tätigkeiten im Gesundheitswesen und im Pflegebereich seien nicht denkbar. Die Beschwerdeführerin sei aktuell lediglich im geschützten Rahmen arbeitsfähig. Was berufliche Massnahmen betreffe, so habe das durchgeführte Belastbarkeitstraining von Beginn an unter einem schlechten Stern gestanden. Bereits in der zweiten Woche sei die Beschwerdeführerin an einer schweren Bronchitis erkrankt. Drei Tage nach Wiederaufnahme der Arbeit habe sie sich einer Unterleibsoperation unterziehen müssen, die zu einem weiteren Ausfall geführt habe. Sie sei somatisch und psychisch sehr belastet gewesen, und es sei mehr als fraglich, ob ein Belastbarkeitstraining in diesem Zeitpunkt überhaupt hätte zielführend sein können. Die Beschwerdeführerin sei weiterhin an beruflichen Massnahmen interessiert und wünsche sich eine Rückkehr ins Erwerbsleben.

Diese Motivation zeige sich auch darin, dass es ihr gelungen sei, eine Tätigkeit zu finden, die sie von zu Hause aus erledigen könne; dies stelle jedoch keineswegs eine rentenausschliessende Tätigkeit dar. Nach Durchführung weiterer Eingliederungsmassnahmen sei zu prüfen, ob die Beschwerdeführerin wieder im ersten Arbeitsmarkt eingesetzt werden könne. Schliesslich sei in der angefochtenen Verfügung bei der Festlegung des Valideneinkommens auf die Durchschnittslöhne der LSE abgestellt worden. Bei der erstmaligen Rentenzusprache habe man jedoch das Frühbehindertenvergleichseinkommen gemäss Art. 26 IVV angewendet, was korrekt sei, da die Beschwerdeführerin eine regelrechte Invalidenkarriere absolviert habe. Das Valideneinkommen sei dadurch bereits verbindlich festgelegt worden. Die Beschwerdeführerin habe zwar eine Zeit lang im ersten Arbeitsmarkt gearbeitet, doch hätten die (temporären) Anstellungen nach kurzer Zeit geendet, da sie die Leistung nicht erbracht habe. Selbst wenn die Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt, trotz beschütztem Arbeitsplatz, berücksichtigt werde, habe die Beschwerdeführerin nie ein vergleichbares Einkommen erwirtschaften können. Das Invalideneinkommen sei gestützt auf die Ansätze im geschützten Rahmen festzulegen. Eventualiter sei der effektive Lohn zu berücksichtigen. Sollte wider Erwarten von einer Restarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt ausgegangen werden, müsse den hohen Anforderungen an die adaptierte Tätigkeit mittels eines Leidensabzugs Rechnung getragen werden. Die Beschwerdeführerin werde kaum in der Lage sein, ein Durchschnittseinkommen zu erwirtschaften, da bei deren Ermittlung auch hohe, auf schwere und mittelschwere Tätigkeiten ausgelegte Anstellungen berücksichtigt würden. Sie benötige jedoch aufgrund ihrer Persönlichkeitsstörung und den aus somatischer Sicht benötigten Pausen sowie der aus kognitiven Gründen bestehenden Verlangsamung einen verständnisvollen Arbeitgeber. Schliesslich sei ein erheblicher Teil der einfachen Tätigkeiten aufgrund der Kontaktallergien ausgeschlossen. Es erscheine ein Abzug von mindestens 20 % angemessen.

### **E. 3.1**

mit Hinweisen).

4.2 Im vorliegenden Fall fand die letzte umfassende Rentenprüfung mit Verfügung der IV-Stelle Aargau vom 21. September 2011 (IV-Nr. 103) statt. Die Beschwerdegegnerin ging in dieser Verfügung davon aus, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Mitarbeiterin im Bereich Hauswirtschaft nicht mehr zuzumuten sei. In der umgeschulten, körperlich angepassten Tätigkeit als Logistikerin bestehe aber eine Arbeitsfähigkeit von 100 %. Damals präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

4.2.1 Gemäss Arztbericht von Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, [...], vom 24. März 2011 (IV-Nr. 90) lagen bei der Beschwerdeführerin folgende Diagnosen vor:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

chronisch rezidivierendes, lumbo-spondylogenes links betontes Panvertebral-Syndrom bei  
ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die Beschwerdeführerin habe belastungsabhängige lumbale Rückenschmerzen und wechselnd ausgeprägte Kribbelparästhesien in Zehen 4/5 links. Der Allgemeinzustand sei gut. Die Wirbelsäule sei skoliotisch sowie thorakal eher flach und skoliotisch klopfdolent. Es bestehe eine Hyperlordose der unteren LWS. Es müsse auch längerfristig immer wieder

mit Rückenschmerzen gerechnet werden. Die körperliche Belastbarkeit sei vermindert, und die bekannten Allergien müssten berücksichtigt werden. Die Tätigkeit als Logistikerin sei während sieben bis acht Stunden täglich möglich, wobei eine Leistungseinschränkung von 20 ■ 30 % bestehe. Leichte ähnliche Tätigkeiten, wie sie die Beschwerdeführerin zurzeit teilweise ausführe, seien bei reduzierter Leistungsfähigkeit möglich. Körperlich belastende Tätigkeiten könne sie nicht ausführen, und sie sollte bei bekanntem Asthma bronchiale keinen Reizstoffen ausgesetzt werden. Auch seien keine Tätigkeiten zumutbar, wo sie mit Stoffen in Kontakt gerate, welche bei ihr allergisierend wirkten. Solche Tätigkeiten könnten Vollzeit ausgeübt werden, mit einer verminderten Leistungsfähigkeit von 30 ■ 40 %. Durch Schmerzurückgang und Kräftigung der Rückenmuskulatur könne die Arbeitsfähigkeit wieder gesteigert werden.

4.2.2 Als Beilagen zum oben genannten Arztbericht waren folgende ärztlichen Berichte vorhanden:

4.2.2.1 Gemäss Bericht über ein Röntgen BWS / LWS ap / lat. vom 15. März 2011, Dr. med. H.\_\_\_\_, [...] (IV-Nr. 90, S. 8), habe bei der Beschwerdeführerin eine ausgeprägte rechtskonvexe Torsionsskoliose im thorako-lumbalen Übergang von 40° und links mit konvexer Gegendrehung in der oberen BWS von 23° bestanden. Zudem habe sich eine Hyperkyphose der BWS gezeigt. Hinweise für Wirbelkörperanomalien hätten nicht vorgelegen. Es habe eine lumbosacrale Übergangsanomalie mit vermutetem lumbosacralen Assimilationsgelenk L5/S1 links bestanden. Die ossären Strukturen seien ansonsten intakt gewesen, ohne Nachweis von degenerativen Veränderungen.

4.2.2.2 Im Bericht von Dr. med. I.\_\_\_\_, Fachärztin für Dermatologie und Venerologie, [...], vom 29. Februar 2008 (IV-Nr. 90, S. 11) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe sich am 31. Oktober 2007 erstmals in der Sprechstunde vorgestellt. Anamnestisch seien seit Anfang des Jahres 2007 rezidivierende ausgeprägte ekzematöse Hautveränderungen aufgetreten. Die bisherige Therapie habe positive Testreaktionen auf Kobalt, Nickel, Propolis und 4-Phenylendiamin ergeben. Nach Beginn einer Epicutantestung hätten sich stark positive Testreaktionen auf Duftstoff-Mix und Kobalt (hier mit Streureaktion), positiv auch Thiuram-Mix, Bronopol und Propolis gezeigt, schwach positiv auch Perubalsam. Zu diesem Zeitpunkt sei das erste Arztzeugnis ausgestellt worden, da die Beschwerdeführerin beruflich ständig Kontakt zu duftstoffhaltigen Produkten habe und dies auch nicht meiden könne.

4.2.2.3 Im Bericht von Dr. med. J.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, [...], speziell Lungenkrankheiten, vom 7. April 2008 (IV-Nr. 90, S. 12 f.) wurde festgehalten, die pneumologisch-konsiliarische Abklärung habe ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin ein chronisches intrinsisches Asthma bronchiale mit starker bronchialer Hyperreaktivität, ekzematöse Hautveränderungen bei positiver Hautreaktion Cobalt, Nickel und diverser Duftstoffe, ein Morbus Willebrand sowie eine arterielle Hypertonie vorlägen. Die Beschwerdeführerin habe in letzter Zeit wieder vermehrt asthmatische Atembeschwerden mit gelegentlichem Hustenreiz von allein bei körperlicher Belastung. In Ruhe und nachts sei sie weitgehend beschwerdefrei. Während der Arbeit zeige sich keine Zunahme. Es bestehe eine leichte Strömungsbehinderung im Bereiche der kleinen peripheren Luftwege. Der Methacholintest sei sehr stark positiv. Dadurch könne bei der Beschwerdeführerin eine sehr starke bronchiale Hyperreaktivität im Sinne eines Asthmas nachgewiesen werden.

