

SO_GERICHTE VSBES.2020.114 vom 14. April 2021

SO Obergericht, 2021-04-14, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.114_d20210414

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.114 du 14 avril 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.114 del 14 aprile 2021

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1974 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 31. August 2011 (Eingang: 2. September 2011) bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) unter Angabe von Geburtsgebrechen im Sinne eines schweren Dysgrammatismus, Silben- und Wortstammeln und auditiven Wahrnehmungsstörungen zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2).

1.2 Nach dem Einholen des Arbeitgeberfragebogens der Firma B.____ vom 7. September 2011 (IV-Nr. 7) führte die Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin am 8. September 2011 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 10). Mit Mitteilung vom 19. Oktober 2011 (IV-Nr. 15) übernahm die Beschwerdegegnerin die Kosten für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Bewerbungscoachings von 20 Stunden ab dem 18. Oktober 2011 bei der Firma C.____. Mit Mitteilung vom 18. Mai 2012 bzw. entsprechender Korrektur vom 23. Mai 2012 (IV-Nrn. 20 f.) wurde das Bewerbungscoaching ab dem 9. Mai 2012 um 20 Stunden verlängert. Mit Verfügung vom 15. Oktober 2012 (IV-Nr. 26) sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin einen Arbeitsversuch bei der Firma D.____ für die Dauer vom 15. Oktober 2012 bis 13. Januar 2013 zu. Während dieser Zeit verfügte die Beschwerdegegnerin ein Taggeld (IV-Nr. 27). Diese Massnahme wurde jedoch per 16. November 2012 aufgrund von Fehltagen abgebrochen (vgl. IV-Nr. 28, Protokolleinträge vom 20. November 2012). Vom 28. Januar bis 22. Februar 2013 führte die Regionale Arbeitsvermittlung (RAV) in der Firma E.____ (Reinigung und Kabelkonfektion) ein Assessment durch (IV-Nrn. 33, 35). Aufgrund der anschliessend eingeholten medizinischen Berichte (IV-Nrn. 36 f.) wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 30. September 2013 (IV-Nr. 40) das Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente ab, berufliche Eingliederungsmassnahmen würden jedoch vorläufig weiter gewährt. Nachdem die berufliche Eingliederung der Beschwerdeführerin mit Abschlussbericht vom 4. Oktober 2013 (IV-Nr. 42) als arbeitslos abgeschlossen wurde, verfügte die Beschwerdegegnerin am 20. Januar 2014 (IV-Nr. 44) die Abweisung des Leistungsbegehrens der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen. Bezüglich der Rentenfrage habe die Verfügung vom 30. September 2013 nach wie vor Gültigkeit. Diese Verfügungen erwachsen unangefochten in Rechtskraft.

E. 2

2.1 Am 22. April 2015 (IV-Nr. 45) meldete sich die Beschwerdeführerin unter Hinweis auf Geburtsgebrechen (schwerer Dysgrammatismus, Silben- und Wortstammeln und auditive Wahrnehmungsstörungen) erneut zum Leistungsbezug an. Auf diese Neuanmeldung trat die Beschwerdegegnerin mit Vorbescheid vom 5. Mai 2015 (IV-Nr. 47) zunächst nicht ein, da eine Veränderung des Gesundheitszustandes nicht glaubhaft dargelegt werde.