4.3 Zum Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung präsentierte sich der medizinische Sachverhalt folgendermassen:

4.3.1 Gemäss Bericht von D.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 12. Juni 2017 (IV-Nr. 113), sei die Beschwerdeführerin seit 26. April 2017 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Zu diagnostizieren seien Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen sowie Störungen im Sozialverhalten (ICD-10 F90.1), eine Angststörung mit Panikattacken, vor allem soziale Phobien, und ein Verdacht auf Intelligenzminderung. Das Denken der Beschwerdeführerin sei umständlich, kreisend und sprunghaft auf soziale Probleme und Vergangenes fixiert. Die Konzentrationsfähigkeit sei eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin sei schnell ermüdbar. Sie habe Gefühle von Hilflosigkeit und Überforderung. Es bestünden innere Unruhe, Anspannungen, multiple Ängste und Kontrollzwänge. Der Antrieb sei partiell vermindert. Sie leide unter rezidivierenden Panikattacken mit Blockierungszuständen, habe ausgedehnte Schlafphasen sowie Ein- und Durchschlafprobleme. Suizidalität bestehe nicht. Die Beschwerdeführerin komme zur Gesprächspsychotherapie im Einzelsetting ein- bis zweiwöchentlich seit April 2017. Sie sei eingeschränkt belastbar, in sozialen Interaktionen mit Arbeitskollegen und Vorgesetzten schnell überfordert. Ihr Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit hätten sich seit 2012 kontinuierlich verschlechtert. Es bestehe eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von mindestens 50 %. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nur in einem geschützten Rahmen eine Teilarbeitsfähigkeit erbringen könne. Es werde empfohlen, die Belastbarkeit abzuklären.

In ihrem Arztbericht vom 15. Januar 2018 (IV-Nr. 141) führt die behandelnde Psychotherapeutin aus, es bestünden eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, anankastischen und abhängigen Anteilen (ICD-10 F61.0), eine Angststörung mit Panikattacken (ICD-10 F40.01) und ein Intelligenzniveau im unteren Normbereich. Seit 6. Juni 2017 betrage die Arbeitsfähigkeit 50 %. Der Zustand sei stationär. Die Beschwerdeführerin leide oft unter Verwirrung, Stress, Nervosität und Überforderung. Sie klage über verschiedene Ängste, Panik und Minderwertigkeitsgefühle. Auch diverse rezidivierende körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen, Einschränkungen im Bewegungsapparat, Allergien, Neurodermitis, Schlafprobleme und Migräne beherrschten seit vielen Jahren ihren Alltag. Sie sei im Kontakt meist freundlich bis unterschwellig aggressiv und distanzlos. Die Konzentrationsfähigkeit sei schwankend. Gedächtnis und Merkfähigkeit schienen intakt. Die Gedanken seien emotional weitschweifig, schnell und sprunghaft, vor allem auf körperliche Symptome und akute Probleme fokussiert. Der Antrieb sei gesteigert und fahrig, bei deutlich verminderter Effizienz. Es komme zu Ein- und Durchschlafschwierigkeiten, zum Teil Tag-/Nachtumkehr. Suizidalität werde glaubhaft verneint. Vor allem, wenn sie eine Aufgabe habe, sei die Beschwerdeführerin in der Beziehung zu ihren Mitmenschen schnell überfordert. Mangels Geduld und einer Fixiertheit auf akute körperliche und psychische Probleme falle es ihr schwer, auf andere Menschen oder Situationen angemessen einzugehen und zu reagieren. Es komme häufig zu Missverständnissen und Konflikten. Ihr Verantwortungsbewusstsein bleibe je nach Überforderungsgrad fluktuierend und unklar. Die bisherige Tätigkeit und andere Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Die Beschwerdeführerin sei aufgrund ihrer vielfältigen psychischen und körperlichen Einschränkungen nicht mehr in der Lage, dauerhaft und verlässlich einer Tätigkeit auf dem freien Arbeitsmarkt nachzugehen. Einfache Tätigkeiten in einer geschützten Umgebung würden als unterstützungswert und

möglich erachtet.

4.3.2 Am 6. März 2017 wurde aufgrund eines Engpasses im VI. Strecksehnenfach des linken Handgelenks eine operative Erweiterung desselben durchgeführt (IV-Nr. 129, S. 10). Die Operation wurde im Handchirurgie Zentrum [...] durch Dr. med. K.\_\_\_\_ durchgeführt.

4.3.3 In der Klinik L.\_\_\_\_ wurde am 26. Juni 2017 ein MRT der LWS durchgeführt (IV-Nr. 129, S. 8). Es hätte sich kein Nachweis einer Diskushernie oder einer Neurokompression lumbal gezeigt. Es bestünden eine S-förmige Skoliose mit rechtskonvexem Anteil kranial und linkskonvexem Anteil kaudal sowie multisegmentale leichte Facettengelenksarthrosen lumbal.

4.3.4 Am 28. Juli 2017 berichtete Dr. med. M.\_\_\_\_, Klinik N.\_\_\_\_, über den Behandlungsverlauf in schlafmedizinischer Hinsicht (IV-Nr. 129, S. 5 ff.). Es bestünden eine NREM-Parasomnie im Sinne einer Arousalstörung und eine chronische Insomnie. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, sie wache alle 14 Tage ein- bis zweimal im Bett auf, blicke verwirrt umher und spreche. Einmal alle sechs Monate steigere sie sich eine solche Episode zu komplexen Handlungen (sich anziehen, in der Wohnung umherlaufen). Zusätzlich komme es zwei- bis viermal pro Woche zu Albträumen. Die Arbeitsfähigkeit betrage aus somnologischer Sicht 100 %.

4.3.5 Im Rahmen einer Integrationsmassnahme wurde ein Belastbarkeitstraining in der Stiftung E.\_\_\_\_ begonnen. Dem diesbezüglichen Massnahmenbericht über den Berichtszeitraum vom 21. August bis 8. November 2017 (IV-Nr. 136) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin mit einem Pensum von zwei Stunden pro Tag in der Konfektionierung gestartet habe. Ab der zweiten Woche sei sie wegen einer Bronchitis für zwei Wochen krankheitshalber ausgefallen. In der vierten Woche habe sie noch einmal für drei Tage gearbeitet, dann sei sie wegen einer Unterleibs-Operation wiederum für vier Wochen ausgefallen. Ab 16. Oktober 2017 sei sie wieder ins Programm gekommen. Einen Pensumsaufbau habe sie aus gesundheitlichen Gründen nicht als möglich angesehen. Sie habe über verschiedene «Baustellen» geklagt. Am Ende des Programms habe sie hauptsächlich den Rücken und die Psyche als problematisch beschrieben und sich kaum arbeitsfähig gefühlt. Im Rahmen der Bewerbungsunterstützung habe sie sich für 50%-Stellen beworben, diese obligatorischen Arbeitsbemühungen jedoch als zusätzlichen Stressauslöser beschrieben. Am 8. November 2017 habe das Abschlussgespräch mit dem Eingliederungsberater stattgefunden. Auf Wunsch der Beschwerdeführerin sei das Training am selben Tag abgebrochen worden. Ein Aufbau der Belastbarkeit habe nicht stattgefunden. Die erreichten Ergebnisse seien eher unterdurchschnittlich gewesen. Die Beschwerdeführerin habe in einem langsamen Tempo gearbeitet (nicht genügend verglichen mit dem ersten Arbeitsmarkt). Sie scheine grossen Wert auf die Qualität zu legen. Sie habe verschiedene Gründe für die Leistungsminderung angegeben, so starke Rückenschmerzen und eine grundsätzlich nicht stabile Psyche. Teilweise habe sie in ihrem Arbeitstempo eingeschränkt gewirkt, da sie sehr viel Wert daraufgelegt habe, etwas richtig zu erledigen.

4.3.6 Im Arztbericht von Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und interventionelle Schmerztherapie, [...], vom 22. Februar 2018 (IV-Nr. 143), werden folgende Diagnosen gestellt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Die Arbeitsunfähigkeit habe vom 2. März 2016 bis 2. Juni 2017 zwischen 100 % und 50 % geschwankt. Schwere Lasten könne die Beschwerdeführerin nicht mehr heben oder tragen. Zumutbar sei eine wechselbelastende Tätigkeit mit periodischem Wechsel von Stehen, Gehen und Sitzen. Zunächst sei ein Einstieg mit 25 % zu erwägen. Insgesamt sei die Beschwerdeführerin nicht gut belastbar.

4.3.7 Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie und Notfallmedizin, [...], berichtete am 28. Februar 2018 (IV-Nr. 144), bei der Beschwerdeführerin bestehe nicht nur ein komplexes, sondern auch ein multimorbides Krankheitsgeschehen. Folgende Diagnosen seien zu stellen:

Zusammenfassend lasse sich sagen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund der derzeitigen gesundheitlichen Situation nicht imstande sei, einer Arbeit nachzugehen. Neuerdings sei sie auch auf einen Rollator angewiesen.

4.3.8 Vom 20. Juni bis 14. August 2018 befand sich die Beschwerdeführerin in der Klinik Q.\_\_\_\_ in einem stationären Aufenthalt. Folgende Diagnosen werden im Austrittsbericht vom 3. September 2018 (IV-Nr. 160) festgehalten:

Bei Eintritt sei die Konzentration für ein 30-minütiges Gespräch hinreichend gewesen, die Aufmerksamkeit unauffällig. Im Alltag sei die Beschwerdeführerin schwer beeinträchtigt. Das formale Denken sei kohärent gewesen, leicht umständlich, mit starkem Grübeln. Sie habe Ängste (Existenzängste, Angst vor Schlaf, Spritzen und Schmerzen) und Zwänge (starke Ordnung, übermässiges Überprüfen). Ein affektiver Rapport sei herstellbar. Die Beschwerdeführerin sei affektarm, die Stimmung bedrückt, ohne Freude und Interessen, mit starker Tagesmüdigkeit, rascher Erschöpfbarkeit, innerer Unruhe, tiefem Selbstwertgefühl, starken Schuldgefühlen, verminderter Entscheidungsfähigkeit, Schwingungsfähigkeit, pessimistischen Zukunftsperspektiven, Hoffnungslosigkeit. Der Antrieb sei vermindert, und die Beschwerdeführerin sei motorisch unruhig. Es bestünden Einschlaf- und Durchschlafstörungen, Alpträume und Schlafwandeln. Sozial zurückgezogen habe sie sich nicht. Sie berichte von Lebensmüdigkeit und Todessehnsucht, vor allem abends. Sie nehme dann jeweils höhere Dosen ihrer Medikamente zusammen mit Alkohol ein. Sie habe auch konkrete Suizidgedanken, würde aber diese aufgrund der Angst, es könne dabei etwas schiefgehen, nicht umsetzen. Sie sei diesbezüglich klar absprachefähig. Der BDI betrage bei Eintritt 55 und bei Austritt 32, was auf eine schwere Depression hinweise. Diagnostisch habe sich bei Eintritt nach ICD-10 eine mittelgradige depressive Symptomatik gezeigt. Die Selbsteinschätzung im BDI-11 (55 Pkt.) sei dabei durch die Komorbidität mit der kombinierten Persönlichkeitsstörung möglicherweise beeinflusst. Bis zum Austritt sei es in der Fremd- wie in der Selbstwahrnehmung (BDI-II 32 Pkt.) zu einer Regredienz der Symptomatik gekommen. Von somatische Seite her seien verschiedene Aspekte zu bearbeiten gewesen. Chronische Rückenschmerzen hätten im Vordergrund gestanden. Die Schmerzmedikation sei umgestellt worden. Die Beschwerdeführerin habe vermutet, dass sie zuhause mehr Schmerzen haben werde. Sie habe daher prophylaktisch ein zusätzliches Palladon-Rezept gewünscht, das aber nicht ausgestellt worden sei. Aufgrund der Tagesmüdigkeit sei eine 24h-Analyse der Herzratenvariabilität (HRV) vorgenommen worden. Dabei hätten sich keine typischen Muster für behandlungsbedürftige, schlafbezogene Atemstörungen und keine relevanten Arrhythmien gefunden, jedoch eine deutlich reduzierte vegetative Regulation. Die Ziele hätten grösstenteils erreicht werden

können, bedürften aber noch weiterer Bearbeitung im ambulanten Setting. Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % bis 28. August 2018 sei ausgestellt worden. Die Beschwerdeführerin könne sich nicht vorstellen, wieder in den Arbeitsalltag einzusteigen.

4.3.9 Die Beschwerdegegnerin hat bei der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ ein bidisziplinäres Gutachten eingeholt, das am 23. Oktober 2018 von Dr. med. R.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie, und Dr. med. S.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, erstellt wurde (IV-Nr. 163.1 ■ 163.6).

4.3.9.1 Im orthopädischen Teilgutachten wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausgeführt, sie gebe an, nicht laufen und sich nur bedingt am Rollator bewegen zu können. Lediglich kurze Strecken daheim überwinde sie ohne diese Hilfe. Das Stehen am Ort gelinge für längstens zwei Minuten, und das Sitzen nur mit Kissen, da sonst alles schmerze. Sie werde zwar seit einigen Jahren infiltriert, doch bessere sich ihr Zustand darunter nicht. Die Beschwerden entsprächen tieflumbal bandförmig beidseits gedeuteten Rückenschmerzen samt Ausstrahlung bis etwa eine Handbreit unterhalb der Schulterblattspitzen sowie etwas unterhalb der Gesässbacken. Alles sei verspannt, während beim nächtlichen Liegen die Wirbelsäule schmerze. Bei Sehnenscheidenentzündung habe man das linke adominante Handgelenk zirka 2016 operiert. Wenn sie Gegenstände hebe, kehrten die Schmerzen zurück. Nach dreimaligem abdominalem Eingriff einschliesslich 2015 durchgeführter Entfernung der Gebärmutter bestünden am ganzen Bauch Narbenschmerzen. Das linke Knie schmerze im Bereich der kaudalen Patella gedeutet, als ob es hängen bleibe, doch löse sich dies jeweils. Sie habe es nicht abklären lassen, da sich die Situation jeweils von selbst beruhige. Auf der rechten Seite trete häufiges Knacken auf. Nach Sturz beim Laufen am Rollator habe man vor einigen Monaten eine Untersuchung durchgeführt. Im Verlauf sei ein Lymphödem des Unterschenkels aufgetreten, weshalb man sie vier Tage lang stationär behandelt habe. Bei Stress entwickle sie Kopfschmerzen. Der linke Ellbogen schmerze dorsal beim Abstützen nach vor 15 Jahren erlittener Kontusion. Sie verliere beim Halten von Gegenständen die Kraft, und die Finger beider Seiten zögen sich bei Kälte zusammen. Sie könne sich nicht bücken, sodass nur das Leeren des obersten Faches des Geschirrspülers gelinge. Auch das Staubsaugen sei nur kurzfristig möglich. Überhaupt erledige ihr Ehemann den gesamten Haushalt. Etwa acht am Rücken, zuletzt vor 14 Tagen erhaltene Infiltrationen verminderten sich die Schmerzen in der Ruhephase sowie bei geringer Belastung ein wenig. Ein- bis zweimal wöchentlich betreibe sie Physiotherapie. Etwa zweimal wöchentlich nehme sie ein Heimprogramm vor, doch wolle sie dies täglich tun. Sie laufe viel in der Wohnung, gehe in den Garten und versorge dort die Tiere.

Der orthopädische Gutachter erhebt folgende Befunde: Das Entkleiden im Stehen gelinge flüssig und zügig ohne relevante Einschränkung. Es zeigten sich ein nicht redressierbarer Schulterhochstand links und praktisch Geradstand des Beckens. Der Einbeinstand beidseits sei ohne Trendelenburg-Zeichen. Der ebene Barfuss- und Zehengang beidseits gelinge über mehrere Meter ohne Absinken, der Fersengang beidseits sei knapp möglich. An der Wirbelsäule bestünden ein massiver Hohlrücken mit vermehrter Beckenkipfung und hochthorakal eine vermehrte Kyphose. Es zeige sich eine leichtgradige Schiefhaltung des Oberkörpers nach rechts mit aspektmässig etwas auf diese Seite fallendem Lot und Lendenwulst rechts. Beim Aufrichten gebe die Beschwerdeführerin Schmerzen in der lumbalen Mittellinie an, ebenso bei der Reklination von 20° ein beginnendes Ziehen auf Höhe des thorakolumbalen Übergangs, doch träten die Beschwerden meist erst im Nachhinein auf. Es bestehe eine Druckdolenz auf Höhe des thorakolumbalen Übergangs

paravertebral rechts, links am Rippenbogen und der Flanke, an den dorsolateralen Beckenkämmen und gluteal rechts. Bei der Palpation der HWS beidseits gebe es keine Schmerzangabe, auch nicht im Bereich einer massiven Verspannung der Pars descendens des linken Trapezius. Vielmehr liege hier nur ein «normaler Druckschmerz» vor. An der Hüfte zeige sich eine leichtgradige, langstreckige Druckdolenz am linken lateralen Oberschenkel. Bei der Abduktion werde ein Ziehen an den Adduktoren beider Seiten angegeben. Der Impingement-Test rechts sei negativ und links mit Angabe eines Ziehens am anterolateralen Oberschenkel. An den Knie bestünden beidseits weder eine Überwärmung noch eine Ergussbildung oder lokale Schmerzangabe bei der funktionellen Prüfung. Beidseits zeige sich ein freies Patellaspiel ohne femoropatelläre Krepitation. Es bestehe indessen beidseits eine diffuse mediale Druckdolenz einschliesslich des Gelenkspalts sowie lateral im mittleren Abschnitt des Gelenkspalts, bei jedoch beidseits dezidiert negativen Meniskusprovokationstests. An den Füßen zeigten sich Spreizfüsse. Von den Fusspulsen sei nur die A. tibialis posterior symmetrisch mässig kräftig palpabel. Es bestehe eine beidseitige Druckdolenz prä-malleolar medial und lateral. Die Schultern seien in sitzender Position praktisch gleichstehend. Eine exquisite Druckdolenz zeige sich an der linken Klavikula. Bei der funktionellen Untersuchung würden Schmerzen verneint. Doch würden bei der wohl nun gleich erfolgenden Prüfung des Handgelenks Beschwerden auftreten. Die Hand- und Fingergelenke seien beidseits frei beweglich. Die angegebene Verminderung der Ulnarabduktion des linken Handgelenks könne nicht klar nachvollzogen werden.