2.2 Gestützt auf die daraufhin eingereichten medizinischen Berichte vom 12. und 22. Juni 2015 (IV-Nrn. 50, 52) von Dr. med. F.____, Psychiatrie / Psychotherapie FMH, stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 12. August 2015 (IV-Nr. 54) aufgrund eines errechneten IV-Grades von 20 % die Abweisung ihrer Leistungsbegehren auf berufliche Massnahmen sowie eine Invalidenrente in Aussicht. Dieser Vorbescheid ersetze denjenigen vom 5. Mai 2015. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin am 3. September 2015 (Eingang) Einwände (IV-Nr. 55). Aufgrund der anschliessend eingeholten medizinischen Akten (IV-Nrn. 57, 59) und gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 1. Juni 2016 (IV-Nr. 61 S. 2 f.), liess die Beschwerdegegnerin die Beschwerdeführerin polydisziplinär (internistisch, psychiatrisch, neurologisch und pneumologisch) begutachten. Das Gutachten der Gutachterstelle H.____ wurde am 12. Dezember 2016 erstattet (IV-Nrn. 70.1 ■ 70.6). Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. G.____, RAD, vom 23. Februar 2017 (IV-Nr. 73 S. 2 f.) wurde der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 11. April 2017 (IV-Nr. 74) bei einem errechneten IV-Grad von 20 % sowohl die Abweisung des Anspruchs auf eine Invalidenrente als auch auf berufliche Massnahmen in Aussicht gestellt. Dieser Vorbescheid ersetze denjenigen vom 12. August 2015. Dagegen erhob die Beschwerdeführerin Einwände (Eingang: 10. Mai 2017 und 13. Juli 2017, IV-Nrn. 75, 78). Zu den anschliessend eingeholten medizinischen Berichten (IV-Nrn. 79 f., 84, 89) nahm der RAD-Arzt Dr. med. G.____ am 31. Oktober 2018 Stellung (IV-Nr. 91 S. 2). Darin begrüsst er das demnächst startende Belastbarkeitstraining, dessen Ergebnisse möglicherweise zusätzlich Aufschluss bezüglich der Umsetzbarkeit im ersten Arbeitsmarkt geben könnten. Im Laufe des ab dem 5. November 2018 durchgeführten viermonatigen Belastbarkeitstrainings bei der Stiftung I.____, [...], konnte die Präsenzzeit von 2 auf 2.5 Stunden gesteigert werden. Eine weitere Steigerung sei aktuell nicht möglich gewesen, da die Gefahr einer möglichen Dekompensation bestanden habe (IV-Nrn. 94 S. 1, 95 S. 2). Der RAD-Arzt Dr. med. G.____ empfahl sodann in seiner Aktennotiz vom 12. Juni 2019 (IV-Nr. 96) die nochmalige kritische Überprüfung, ob das Zumutbarkeitsprofil im ersten Arbeitsmarkt überhaupt umsetzbar sei. Mit Vorbescheid vom 18. Juli 2019 (IV-Nr. 97) wurde der Beschwerdeführerin bei einem errechneten IV-Grad von 20 % die Abweisung ihrer Leistungsbegehren auf weitere berufliche Massnahmen und Ausrichtung einer Invalidenrente in Aussicht gestellt. Daran hielt die Beschwerdegegnerin trotz der am 22. August 2019 dagegen erhobenen Einwände (IV-Nr. 101) mit Verfügung vom 28. April 2020 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff.) fest.

3. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 28. Mai 2020 (A.S. 8 ff.) beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) fristgerecht Beschwerde erheben und die folgenden Rechtsbegehren stellen:

■ unter Kosten- und Entschädigungsfolgen ■

4. Mit Eingabe vom 3. Juni 2020 (A.S. 24 ff.) lässt die Beschwerdeführerin den Bericht von Dr. med. J.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, vom 31. Mai 2020

(Beschwerdebeilage Nr. 7) einreichen. Dieser geht mit Verfügung vom 4. Juni 2020 (A.S. 27) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

5. Mit Eingabe vom 14. August 2020 (A.S. 30) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf weitere Eingaben und Erläuterungen und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

6. Die am 24. August 2020 durch den Vertreter der Beschwerdeführerin eingereichte Kostennote (A.S. 32 ff.) geht mit Verfügung vom 25. August 2020 (A.S. 35) zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

7. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

1.

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 28. April 2020) eingetretenen Sachverhalt abzustellen. Verschlechterungen nach diesem Zeitpunkt wären im Rahmen einer Neuanschuldung oder eines Revisionsgesuchs geltend zu machen (Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2018 vom 14. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

2. Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. 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.

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). 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 IVG).

2.2 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 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 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 1980 (IV-Nr. 45 S. 7) geltend gemacht, d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Jahr 1981 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden

Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs vom 22. April 2015 (IV-Nr. 45 S. 11), was hier im Oktober 2015 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Oktober 2018 gegeben sein. Damit sind die ab 1. Oktober 2018 geltenden Bestimmungen des IVG (Stand: 1. Januar 2018) massgebend.

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

2.4 Bei erwerbstätigen Versicherten ist der Invaliditätsgrad aufgrund eines Einkommensvergleichs zu bestimmen. Dazu wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Für den Einkommensvergleich sind die Verhältnisse im Zeitpunkt des Beginns des Rentenanspruchs massgebend, wobei Validen- und Invalideneinkommen auf zeitidentischer Grundlage zu erheben und allfällige rentenwirksame Änderungen der Vergleichseinkommen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen sind (BGE 142 V 178 E. 2.2 S. 182, 129 V 222).

2.5 Nach Art. 8 Abs. 1 IVG haben Invalide oder von einer Invalidität bedrohte Versicherte Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a); und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b).

E. 3

3.1 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).

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150, 117 V 194 E. 3b S. 194 f., je mit Hinweis). 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.

E. 4

4.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

4.2 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 E. 1b S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der ersten Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts [EVG] I 783/05 vom 18. April 2006 E. 1; BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff., 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen.

5. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

5.1 Die Beschwerdegegnerin hält in der Verfügung vom 28. April 2020 (A.S. 1 ff.) im Wesentlichen fest, ihre Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit längerer Zeit in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt sei. Ihre zuletzt ausgeübten Berufe als Fleischpackerin und Reinigungskraft seien ihr aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr zumutbar. Aus medizinisch-theoretischer Sicht seien ihr jedoch angepasste, leichte Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Schichtbetrieb, ohne Kälte- und

Staubexposition, sowie ohne Kontakt mit Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmittel weiterhin in einem Pensum von 80 % ohne Leistungsminderung zumutbar. Im Weiteren sollten die Tätigkeiten klar geregelt sein, ohne zu grosse Verantwortung, mit der Möglichkeit die Pausen flexibel einzuteilen (A.S. 2).

Aufgrund der möglicherweise vorliegenden Epilepsie seien Tätigkeiten mit potentieller Absturzgefahr, Arbeiten an gefährlichen Maschinen sowie der berufsmässige Personentransport ungeeignet. Wobei diese Problematik im Nachgang zum Gutachten bei einer neurologischen Untersuchung im Spital K.____ erneut getestet worden sei und die Diagnose der Epilepsie nicht habe erhärtet werden können. In diesem Zusammenhang habe sodann das Antiepileptikum (Lamotrigin) abgesetzt werden können, was der Neurologe in seinem Gutachten empfohlen habe, um den Verlauf besser beurteilen zu können. In diesem Zusammenhang sei auch das Tätigkeitsprofil anzupassen, indem die qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen einer möglichen Epilepsie wegfalle.

In einer dem Zumutbarkeitsprofil entsprechenden Tätigkeit sei es der Beschwerdeführerin weiterhin möglich und zumutbar, ein entsprechendes und Renten ausschliessendes Einkommen zu erzielen. Eine langdauernde und rentenbegründende Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht.

Berufliche Massnahmen seien der Beschwerdeführerin anlässlich der Anmeldung vom 2. September 2011 angeboten und während einer angemessenen Betreuungszeit durchgeführt worden. Durch das Bewerbungscoaching der Firma C.____ habe die Beschwerdeführerin ihre Bewerbungsunterlagen aktualisieren sowie Bewerbungsgespräche üben können. Sie habe damit die Fähigkeit und das Wissen erlangt, um sich selbständig für eine Arbeitsstelle zu bewerben.

Gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung könne davon ausgegangen werden, dass auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt auch Nischenarbeitsplätze vorhanden seien, welche den Arbeitsstellen analog dem vorliegend definierten Zumutbarkeitsprofil entsprächen (A.S. 3).

5.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerdeschrift vom 28. Mai 2020 (A.S. 8 ff.) entgegenhalten, es könne nicht auf das Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 abgestellt werden. Da der rechtsrelevante Sachverhalt somit nicht genügend abgeklärt worden sei, liege eine Verletzung von Art. 43 ATSG vor. So habe der RAD in Kenntnis des Gutachtens mehrfach und nachdrücklich sowie medizinisch begründet in Frage gestellt, ob das im Gutachten aufgestellte Zumutbarkeitsprofil mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt überhaupt zu vereinbaren sei (A.S. 11). Gegen eine Verwertbarkeit der Leistungsfähigkeit im administrativen Bereich spreche auch, dass sowohl der Einzel-IQ für die verbale Intelligenz bei 69 Punkten als auch der Einzel-IQ für Sprachverständnis bei 71 Punkten und damit unter resp. ganz knapp über dem Schwellenwert von 70 lägen. Insofern müsse von einem bisher nicht geklärten Widerspruch zwischen dem im Gutachten der Gutachterstelle H.____ definierten Zumutbarkeitsprofil und den Feststellungen des RAD ausgegangen werden. Zudem lägen teils neue medizinische Erkenntnisse vor, die den Gutachtern im Jahr 2016 noch nicht bekannt gewesen seien und eine Neuevaluation der gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin notwendig machen würden. Aufgrund der geringen Intelligenz mit einem Gesamt-IQ von 74 hätte auch hier noch weiter abgeklärt werden müssen bzw. eine eigene neuropsychologische Testung vorgenommen werden müssen, inwieweit sich aus dieser Einschränkung Auswirkungen auf

die Leistungsfähigkeit ergäben. Daneben sei auch die psychiatrische Situation der Beschwerdeführerin nur unzureichend abgeklärt worden. Insbesondere sei das massive Kindheitstrauma, dem ein sexueller Missbrauch zugrunde liege, nicht weiter abgeklärt und vom psychiatrischen Gutachter nicht ausreichend berücksichtigt worden (A.S. 12). Zudem sei im Gutachten auch nicht auf die Wechselwirkungen zwischen der Minderintelligenz auf der einen und den psychischen Beeinträchtigungen auf der anderen Seite eingegangen worden. Es seien daher weitere Abklärungen, ergänzend ein bidisziplinäres Gutachten in den Fachbereichen Psychiatrie und Neuropsychologie, einzuholen (A.S. 13).