Neurologischer Status: Es werde rechtsseitig eine diffus verminderte Oberflächensensibilität an Ober- und vor allem Unterschenkel sowie Fuss bei im Übrigen allseits regelrechter Sensomotorik der Extremitäten angegeben. Der BSR beidseits sei mässig lebhaft, TSR beidseits unter Verspannung nicht sowie PSR und ASR symmetrisch lebhaft auslösbar. Der Lasègue betrage 600 beidseits mit jeweiliger Angabe eines Ziehens vom dorsalen linken Beckenkamm kranialwärts und eines zusätzlichen glutealen Ziehens bei Untersuchung der rechten Seite. In sitzender Position bei hängenden Beinen geprüft, könnten die Kniegelenke dagegen ohne verbale oder mimische Schmerzäusserung sowie Gegenspannung wiederholt und forciert vollständig gestreckt und die Hüften dezidiert ohne jeglichen Leidensdruck in die Endposition rotiert werden. Im Langsitz würden die Fingerspitzen bei endgradig diskret flektierten Kniegelenken bis drei Querfinger an die Malleolen herangeführt, und auf die Frage nach auftretenden Beschwerden das Gefühl angegeben, kleiner geworden zu sein.

Das Röntgenbild BWS und LWS ap/lateral vom 15. März 2011 (schriftlich vorliegender Befund) zeige eine ausgeprägte rechtskonvexe Torsionsskoliose im thorakolumbalen Übergang von zirka 40° mit Scheitelpunkt BWK12 und Stummelrippen sowie eine linkskonvexe Gegendrehung der oberen BWS von zirka 23°, weiter eine Hyperkyphose der BWS. Es bestehe eine lumbosakrale Übergangsanomalie mit vermutetem Assimilationsgelenk LWK5/SWK1 links, alles ohne Nachweis degenerativer Veränderungen. Im CT Handgelenk / Hand links vom 16. Dezember 2016 (schriftlich vorliegender Befund) zeige sich ein Verdacht auf Instabilität in der zentralen karpalen Säule bei DISI-Konfiguration. Die Rotation des Lunatum nach dorsal betrage etwa 28° und liege somit über der Norm. Das Os capitatum stehe hierdurch in seiner Längsachse im Vergleich zur Längsachse des Radius ebenfalls dorsalisiert. Es bestehe ein grösseres Ganglion, DD Geröllzyste im Os lunatum. Nach einem Arthro-MRI Handgelenk links vom 30. Januar

2017 (schriftlich vorliegender Befund) habe sich das Vorliegen einer zystischen Läsion (DD Ganglionzyste) im Os lunatum radialseitig bestätigt. Es zeige sich eine Partialläsion des jedoch in der Kontinuität erhaltenen Ligamentum scapholunare. Das MRI der LWS vom 26. Juni 2017 (schriftlich vorliegender Befund) zeige eine S-förmige Skoliose lumbal mit rechtskonvexem Anteil mit einem Cobb-Winkel  $28^\circ$  zwischen der Deckplatte von BWK11 und der Bodenplatte LWK2 sowie einem linkskonvexen Anteil mit einem Cobb-Winkel von  $16^\circ$  zwischen der Deckplatte LWK2 und der Bodenplatte LWK4. Es bestünden keine Diskusprotrusion oder Hernie und keine lumbale Neurokompression. Multisegmental zeigten sich leichte Spondylarthrosen. Das MRI des rechten Knies vom 5. Februar 2018 (schriftlich vorliegender Befund) zeige einen mässigen, suprapatellaren Kniegelenkserguss ohne Nachweis eines Kniebinnenschadens. Nebenbefundlich bestünden oberflächliche popliteal gelegene Varizen. Ein Röntgen der BWS stehend ap / lateral und LWS stehend ap / lateral vom 21. August 2018 zeige eine erhebliche rechtskonvexe Torsionsskoliose thorakolumbal mit Scheitel auf Höhe des thorakolumbalen Übergangs. Soweit infolge Adipositas beurteilbar, sei das dorsale Alignment erhalten. Es bestehe keine höhergradige Degeneration. Die Iliosakral- und Hüftgelenke seien regelrecht, mit leichtgradigem Beckenhochstand links. Im distalen Abschnitt des Sakrum bestehe im lateralen Strahlengang eine Knickbildung ohne Hinweis für frische ossäre Läsion. Das Steissbein sei etwas ventralwärts gerichtet.

4.3.9.2 Im psychiatrischen Teilgutachten wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin berichte spontan, es gehe ihr nicht gut, und zwar sowohl physisch als auch psychisch. Sie leide schon seit Kindheit wegen einer Skoliose unter Rückenproblemen und habe auch derzeit starke Rückenschmerzen. Vor ihrem Klinikeintritt sei es zu vermehrten Depressionen gekommen. Vereinzelt seien auch Suizidgedanken aufgetreten. Sie sei ausgesprochen dünnhäutig und reizbar gewesen, und nicht belastbar. Ausserdem habe sich beim Ehemann noch ein Unfall zugetragen. Ihre psychischen Beschwerden könne die Beschwerdeführerin wenig formulieren. Sie wirke kindlich und klagsam. Sie stehe seit Frühjahr 2017 in psychiatrischer Behandlung. Aktuell habe sie Termine einmal pro Woche. Ausserdem werde sie zwei- bis dreimal pro Woche durch eine psychiatrische Spitex besucht. Bei der Beschwerdeführerin sei seit Kindheit eine kognitive Einschränkung im Rahmen einer Entwicklungsverzögerung bekannt. Der Schlaf sei mit Hilfe von Medikamenten gut möglich.

Über ihre Kindheit und Jugend habe die Beschwerdeführerin berichtet, ihre Eltern hätten beide psychische Probleme gehabt und würden IV-Renten beziehen. Ihre Mutter sei sehr besitzergreifend gewesen und habe sie wie ein Dienstmädchen behandelt und herumkommandiert. Sie habe als Kind bereits unter Migräne gelitten. Nach der Kleinklasse sei sie während vier Jahren im Internat untergebracht gewesen. Dort sei es durch einen Sozialpädagogen zu einem sexuellen Missbrauch gekommen. Anschliessend habe sie eine zweijährige Anlehre als Hauswirtschaftsangestellte absolviert. Aufgrund einer SUVA-Verfügung mit Nichteignung für sämtliche Nassarbeiten sei eine Tätigkeit im Haushaltsbereich wegen einer Neurodermitis nicht mehr möglich gewesen. So habe sie mit Hilfe der IV eine Umschulung zur Logistikerin gemacht. Bei allen ihren Tätigkeiten sei sie sehr verlangsamt gewesen. Die Beschwerdeführerin sei seit 2015 verheiratet. Die Beziehung zum wesentlich älteren Ehemann werde als Vater-Tochter-Verhältnis ohne Vita sexualis beschrieben. Die Ehe verlaufe jedoch harmonisch. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie jeweils um 07.30 Uhr aufstehe, einen Kaffee trinke und dann die Vögel füttere.

Daraufhin sei sie bereits wieder müde und müsse eine Pause einlegen. Sie pflege zwölf Vögel in drei Volieren, zusätzlich zwei Eidechsen und sechs Katzen. Anschliessend bereite sie sich ein Mittagmahl zu. Der Einkauf erfolge jeweils gemeinsam mit dem Ehemann. Sie erhalte Besuch von der Spitex. Am Nachmittag sei es wichtig, die Katzen zu streicheln. Manchmal stricke sie oder höre Radio. Sie führe leichte Haushaltsarbeiten durch, und das Ausräumen der Geschirrspülmaschine. Ansonsten werde der Haushalt durch den Ehemann besorgt. Es finde ein Nachtessen statt, danach schaue sie fern. An den Wochenendtagen finde ein gemeinsamer grösserer Einkauf statt. Dann gehe es darum, die Vogelkäfige zu putzen. Ab und zu erhalte sie auch Besuch. Gelegentlich unternehme sie mit dem Ehemann Motorradausflüge, da sie jetzt einen Spezialsattel als Sozia zur Verfügung habe. Als Hobby nenne sie Haustiere und Stricken. Das Benützen eines Fahrrads sei nicht möglich, und sie betreibe auch wegen der Neurodermitis keinen Wassersport mehr. Das Steuern eines Personenwagens habe sie wegen der vielen Medikamente eingestellt. Soziale Kontakte würden zu etwa vier Freunden angegeben sowie zum Vater und zur Stiefmutter. Hingegen habe sie den Kontakt zur Mutter vor drei Jahren abgebrochen, ebenso denjenigen zum Bruder. 2016 und 2017 habe sie Ferienreisen nach Österreich unternommen. Der Ehemann besitze einen Wohnwagen.

Der psychiatrische Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Beschwerdeführerin präsentiere sich insgesamt demonstrativ leidend, klagsam-hilflos und kindlich. Der Gedankengang entfalte sich formal geordnet und inhaltlich unauffällig. Die kognitiven Funktionen wie Wahrnehmung, Auffassung und Gedächtnis imponierten in der grob-klinischen Prüfung nicht beeinträchtigt. Hingegen lasse sich im Gespräch auf eine eher unterdurchschnittliche Intelligenz schliessen. Konzentration und Aufmerksamkeit seien vorhanden. Die höheren Ich-Funktionen wie Realitätsprüfung, Beziehungsfähigkeit, Urteilsfähigkeit, Impulskontrolle und Willensbildung seien soweit intakt. Psychomotorisch präsentiere sich die Explorandin weder agitiert noch gehemmt. Im Affekt zeige sie eine bedrückte Stimmungslage mit Weinerlichkeit. Hinweise für schwer depressive Merkmale mit vitaler Traurigkeit, Antriebsstörung, zirkadianem Rhythmus oder Suizidgedanken lägen zurzeit nicht vor. Die Explorandin sei zu einem lebhaften, leicht verlangsamten affektiven Rapport in der Lage. Das Gesamtverhalten trage deutlich kindliche Züge mit geringem Selbstvertrauen. Das Gespräch gestalte sich soweit flüssig. Es fänden keine Stimmungseinbrüche oder affektive Blockierungen statt. Die Fähigkeit zur Modulation der Affekte sei erhalten. Aus der Befundlage schliesst der Gutachter auf eine kombinierte Persönlichkeitsstörung; diese zeige eine ausgesprochen kindlich-hilflose Verhaltensweise und Verbalisation mit geringem Selbstvertrauen. Die Hilflosigkeit werde eher deutlich und unübersehbar in den Vordergrund gestellt. Ausserdem bestehe eine Abhängigkeit vom älteren Ehemann sowie weiteren erwachsenen Personen. Bei belastenden Umständen dekompenriere die Beschwerdeführerin rasch depressiv. Sie neige dazu ihre Überforderung durch verschiedene Somatisierungen wie Schmerzen in den Gelenken, Migräne und Darmblähungen auszudrücken.

4.3.9.3 In der Konsensbeurteilung kommen die Gutachten zu folgenden Diagnosen:

mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Aus psychiatrischer Sicht wird für die bisherige Tätigkeit als Logistikerin eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit mit einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 60 %

gesehen. Für angepasste Tätigkeiten, die hinsichtlich Effizienz und Schnelligkeit der Tätigkeit nicht so anspruchsvoll seien, bestehe aus psychiatrischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 %. Aus orthopädischer Sicht sollten hingegen nur noch körperlich sehr leichte Tätigkeiten ohne Einnahme von Zwangshaltungen zugemutet werden. Für körperlich mittelschwere und schwere Tätigkeiten bestehe ebenso wie für überwiegend stehende und gehende Tätigkeiten, einschliesslich jener als Logistikerin, eine bleibende und vollständige Arbeitsunfähigkeit. Für angepasste leichte, immer wieder auch sitzende Tätigkeiten unter Wechselbelastung bestehe aus orthopädischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum mit um 30 % reduzierter Leistung bei vermehrtem Pausenbedarf. Das wiederholte Heben von Lasten über 5 kg sollte ebenso wie die Einnahme von Zwangshaltungen vermieden werden. Somit bestehe insgesamt für die bisherige Tätigkeit eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Eine angepasste Tätigkeit sei während sechs bis acht Stunden pro Tag möglich. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 %. Die Leistungseinbussen der beiden Fachrichtungen ergänzten sich, addierten sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden könnten.

5. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann in allgemeiner Hinsicht zunächst gesagt werden, dass das Gutachten in Kenntnis und unter Berücksichtigung der vorhandenen Aktenlage, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung ihrer subjektiven Angaben und von ausgewiesenen Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten erstellt wurde. Insofern sind die Voraussetzungen an eine beweiskräftige Expertise erfüllt.

5.1 Inhaltlich wird in der orthopädischen Beurteilung nachvollziehbar dargelegt, dass sich bei der Untersuchung der Wirbelsäule eine praktisch freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte zeige, desgleichen an allen Extremitäten. Bei Vorliegen einer thorakolumbalen Skoliose bestünden deutliche Druckdolenz, wogegen diese bei linksseitigem Schulterhochstand und massiver Verspannung fehlten. Bei der Prüfung der Wirbelsäule habe die Beschwerdeführerin lediglich leichtgradige Schmerzen im thorakolumbalen Abschnitt angegeben. Auf neurologischer Ebene erkennt der Gutachter keine klaren Hinweise für das Vorliegen einer Pathologie im Bereich des peripheren Nervensystems. Folglich wird eine spinale Kompressionsproblematik oder die Läsion eines grösseren peripheren Nervens klinisch weitgehend ausgeschlossen. Er würdigt sodann die vorhandenen bildgebenden Untersuchungen und schliesst auf eine ausgeprägte rechtskonvexe thorakolumbale Skoliose samt thorakaler Hyperkyphose, dies bei fehlenden Zeichen für eine Neurokompression oder höhergradige Degeneration. An Kreuz- und Steissbein sei indessen eine Fehlstellung festzustellen. Das rechte Kniegelenk sowie die Hüft- und Iliosakralgelenke stellten sich auf den Bildern regelrecht dar. Gestützt darauf kommt der Gutachter zum einleuchtenden Schluss, dass sich die bezüglich Rücken- und Beckenregion beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde klar nachvollziehen lassen. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen kann der Experte grundsätzlich nachvollziehen. Allerdings erstaune das angegebene Ausmass der Beschwerden angesichts der klinischen Befunde in der Untersuchung etwas. Die Einschätzungen des behandelnden Dr. med. O.\_\_\_\_ vom 24. August 2017 und 22. Februar 2018 teilt der Gutachter; dieser nenne seitens des Bewegungsapparates keine Faktoren, die eine höhergradige Einschränkung für angepasste Verrichtungen begründeten. Insgesamt

schlussfolgert er aufgrund der Aktenlage und des eigenen klinischen Befunds plausibel, dass auf Ebene des Bewegungsapparates nur noch körperlich sehr leichte Verrichtungen ohne Einnahme von Zwangshaltungen ausgeführt werden sollten. Hinsichtlich der Möglichkeit solcher verweist er darauf, dass die Beschwerdeführerin berichte, auch wieder auf dem Motorrad mitzufahren und wieder mit Schwimmen und Aquafit beginnen zu wollen. Der Gesundheitszustand habe sich auf orthopädischer Ebene seit 1. November 2011 nicht wesentlich verändert. In Zusammenhang mit dieser Aussage ist darauf hinzuweisen, dass der Gutachter davon ausgeht, dass die umgeschulte Tätigkeit als Logistikerin schon zu diesem Zeitpunkt nicht mehr zumutbar gewesen wäre.

5.2 Der psychiatrische Gutachter kommt in seiner Beurteilung zum einleuchtenden Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin seit Kindheit eine Entwicklungsstörung mit leichten kognitiven Einschränkungen vorliege. Sie habe Sonderschulmassnahmen beansprucht und sei zeitweise in einem Heim untergebracht gewesen. Die Herkunftsfamilie erscheine durch mehrere psychische Krankheiten gekennzeichnet (beide Elternteile und der Bruder IV-Rentenbezüger). Bei ihrer letzten Tätigkeit sei sie durch ihre Verlangsamung und durch mehrfache Krankheitsabsenzen aufgefallen, was schlussendlich zur Kündigung geführt habe. Auch ein Arbeitstraining in der Stiftung E. \_\_\_ sei wegen Überforderung und zunehmenden Rückenbeschwerden abgebrochen worden. Der Experte kommt zum Schluss, dass aus psychiatrischer Sicht keine schwerwiegende depressive Entwicklung bestehe, schwerpunktmässig aber die bestehende kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionisch-infantilen und abhängigen Anteilen die psychische Verfassung stärker beeinflusse. Aus psychiatrischer Sicht sei der aktuelle Zustand durch eine Dekompensation gekennzeichnet, der zu einer neunwöchigen stationären Behandlung geführt habe. Auch diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die erhobenen Befunde als nachvollziehbar. Hinsichtlich des bisherigen Verlaufs von Behandlungen wird erläutert, dass die Rückenprobleme die psychische Situation beeinflussten und sich die Beschwerdeführerin durch die erfolgte stationäre Therapie bereits etwas habe erholen können. Sie werde durch ein Netz von professionellen Helfern unterstützt, hinterlasse indessen den Eindruck, dass sie sich innerlich von einer beruflichen Tätigkeit zurückziehen möchte. Was die Konsistenz und Plausibilität anbelange, so würden die Beschwerden und Probleme eher aus der Hilflosenposition eines Kindes überzeichnet dargestellt; dies lässt sich mit der diagnostizierten Persönlichkeitsstörung plausibel erklären. Anamnestisch berichte die Beschwerdeführerin nur von geringen Alltagsaktivitäten, leichten Haushaltsarbeiten, dem Füttern der Haustiere und gelegentlichem Stricken. Der Gutachter verweist demgegenüber auch auf Aktivitäten wie Ferienreisen und Motorradausflüge als Sozia. Die Ressourcen würden als gering dargestellt, während die Limitierung hoch sei. Sodann wird Bezug auf frühere Untersuchungen genommen, insbesondere den neuesten Kurzaustrittsbericht der R. \_\_\_ vom 15. August 2018 bezüglich des stationären Aufenthalts. Es habe sich um die erste stationäre Behandlung gehandelt, wo eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode, eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen und anankastischen Anteilen, und eine leichte Intelligenzminderung diagnostiziert worden seien. Hierzu wird in Einklang mit den in der Untersuchung erhobenen Befunden erklärt, dass die rezidivierende Störung zu bestätigen, diese aber zurzeit lediglich leicht ausgeprägt sei. Eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit infantil-histrionischen und abhängigen Anteilen wird ebenfalls bestätigt. Weiter schliesst der psychiatrische Gutachter klinisch auf eine leicht unterdurchschnittliche Intelligenz. Ob bereits eine leichte Intelligenzminderung gemäss ICD-10 vorliege, müsste durch eine