Zudem sei in der angefochtenen Verfügung auch nicht auf die Frage der Frühinvalidität eingegangen worden. Die Annahme einer Frühinvalidität scheitere nicht bereits daran, dass die Beschwerdeführerin eine Ausbildung habe absolvieren können. Es sei jedoch das in der Kindheit anerkannte Geburtsgebrechen sowie auch die aufgrund des Geburtsgebrechens erfolgte Förderung ausser Acht gelassen und bei der Beurteilung nicht berücksichtigt worden (A.S. 14). Auch aus den erfolgten beruflichen Abklärungen gehe hervor, dass die Beschwerdeführerin ihre Leistungsfähigkeit auf dem ersten Arbeitsmarkt nicht habe umsetzen können und selbst im zweiten Arbeitsmarkt nicht in allen Bereichen einsetzbar gewesen sei. Insofern hätte zur Berechnung des Valideneinkommens nach Art. 26 Abs. 1 IVV (Verordnung über die Invalidenversicherung, SR 831.201) vorgegangen werden müssen (A.S. 15 f.). Hilfsweise werde geltend gemacht, dass das Vorbringen zur Frühinvalidität auch nicht durch die bereits rechtskräftigen Rentenablehnungen in der Vergangenheit präkludiert sei. Auch bei den letzten Rentenablehnungen sei die Frage der Frühinvalidität nie ein Thema gewesen und es seien diesbezügliche Abklärungen zu keinem Zeitpunkt unternommen worden. Die Leistungsablehnungen hätten sich sodann auf die Aufnahme einer Tätigkeit als Reinigungsmitarbeiterin und die Erzielung eines rentenausschliessenden Einkommens bezogen. Soweit ersichtlich, sei die Beschwerdeführerin bei den vorausgehenden Rentenablehnungen zudem nicht anwaltlich vertreten gewesen, sodass diese Aspekte bisher nicht vorgebracht worden seien. Daher könne dieser Aspekt jetzt vorgebracht werden (A.S. 16).

Angesichts der massiven Einschränkungen der Beschwerdeführerin hätte auch ein leidensbedingter Abzug vorgenommen werden müssen, der jedoch in der angefochtenen Verfügung unterblieben sei. Denn selbst auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt stehe der Beschwerdeführerin ■ wenn überhaupt ■ lediglich ein sehr beschränktes Spektrum an Tätigkeiten zur Auswahl (A.S. 16 f.).

Ausgehend von den Feststellungen des RAD müsse mithin angenommen werden, dass der Beschwerdeführerin eine Verwertung der noch verbliebenen Arbeitsfähigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt tatsächlich nicht mehr möglich sei. Da sowohl körperliche wie auch administrative / überwachende Arbeiten ausschieden, sei nicht ersichtlich, welche Arbeiten der Beschwerdeführerin auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch noch möglich sein sollten. Auch der ausgeglichene Arbeitsmarkt kenne solche Tätigkeiten, die für sie noch in Frage kämen, praktisch nicht, sodass hier von einer nicht mehr bestehenden Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen werden müsse. Fehle es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liege eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründe (A.S. 17 ff.).

6. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin die im Rahmen der Neuanschuldung vom 22. April 2015 gestellten Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin

auf weitere berufliche Massnahmen und eine Invalidenrente mit Verfügung vom 28. April 2020 (A.S. 1 ff.) zu Recht abgewiesen hat.

7. Es ist zunächst zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem Erlass des letzten auf einer umfassenden Prüfung beruhenden rechtskräftigen Entscheids vom 30. September 2013 im Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 in anspruch relevanter Weise verändert hat.