IQ-Testung geklärt werden. Jedoch wird die Intelligenzfrage für die aktuelle Dekompensation als nicht entscheidend erachtet; diesbezüglich wird darauf hingewiesen, dass die bisherigen Tätigkeiten im Hauswirtschaftsbereich oder als Logistikerin auch nicht an der Intelligenz gescheitert seien. In Bezug auf die Berichterstattung der behandelnden Psychiaterin, die eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit histrionischen, anankastischen und abhängigen Anteilen, eine Angststörung, Panikattacken und ein Intelligenzniveau im unteren Normbereich diagnostiziert, wird ausgeführt, dass anhand der erhobenen Befunde die Persönlichkeitsstörung bestätigt werden könne, nicht aber eine Angststörung oder relevante Panikattacken; solches sei weder im Status noch in der Anamnese zu erkennen gewesen. Was Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen betrifft, so ziehe sich die Beschwerdeführerin im Moment augenfällig von allen Belastungen und Herausforderungen zurück. Eigene Restressourcen würden minimiert, hingegen verbal und averbal eine starke Hilflosigkeit gezeichnet. Insgesamt sieht der Gutachter aufgrund der bestehenden Diagnosen und daraus resultierenden Einschränkungen einleuchtend eine deutliche Einschränkung der Leistungsfähigkeit durch die bei der Beschwerdeführerin bestehende Verlangsamung, weshalb die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit aus rein psychiatrischer Sicht 60 % betrage. Auch für eine angepasste Tätigkeit bestehe aufgrund der allgemeinen Verlangsamung eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 bis 30 %. Die Arbeitsfähigkeit könne voraussichtlich durch medizinische Massnahmen leicht verbessert werden, und zwar in dem Sinne, dass die leichte depressive Störung aufgehellt werden könne. Hinsichtlich der Persönlichkeitsstörung seien aber keine Verbesserungen zu erwarten. Im Vergleich zur Situation im November 2011 sei von einer zusätzlich zu diagnostizierenden kombinierten Persönlichkeitsstörung auszugehen, die sich aus der früheren Entwicklungsverzögerung in der Kindheit unter dem Einfluss ungünstiger Umgebungsfaktoren herausgebildet habe. Die Veränderung bestehe in Form einer infantil-histrionischen Welt- und Lebensperzeption und einer Abhängigkeitstendenz zu erwachsenen Personen. Gleichzeitig seien die Ressourcen aufgrund der leicht eingeschränkten Intelligenz als gering zu bezeichnen. Dadurch ergebe sich ein direkter Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in Form einer allgemeinen Verlangsamung bei der Bewältigung von Aufgaben, wobei die Beschwerdeführerin ihre Defizite durch eine gewissenhafte Arbeitsweise zu kompensieren versuche. In einer angepassten Tätigkeit wäre daher darauf zu achten, dass ihr genügend Zeit für die Bewältigung der Aufgaben zur Verfügung stehe. Es bestünden Überschneidungen und Wechselwirkungen mit den somatischen Erkrankungen, insbesondere der Rückenproblematik.

5.3 Die behandelnde Psychotherapeutin, D.\_\_\_\_, hat am 30. April 2019 zum Gutachten Stellung genommen (IV-Nr. 187 S. 5 f.) und führt aus, die gestellten psychiatrischen Diagnosen seien im Grossen und Ganzen nachvollziehbar. Den konkreten Auswirkungen des Krankheitsbilds auf die Arbeitsfähigkeit werde jedoch nicht Rechnung getragen. Die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit lasse sich ihrer Einschätzung nach höchstens für den Rahmen eines geschützten Umfelds nachvollziehen und sicher nicht in Bezug auf den ersten Arbeitsmarkt. Die Beschwerdeführerin verfüge nebst anderen Einschränkungen vor allem über eine stark verminderte Frustrationstoleranz. Es mangle ihr in alltäglichen zwischenmenschlichen Situationen an grundlegenden sozialen Kompetenzen. Zahlreiche Konflikte mit Kollegen und Vorgesetzten seien die Folge gewesen. Sie benötige mit ihren psychischen Defiziten zweifellos einen geschützten Arbeitsplatz. Der bereits öfter erwähnte Verdacht auf eine Intelligenzminderung sei inzwischen abgeklärt worden.

Die von Dr. med. D.\_\_\_\_ erwähnte testpsychologische Abklärung fand am 9. April 2019 im Spital U.\_\_\_\_ statt. Dem diesbezüglichen Bericht von lic. phil. V.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie, und M. Sc. W.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie (IV-Nr. 187, S. 7 ff.), lässt sich entnehmen, dass bei der Beschwerdeführerin aufgrund des Ergebnisses des Rey 15-Item Memory Tests kein Verdacht auf Aggravation oder Simulation bestehe. Die Intelligenztestung habe einen Gesamt-Intelligenzquotienten von 82 ergeben, was einem unterdurchschnittlichen Intelligenzquotienten, jedoch keiner Intelligenzminderung entspreche. Die intellektuelle Leistungsfähigkeit sei als unterdurchschnittlich zu bezeichnen. Der Index «Wahrnehmungsgebundenes Logisches Denken» sei im Vergleich zu den Indexen «Sprachverständnis» und «Arbeitsgedächtnis» signifikant tiefer ausgeprägt. Aufgrund der aktuellen Medikation könnte die Leistung leicht beeinträchtigt sein. Es sei daher nicht auszuschliessen, dass die gemessene Leistung leicht unter der effektiven Leistungsfähigkeit liege.

Die behandelnde Psychotherapeutin bringt in ihrer Stellungnahme keine neuen Gegebenheiten hervor, die im Rahmen der psychiatrischen Begutachtung nicht berücksichtigt worden wären. Sie macht auch keine Ausführungen zur vom psychiatrischen Gutachter attestierten Arbeitsfähigkeit. Sie macht geltend, dass die Beschwerdeführerin aus ihrer Sicht aufgrund ihrer psychischen Einschränkungen nur noch an einem geschützten Arbeitsplatz arbeiten könne und begründet dies insbesondere mit den sozialen Kompetenzen der Beschwerdeführerin, die durch ihr Verhalten bei Mitarbeitern und Vorgesetzten aneckt. Die erwähnten Einschränkungen sind Ausfluss der bestehenden Persönlichkeitsstörung, die von der Behandlerin wie auch vom Gutachter übereinstimmend diagnostiziert wird; diese ist im Rahmen der gutachterlichen Schlussfolgerungen berücksichtigt worden. Zudem ist die Frage, ob der erste Arbeitsmarkt eine Tätigkeit kennt, die auf das der Beschwerdeführerin zumutbare Tätigkeitsprofil zugeschnitten sind, ohnehin nicht durch den Gutachter zu beantworten. Auch die Erkenntnisse aus der testpsychologischen Abklärung vermögen keine Zweifel an der gutachterlichen Beurteilung aufkommen lassen, zumal sich der Verdacht auf eine Intelligenzminderung nicht bestätigt hat. Ein solcher Verdacht wird im Gutachten indessen geäussert und auch gewürdigt, wenn ausgeführt wird, dass die Intelligenzfrage für die aktuelle Dekompensation als nicht entscheidend erachtet werde. Darüber hinaus wird zu Recht darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin trotz der bestehenden unterdurchschnittlichen Intelligenz in der Lage war, zwei Ausbildungen erfolgreich abzuschliessen und in der Folge in den entsprechenden Berufen zu arbeiten. Die Intelligenz hat hier in der Vergangenheit keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gehabt.