8. Im Zeitpunkt des ursprünglichen Entscheids vom 30. September 2013 (IV-Nr. 40) präsentierten sich die medizinischen Akten im Wesentlichen wie folgt:

8.1 PD Dr. med. L. ____, FMH Innere Medizin, Pneumologie und Schlafmedizin, stellte im Bericht vom 28. März 2013 (IV-Nr. 36 S. 11 ff.) folgende Diagnosen:

Allergien: Tomaten, Hausstaub, Baumpollen inkl. Birke, Gräser, Stroh und Heu, Nüsse. Zwar sei die Spirometrie heute nur minimal pathologisch gewesen (vor Beta-2-Stimulation diskrete obstruktive Ventilationsstörung, welche unter Beta-2-Stimulation verschwunden sei), doch bestehe ein ganz ausgeprägtes exercise induced asthma und auch das exhalierete NO sei mit 26 ppb (Norm bis 20 ppb) leicht erhöht. In diesem Kontext zweifle PD Dr. med. L. ____ keineswegs an dieser Diagnose. Sinnvoll bleibe sicher weiterhin eine gewisse Expositionsprophylaxe. Diese sollte indessen wirklich klinisch ausgelotet werden: Es sei sinnvoll, keine extrem belastenden, staubigen Arbeitsplätze anzustreben, indessen sollte Kälte keine Rolle spielen. Kälte sollte nämlich bei Verschwinden des exercise induced asthmas nicht mehr zu Symptomen führen. Dabei sei aber entscheidend, dass die Beschwerdeführerin eine regelmässige Inhalationstherapie durchführe. Diese unspezifische Reaktion sei bestens behandelbar mit topischen Steroiden, wie dies durch Dr. med. M. ____ schon vorgesehen worden sei.

Diese Diagnosen bestätigte PD Dr. med. L. ____ sodann in seinen Berichten vom 5. Juni 2013 (IV-Nr. 37 S. 1 ff. und 5 f.), wobei er das anstrengungsinduzierte Asthma «bis März 2013» begrenzte und die arterielle Hypertonie als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auswies.

8.2 Der die Beschwerdeführerin behandelnde Hausarzt Dr. med. M. ____, Allgemeinmedizin, führte im Bericht vom 30. April 2013 (IV-Nr. 36 S. 5 f.) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit auf:

Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien:

In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Schreinerin sei die Beschwerdeführerin seit circa September 2012 bis aktuell zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen und ergänzende medizinische Massnahmen angezeigt. Aus medizinisch-theoretischer Sicht könne in einer leichten und wechselbelastenden Tätigkeit sehr gut eine 100%ige Arbeitsfähigkeit angestrebt werden (S. 6). Die gesundheitliche Störung wirke sich in der bisherigen Tätigkeit deutlich aus, indem die Beschwerdeführerin über Atemnot, Juckreiz und schwellende Augen klage und sich in der Folge durch die Dispnoe auch nicht mehr auf die Arbeit konzentrieren könne. Die bisherige Tätigkeit sei ihr nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit könne nach einem arbeitsmedizinischen Assessment durchwegs wieder verbessert werden. Dabei sollte Folgendes beachtet werden: Keine extreme Hitze oder Kälte, Wechselbelastung der Beschwerdeführerin, leichte / angepasste Tätigkeit. Unter Einhaltung dieser Massnahmen seien der

Beschwerdeführerin andere Tätigkeiten zumutbar. In einer angepassten, leichten Tätigkeit sei aktuell keine verminderte Leistungsfähigkeit gegeben. Die Beschwerdeführerin sei unbedingt einem arbeitstechnischen Assessment zuzuführen.

9. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

9.1 Im Arztzeugnis vom 12. Juni 2015 und im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (IV-Nrn. 50, 52) hielt Dr. med. F.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit die seit circa fünf Jahren bestehenden Angst- und Panikattacken (ICD-10 F43.22) fest. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine «chronische Bronchitis» aufgeführt. Die Beschwerdeführerin sei vom 1. Mai 2015 bis auf weiteres in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 80 % arbeitsunfähig (wohl: arbeitsfähig). Der Gesundheitszustand sei stationär und die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen angezeigt. Bei der bisherigen Tätigkeit wirke sich die gesundheitliche Störung durch eine Reduktion der Arbeitsleistung aus. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne durch berufliche Eingliederung verbessert werden. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten (Rücksicht gegenüber den Allergien und Angstzuständen) zu 80 % zumutbar. Es bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit von 20 %. Die Beschwerdeführerin sei bereit, weiterhin in der freien Wirtschaft zu arbeiten. Wegen den körperlichen und psychischen Eigenschaften sei sie jedoch eingeschränkt. Sie benötige Hilfe bei der Eingliederung.