5.4 Die Beschwerdeführerin lässt verschiedene Einwendungen gegen das Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ vorbringen. So widerspreche das Gutachten in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit den Einschätzungen der behandelnden Ärzte und den Erkenntnissen aus dem Eingliederungsversuch. Es äussere sich widersprüchlich hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit, und es berücksichtige die bestehende Verlangsamung und die kognitiven Einschränkungen nicht. Diese Einwendungen erweisen sich mit Blick auf die vorstehenden Erwägungen zur Beweiskraft des Gutachtens (E. 5.1 und 5.2) als nicht stichhaltig. Die Einschätzungen der behandelnden Ärzte werden diskutiert. Hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit geht in orthopädischer Hinsicht auch der behandelnde Dr. med. O.\_\_\_\_ davon aus, dass der Beschwerdeführerin eine wechselbelastende Tätigkeit zuzumuten sei. Die Klinik Q.\_\_\_\_ hat für die Dauer des dort

stattgefundenen stationären Aufenthalts eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit festgelegt und sich für die Zeit danach nicht zur Arbeitsfähigkeit geäußert. Die behandelnde Psychiaterin macht keine prozentuale Angabe zur Arbeitsfähigkeit, sondern hält fest, dass für die Beschwerdeführerin nur ein geschützter Arbeitsplatz in Frage komme; diesbezüglich ist auf die Ausführungen in E. II 5.3 vorstehend zu verweisen. Schliesslich ist auch der erfolgte Eingliederungsversuch im Gutachten erwähnt worden und hat entsprechend Berücksichtigung gefunden. Der Eingliederungsversuch war aufgrund der krankheitsbedingten Ausfälle der Beschwerdeführerin von derart kurzer Dauer, dass sich keine massgeblichen Erkenntnisse daraus gewinnen liessen. Es wird im Bericht festgehalten, dass die Beschwerdeführerin in einem langsamen Tempo gearbeitet habe, was gutachterlich ebenfalls berücksichtigt wird. Auch der Umstand, dass sie in ihrem Arbeitstempo eingeschränkt gewirkt habe, weil sie sehr viel Wert daraufgelegt habe, etwas richtig zu erledigen, wird darin diskutiert. Die unterdurchschnittliche Arbeitsleistung im Eingliederungsversuch war insbesondere darauf zurückzuführen, dass die Beschwerdeführerin sich nicht in der Lage sah, zu arbeiten.

Was die Rüge anbelangt, dass sich das Gutachten widersprüchlich zur Arbeitsfähigkeit äussere (einmal sei von einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 40 % die Rede, einmal von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit), so ist darauf hinzuweisen, dass die Arbeitsfähigkeit von 60 % in der angestammten Tätigkeit die rein psychiatrische Einschätzung darstellt, in orthopädischer Hinsicht aber die Tätigkeit als Logistikerin gar nicht mehr zumutbar ist; von Letzterem wird im Konsens ausgegangen. Inwiefern hier ein Widerspruch gegeben sein sollte, ist nicht ersichtlich. Auch kann nicht gesagt werden, das Gutachten berücksichtige die Verlangsamung der Beschwerdeführerin nicht; gerade mit dieser begründet der psychiatrische Gutachter die attestierte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit um 30 %. Ebenfalls äussern sich die Gutachter darüber, dass sich die Leistungseinbussen der beiden Fachrichtungen ergänzten und nicht addierten. Insofern kann auch dem Einwand, die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit stütze sich ausschliesslich auf die orthopädischen Diagnosen, nicht gefolgt werden.

5.5 Insgesamt zeigt sich, dass auf das beweiskräftige Gutachten der Begutachtungsstelle F. \_\_\_ abgestellt werden kann. Demgemäss hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten materiellen Rentenprüfung durch das Hinzutreten der psychischen Problematiken nachweislich verschlechtert, und es zeigt sich folgendes Tätigkeitsprofil: Für die bisherige Tätigkeit besteht aufgrund der orthopädischen Einschränkungen eine vollständige Arbeitsunfähigkeit. Angesichts der vorbekannten Skoliose wird gutachterlich von einer fehlenden Arbeitsfähigkeit seit mehreren Jahren ausgegangen. Eine optimal angepasste Tätigkeit sollte eine körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Tätigkeit unter Wechselbelastung sein. Das Heben und Tragen von Lasten über 5 kg sollte ebenso wie die Einnahme von Zwangshaltungen vermieden werden. Auch sollte die Tätigkeit hinsichtlich Effizienz und Schnelligkeit nicht zu anspruchsvoll sein. Eine solche Tätigkeit ist in zeitlicher Hinsicht ganztägig möglich, wobei während dieser Anwesenheitszeit eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % besteht. Die Arbeitsfähigkeit beträgt damit 70 %. In psychiatrischer Hinsicht wäre für die angestammte Tätigkeit eine Restarbeitsfähigkeit von 60 % gegeben; diese ist aber aus orthopädischer Sicht gar nicht mehr zumutbar. In einer psychiatrisch gesehen, angepassten Tätigkeit (hinsichtlich Effizienz und Schnelligkeit nicht anspruchsvoll) besteht aufgrund der allgemeinen Verlangsamung eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 ■

30 %. Die Einschränkungen auf den verschiedenen Gebieten addieren sich nicht, da die gleichen Zeitabschnitte für die notwendigen Pausen genutzt werden können.

#### **E. 4**

4.1 Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E).

#### **E. 6**

6.1 Die Beschwerdeführerin lässt beantragen, das Valideneinkommen seit gestützt auf Art. 26 Abs. 1 IVV zu berechnen.

6.2 Konnte der Versicherte wegen seiner Invalidität keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben, so entspricht das Erwerbseinkommen, das er als Nichtinvalidler erzielen könnte, einem nach Alter abgestuften Prozentsatz des jährlich aktualisierten Medianwertes gemäss der Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (Art. 26 Abs. 1 der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Als Erwerb von zureichenden beruflichen Kenntnissen gilt im Allgemeinen die abgeschlossene Berufsausbildung. Dazu gehören auch Anlehren, wenn sie auf einem besonderen, der Invalidität angepassten Bildungsweg ungefähr die gleichen Kenntnisse vermitteln wie eine eigentliche Lehre oder ordentliche Ausbildung und dem Versicherten in Bezug auf den späteren Verdienst praktisch die gleichen Möglichkeiten eröffnen wie Nichtbehinderten mit der gleichen (ordentlichen) Ausbildung (Urteile des Bundesgerichts 9C\_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2 und 9C\_820/2012 vom 1. Mai 2013 E. 3.2.2). Als geburts- und frühinvalid gelten somit nicht nur Versicherte, die infolge ihrer Invalidität überhaupt keine Berufsausbildung absolvieren können, sondern auch diejenigen Personen, die zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls auch abschliessen, zu Beginn der Ausbildung jedoch bereits invalid sind und mit dieser Ausbildung nicht dieselben Verdienstmöglichkeiten realisieren können wie eine nichtbehinderte Person mit derselben Ausbildung (Ziff. 3035 des Kreisschreibens [des Bundesamtes für Sozialversicherungen] über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung [KSIH]; Urteil des Bundesgerichts 9C\_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2).

6.3 Die Beschwerdeführerin wurde wegen Geburtsgebrechen von Geburt an von der Invalidenversicherung unterstützt. Ihre Erstausbildung schloss sie mit Hilfe der Invalidenversicherung ab. Vom 1. August 1998 bis 31. Juli 2000 absolvierte sie eine Anlehre als Haushaltsmitarbeiterin (IV-Nrn. 1, S. 1 und 3, S. 7). Nach dem Abschluss wurde ihr mit Verfügung vom 24. April 2001 (IV-Nr. 12) eine halbe Invalidenrente zugesprochen. Damals wurde das Valideneinkommen gestützt auf Art. 26 Abs. 1 IVV berechnet. Die erlernte Tätigkeit musste sie aufgeben, nachdem die Unfallversicherung Suva am 8. September 2008 eine Nichteignungsverfügung für Nassarbeiten erlassen hatte (IV-Nr. 39). Wiederum mit Hilfe der Invalidenversicherung machte die Beschwerdeführerin anschliessend eine Umschulung zur Logistikerin EBA. Nach einem zuvor durchgeführten Abklärungsaufenthalt im Spital B.\_\_\_\_ (IV-Nr. 62) bot ihr besagtes Spital einen Ausbildungsplatz an (IV-Nr. 70), wo sie die Umschulung absolvierte; diese schloss sie Beschwerdeführerin erfolgreich und mit guten Noten ab und fand gleich im Anschluss eine Arbeitsstelle über ein Temporärbüro (IV-Nr. 97). Gemäss Bericht der Berufsberatung vom 1. September 2011 (IV-Nr. 98) habe die Umschulung im geschützten Rahmen des Spitals

B.\_\_\_\_ stattgefunden. Gemäss Ausbildungsbetrieb habe die Beschwerdeführerin bei einem Vollpensum aufgrund von verlangsamter Arbeitsweise eine Leistung von 80 % erbracht. Sie sei in der Lage, einen branchenüblichen Lohn in der freien Wirtschaft zu erzielen. Geeignet seien nicht allzu grosse Betriebe mit einem überschaubaren Lager. Ein Lager mit max. 15 ■ 20 Mitarbeitenden, die keinen rauen Umgang untereinander pflegten, wäre optimal. Das Arbeitstempo dürfe nicht im Vordergrund stehen. Mit Verfügung vom 1. November 2011 wurde schliesslich (unter Berücksichtigung der verlangsamten Arbeitsweise) ein weiterer Rentenanspruch abgelehnt (IV-Nr. 103). Auch hier wurde bezüglich des Valideneinkommens Art. 26 Abs. 1 IVV zur Anwendung gebracht. Im Rahmen der aktuellen Rentenprüfung geht der Eingliederungsfachmann der Beschwerdegegnerin in seiner Stellungnahme vom 3. September 2019 (IV-Nr. 201) davon aus, dass die Beschwerdeführerin keine typische Invalidenkarriere gemacht habe. Sie habe in den Jahren 2013 bis 2016 im Lagerbereich via Temporärbüro gearbeitet, über mehrere Jahre gute Leistungen erbracht und sei immer wieder eingesetzt worden. Ihre Leistungen seien gemäss Arbeitszeugnissen sehr gut gewesen. Das durchschnittliche Einkommen habe 2013 ■ 2016 über CHF 40'000.00 betragen.