9.2 Anlässlich der am 2. Juli 2015 durchgeführten Elektroenzephalographie (EEG) hielt Dr. med. N.____, Chefarzt Neurologie, Spital O.____, im Bericht vom 2. Juli 2015 folgende Diagnosen fest (IV-Nr. 70.6 S. 22 f.):

Normales EEG im Wachzustand abgeleitet. Normale Grundaktivität. Kein Herdbefund. Keine epileptiforme Aktivität. Aufgrund der anamnestischen Angaben stehe ein epileptischer Anfall als Ursache der Bewusstseinsstörung im Vordergrund. Elektroencephalographisch habe sich ein Normalbefund ergeben. Auffallend sei eine Sinustachykardie gewesen, während klinisch ein Kurz-Schellong Test ohne weitere Auffälligkeiten gewesen sei. Ergänzend werde eine kardiale Abklärung empfohlen. Bei im Vordergrund stehenden epileptischem Anfall und aufgrund der aktuell bestehenden sozialen Belastungssituation sowie der bekannten Angststörung mit auch möglicher Depression werde eine Behandlung mit Lamotrigin empfohlen. Der Beschwerdeführerin sei ein Aufdosierungsschema mitgegeben worden.

9.3 Dr. med. N.____ diagnostizierte im «neurologischen Sprechstundenbericht» vom 12. August 2015 (IV-Nr. 70.6 S. 17) nebst der «Angststörung» einen «Verdacht auf vorwiegend tonisch epileptischen Anfall (ICD-10 G40.9) am 25. Juni 2015, DD Synkope». Seit der Kontrolle vom 2. Juli 2015 (vgl. E. II. 9.2 hiervoor) sei insgesamt ein positiver Verlauf zu verzeichnen. Weitere Bewusstseinsstörungen seien nicht mehr aufgetreten. Aktuell stünden für die Beschwerdeführerin die Symptome der Angststörung im Vordergrund (habe sich zunehmend zurückgezogen mache sich grosse Sorgen um eine mögliche bevorstehende Operation ihres Mannes). Lamotrigin werde, bis auf eine mittlerweile wieder regrediente leicht vermehrte Müdigkeit, gut vertragen. Beurteilung und Prozedere: Erfreulicherweise seien keine weiteren Bewusstseinsstörungen unter der Behandlung von Lamotrigin 150 mg täglich aufgetreten. Somit werde die Fortsetzung

dieser Behandlung in der aktuellen Dosierung empfohlen.

9.4 Im Arztbericht vom 11. September 2015 (IV-Nr. 57) hielt der die Beschwerdeführerin seit dem 17. August 2015 behandelnde Neurologe Dr. med. N.____ folgende Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: «vorwiegend tonische epileptische Anfälle (Verdacht auf Angststörung)», seit Juni 2015. Seit dem Anfall vom 25. Juni 2015 sei die Beschwerdeführerin anfallsfrei. Die am 2. Juli 2015 durchgeführte EEG sei normal ausgefallen, was eine Epilepsie nicht ausschliesse. Zurzeit sei die Beschwerdeführerin ohne Arbeit. Es dürften zurzeit aufgrund der Epilepsie keine Arbeiten an grossen Maschinen, oder auf Leitern durchgeführt werden. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten im Büro oder Service zu initial 50 % mit späterer Steigerung zumutbar.

9.5 Im Arztbericht vom 18. April 2016 (IV-Nr. 59) hielt der die Beschwerdeführerin seit 2012 behandelnde Hausarzt Dr. med. M.____ fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit 2013 verschlechtert. Im Juni 2015 habe sich ein epileptischer Anfall ereignet. Der Anfall gelte als Differentialdiagnose oder als Synkope unklare Endologie (wohl: unklare Ätiologie). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine seit 2013 bestehende «arterielle Hypertonie» sowie «Angststörungen» aufgeführt. Seit Januar 2013 bis aktuell sei die Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei «sich verschlechternd». Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen verbessert werden. Es seien berufliche Massnahmen sowie ergänzende medizinische Abklärungen angezeigt. Die Prognose sei eher schlecht. Es werde ein Arbeits-Assessment empfohlen, um die noch junge Beschwerdeführerin wieder einzugliedern. Die gesundheitliche Störung wirke sich bei der bisherigen Tätigkeit durch rasche Ermüdbarkeit, Belastbarkeitsmangel und Konzentrationsschwierigkeiten aus. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin zu drei bis vier Stunden pro Tag, ohne Reinigungsmittel, zumutbar. Dabei bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit im Sinne eines verminderten Tempos. Die Arbeitsfähigkeit könne durch ein medizinisches Assessment verbessert werden. Der Beschwerdeführerin seien auch andere Tätigkeiten (ruhig und angepasstes Tempo) zu drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar. Die Leistungsfähigkeit wäre durch eine verminderte Ausführungsgeschwindigkeit vermindert.

9.6 Dr. med. G.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 1. Juni 2016 (IV-Nr. 61 S. 2 f.) Folgendes fest: Die Aktenlage stelle sich als ungenügend dar. Die psychiatrische, bezüglich Arbeitsfähigkeit sehr wahrscheinlich wichtigste Ebene sei lediglich mit einem ziemlich knapp ausgefüllten Bericht dokumentiert, der inzwischen beinahe ein Jahr alt sei. Bezüglich der Epilepsie mit vorwiegend tonischen Anfällen im Juni 2015 stehe ein sehr rudimentärer Bericht der Neurologie des Spitals O.____ vom 11. September 2015 zur Verfügung. Einzig der Bericht des Hausarztes Dr. med. M.____ sei aktuell (18. April 2016), jedoch ebenfalls nur sehr dürftig ausgefüllt. Zudem empfehle der Hausarzt weitere medizinische Abklärungen sowie ein Arbeits-Assessment. Versicherungsmedizinische Stellungnahme: Die in den Berichten aufgeführten Diagnosen «Epilepsie» und «Angststörung» könnten im Prinzip Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Unklar sei die Situation bezüglich der von der Beschwerdeführerin im Einwand zum Vorbescheid erwähnten Allergien, die sich «um 28 %» verschlechtert hätten. Der dafür angeblich zuständige Hausarzt erwähne sie in seinem Bericht nicht. Insgesamt bestehe angesichts der gegenwärtigen, klar ungenügenden

Aktenlage ein erheblicher Abklärungsbedarf. Eine aktuelle Beurteilung der medizinischen Gesamtsituation tue not. Anhand der bis heute vorliegenden medizinischen Unterlagen sei eine versicherungsmedizinische Beurteilung nicht möglich. Der RAD empfehle eine polydisziplinäre Begutachtung (Innere Medizin, evtl. Allergologie, Neurologie, Psychiatrie).

9.7 Im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung (Allgemeine Innere Medizin, Psychiatrie, Neurologie, Pneumologie) durch die Gutachterstelle H. ___ vom 12. Dezember 2016 (IV-Nrn. 70.1 ■ 70.6) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 70.1 S. 11):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Letztmalig sei die Beschwerdeführerin als Reinigungskraft in Privatwohnungen tätig gewesen, dies von April 2014 bis März 2015. Zuvor habe sie als Fleischverpackerin bei der Firma B. ___ gearbeitet. An beiden Arbeitsstellen sei das bekannte Asthma bronchiale durch Desinfektions- und Reinigungsmittel getriggert worden, so dass in diesen Tätigkeiten aus pneumologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit bestehe. Diese vollständige Arbeitsunfähigkeit in den zuletzt ausgeführten Tätigkeiten als Fleischverpackerin und Reinigungskraft bestehe sicher seit November 2010. In der bisherigen Tätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 0 % (S. 14).

Qualitativ zumutbar seien Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Schichtbetrieb und ohne Überstunden sowie mit fehlender Wochenendarbeit. Diese Einschränkung ergebe sich aus der geringen Stresstoleranz der Beschwerdeführerin. Des Weiteren sollten die Arbeitsaufgaben klar geregelt und ohne grosse Verantwortung sein, um einer Überforderung der Beschwerdeführerin entgegenzuwirken. Ihr sollte zudem die Möglichkeit gegeben werden, Pausen flexibel einzuteilen. Eine potentielle Arbeitsstätte sollte von zu Hause aus gut erreichbar sein, da es die Beschwerdeführerin aufgrund der Angststörung nicht möglich sei, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Aufgrund des Asthma bronchiale, das durch verschiedene Faktoren getriggert werden könne, sollten Arbeiten mit Kälte- und Staubexpositionen und der Kontakt mit Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmittel konsequent vermieden werden. Schwere körperliche Belastungen seien der Beschwerdeführerin aufgrund der spiroergometrisch nachgewiesenen, leicht verminderten Sauerstoffaufnahme nicht mehr zumutbar. Leichte körperliche Tätigkeiten könne sie jedoch vollumfänglich durchführen. Aufgrund der möglicherweise vorliegenden Epilepsie seien Tätigkeiten mit potentieller Absturzgefahr, Arbeiten an gefährlichen Maschinen und der berufsmässige Personentransport nicht mehr zumutbar. In einer optimal angepassten Verweistätigkeit bestehe eine 80%ige Präsenzfähigkeit bei uneingeschränkter Leistungsfähigkeit. Diese reduzierte Präsenzfähigkeit von 80 % bestehe rückwirkend seit circa Anfang 2015 (S. 14 f.).