Konkret war die Beschwerdeführerin nach ihrer Umschulung vom 4. Juli 2011 bis 24. August 2012 bei der Firma X.\_\_\_\_ in [...] im Einsatz. Vom 27. August bis 30. November 2012 war sie als Mitarbeiterin Qualitätskontrolle in der Firma Y.\_\_\_\_ tätig. Seit März 2013 arbeitete sie bei der Firma Z.\_\_\_\_ AG. Sämtliche Stellen waren via Einsatzvertrag über ein Temporärbüro organisiert. Es handelte sich nicht um geschützte Arbeitsplätze, sondern Anstellungen in der freien Marktwirtschaft. Die letzte Stelle wurde der Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen per 7. Juli 2017 gekündigt (IV-Nrn. 111 und 121). Sie hatte dort einen Lohn von CHF 26.50 pro Stunde erzielt. Gemäss Auszug aus dem individuellen Konto (IK) verdiente sie in den Jahren nach Abschluss der Umschulung im Jahr 2012 CHF 48'238.00, 2013 CHF 49'692.00, 2014 CHF 56'994.00, 2015 CHF 39'651.00 und 2016 CHF 35'993.00 (IV-Nr. 130). Die tieferen Löhne in den Jahren 2015 und 2016 erklären sich gemäss Abklärungen der Beschwerdegegnerin mit häufigen Krankheitsabsenzen (vgl. Protokolleintrag vom 25. Februar 2020). Zusammengefasst ist aufgrund der vorliegenden Zahlen davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin nach der Umschulung in der Lage war, einen branchenüblichen Lohn zu erzielen. Zwar wurde im Rahmen der medizinischen Abklärungen durch den orthopädischen Gutachter in Frage gestellt, ob die Beschwerdeführerin nach der Umschulung zur Logistikerin wirklich optimal eingegliedert war (angesichts der Skoliose verwundere die erfolgte Ausbildung und Tätigkeit zur Logistikerin, IV-Nr. 163.2, S. 29); dies hat jedoch keinen Einfluss auf die Frage, ob sich die Beschwerdeführerin invaliditätsbedingt keine genügenden beruflichen Kenntnisse aneignen konnte. Es gibt keine Anzeichen dafür, dass sie im Rahmen ihrer Umschulung weniger berufliche Kenntnisse erlangt hätte als eine Person ohne gesundheitliche Beeinträchtigung, welche die gleiche Ausbildung abgeschlossen hat. Hierfür sprechen insbesondere die Tatsachen, dass die Beschwerdeführerin an ihrer letzten Arbeitsstelle während vier Jahren tätig blieb und sich aus den in den Akten befindenden Arbeitszeugnissen (IV-Nr. 122) nicht ergibt, dass sie nicht gleichartig hätte eingesetzt werden können wie ein/e andere/r Mitarbeiter/in mit dem gleichen Abschluss. Damit fällt die Anwendung von Art. 26 IVV ausser Betracht. Die Argumentation der Beschwerdeführerin, dass sie die Arbeitsstellen nie lange innegehabt habe, ist nicht nachvollziehbar, nachdem sie an der letzten Stelle vier Jahre lang arbeitete, obwohl auch diese Anstellung über einen Einsatzvertrag lief. Die Beschwerde ist in diesem Punkt abzuweisen.

## E. 7

7.1 Die Beschwerdegegnerin hat für die Berechnung des Invaliditätsgrades sowohl beim Validen- als auch beim Invalideneinkommen auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Beim Valideneinkommen wäre grundsätzlich auf den zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst anzuknüpfen, da es der Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C\_225/2019 vom 11. September 2019 E. 4.2.1). Die Beschwerdeführerin war zuletzt mittels einem Einsatzvertrag bei der Firma Z. \_\_\_ AG im Stundenlohn angestellt. Gemäss IK-Auszug (IV-Nr. 130) war ihr Einkommen in den Jahren 2015 und 2016 merklich tiefer als noch im Jahr 2014, was offenbar auf Krankheitsabsenzen zurückzuführen ist (vgl. Protokolleintrag vom 25. Februar 2020). Insofern wäre es nicht gerechtfertigt gewesen, auf das durchschnittliche Einkommen der letzten Jahre abzustellen. Damit erweist sich das Vorgehen der Beschwerdegegnerin, den Tabellenlohn für Arbeit in der Lagerei (LSE 2016, TA1 tirage skill level, Ziff. 49-52, Niveau 1, Frauen) heranzuziehen, als korrekt. Das Valideneinkommen beträgt damit unter Aufrechnung der Wochenstunden und Anpassung an die Nominallohnentwicklung CHF 57'401.00 und ist marginal höher als der Jahreslohn, den die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 erzielte (CHF 56'994.00). Weil die Beschwerdeführerin keine zumutbare Tätigkeit aufgenommen hat, hat die Beschwerdegegnerin richtigerweise auch für die Bemessung des Invalideneinkommens einen Tabellenlohn der LSE 2016 zur Anwendung gebracht. Der angewendete konkrete Tabellenlohn (TA1 tirage skill level, Total, Niveau 1, Frauen) erweist sich angesichts des zumutbaren Tätigkeitsprofils ebenfalls als korrekt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden und Anpassung an die Nominallohnentwicklung beträgt das Invalideneinkommen damit CHF 54'790.00 bzw. CHF 38'353.00 für das zumutbare 70%-Pensum. Auf diese Weise ergibt sich eine Erwerbseinbusse von CHF 19'048.00 bzw. ein Invaliditätsgrad von 33 %.

7.2 Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es sei vom Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von mindestens 20 % vorzunehmen.

Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

8. Die Beschwerdeführerin lässt ausführen, dass eine theoretisch vorliegende Teilarbeitsfähigkeit im ersten Arbeitsmarkt nicht realisiert werden könne.

Für die Invaliditätsbemessung ist nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen durch den Arbeitgeber rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_294/2017 vom 4. Mai 2018, E 5.4.2 mit Hinweisen). Hiervon ist mit Blick auf zumutbare Tätigkeitsprofil nicht auszugehen. Der oben beschriebene Arbeitsmarkt kennt insbesondere im hier zur Diskussion stehenden untersten Kompetenzniveau (vgl. E. 8 nachstehend) Arbeitsplätze, die nur körperlich sehr leichte Tätigkeiten beinhalten. Aufgrund der orthopädischen und psychischen Komponente wird eine zeitliche Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit attestiert, wobei auch Teilzeit-Tätigkeiten in diesem Segment durchaus vorhanden sind. Zwar ist bei der Beschwerdeführerin zusätzlich zu berücksichtigen, dass die vorhandenen Kontaktallergien bestimmte Arbeitsbereiche ausschliessen. Die Beschwerdeführerin lässt hier die Bereiche Gastronomie / Lebensmittelsektor sowie das Gesundheitswesen / Pflegebereich nennen. Jedoch ist es nicht so, dass nur gerade diese Bereiche leichte Tätigkeiten kennen würden, die der Beschwerdeführerin gemäss gutachterlich erhobenem Tätigkeitsprofil zuzumuten sind.

9. Die Beschwerdeführerin lässt berufliche Massnahmen beantragen und diesbezüglich ausführen, sie sei weiterhin an solchen interessiert. Nach Durchführung weiterer Eingliederungsmassnahmen sei zu prüfen, ob sie wieder im ersten Arbeitsmarkt eingesetzt werden könne. Die Beschwerdegegnerin hat den Anspruch auf berufliche Massnahmen zwar im Dispositiv «momentan» abgelehnt, geht aber selber davon aus, dass ein Anspruch auf Unterstützung bei der Stellensuche besteht. Dazu wird in der angefochtenen Verfügung dargelegt, es könne der Beschwerdeführerin bei der Suche nach einer geeigneten Arbeitsstelle geholfen werden, sollte sie sich zukünftig im medizinisch attestierten Umfang arbeitsfähig fühlen. Weitergehende berufliche Massnahmen hält sie aufgrund der Haltung der Beschwerdeführerin, dass sie keiner Tätigkeit mehr nachgehen könne, nicht für sinnvoll. So wird im bidisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.\_\_\_\_ ausgeführt, aufgrund der Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin würden berufliche Massnahmen nicht empfohlen, da sie kaum erfolgversprechend durchgeführt werden könnten (IV-Nr. 163.2, S. 10). Vor diesem Hintergrund scheinen weitere Eingliederungsversuche tatsächlich wenig zweckmässig. Es bleibt der Beschwerdeführerin indessen unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin um Unterstützung bei der Stellensuche nachzusuchen, wenn sie die festgestellte verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten möchte.

Demnach wird erkannt:

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

## 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

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Häfliger

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