Die bereits etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung solle fortgeführt werden. Zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit werde eine konsequente körperliche Rekonditionierung und Gewichtsreduktion empfohlen. Zur Asthma-Kontrolle sollte bei aktuell unvollständig kontrolliertem Asthma regelmässig eine inhalative Basistherapie (inhalatives Kortikosteroid / langwirksamer Betaagonist) mit Symbicort TH 200/6 pg über 14 Tage durchgeführt werden. Nach Massgabe der Beschwerden könne dann eine Anpassung der Inhalationstherapie gemäss Guidelines (Step-up and-down-Prinzip) erfolgen. Da sich lungenfunktionell nach Bronchospasmolyse ein Normalbefund gezeigt

habe, sei davon auszugehen, dass sich unter einer konsequenten Inhalationstherapie die Atemprobleme deutlich stabilisieren und verbessern würden. Aus neurologischer Sicht werde empfohlen, das Antiepileptikum (Lamotrigin) auszuschleichen. Dabei könne der weitere Verlauf besser beurteilt werden, d.h. es könne beurteilt werden, ob es sich beim Ereignis im Juni 2015 um eine einmalige Bewusstseinsstörung gehandelt habe oder ob tatsächlich eine Epilepsie vorliege (S. 15).

Nach der Etablierung einer Inhalationstherapie und bei erzielter Asthmakontrolle werde eine Reevaluation zur definitiven Bestimmung der Arbeitsfähigkeit aus pneumologischer Sicht empfohlen. Sollte es nach Ausschleichen des Antiepileptikums zu keinem erneuten epileptischen Anfall in den folgenden Monaten kommen, falle die weiter oben im Text diskutierte qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit durch eine möglicher Epilepsie weg. Aufgrund des bereits chronifizierten Verlaufs der Angststörung, der gleichzeitig vorhandenen abhängig (asthenisch) akzentuierten Persönlichkeitsstörung sowie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung und des gleichzeitig niedrigen Intelligenzniveaus werde sich die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht weiter verbessern können (S. 16).

9.8 Dr. med. G.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 23. Februar 2017 (IV-Nr. 73 S. 2 f.) fest, das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle H.____ beruhe auf dem Studium der Akten und eigenen fachärztlichen Untersuchungen in den Bereichen der Allgemeinen Inneren Medizin, Pneumologie, Neurologie und Psychiatrie. Die erhobenen anamnestischen Angaben und Befunde seien ausführlich dokumentiert und kommentiert, die versicherungsmedizinische Gesamtbeurteilung sei nachvollziehbar und schlüssig. Das auf den Seiten 14 / 15 unter Punkt 6.7 «Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit» dargelegte Zumutbarkeitsprofil könne übernommen werden. Das Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig.

Gemäss Angaben in den Akten sei die Beschwerdeführerin zuletzt als Reinigungskraft tätig gewesen, zuvor als Fleischverpackerin. Beide Tätigkeiten könnten aufgrund diverser Allergien nicht mehr ausgeübt werden. Inwieweit die Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin / Verpackerin dem von den Gutachtern auf den S. 14 und 15 formulierten Zumutbarkeitsprofil entspreche, könne von ihm als Mediziner nicht beantwortet werden. Sofern dabei keine Schichtarbeit geleistet werden müsse, die Aufgaben klar geregelt seien, Pausen flexibel eingeteilt werden könnten, die Verantwortung gering sei, keine Exposition mit Kälte, Staub, Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmitteln bestehe, keine Arbeiten an gefährlichen Maschinen oder mit Absturzgefahr ausgeführt werden müssten, bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (80 % zeitlich, keine Leistungseinschränkung). Allerdings sei gemäss dem Gutachten zu beachten, dass die Beschwerdeführerin die öffentlichen Verkehrsmittel nicht benutzen könne, weshalb der Arbeitsplatz möglichst in der Nähe des Wohnortes liegen sollte. In einer angepassten Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %, sofern dies dem dargelegten Zumutbarkeitsprofil entspreche.

9.9 Im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2017 (IV-Nr. 80 S. 5 ff.) des Neurozentrums des Spitals K.____ wurden während der Hospitalisation vom 26. September bis 2. Oktober 2017 folgende Diagnosen gestellt:

Die elektive Zuweisung der 43jährigen Beschwerdeführerin sei durch Dr. med. N.____ zur Abklärung rezidivierender Bewusstseinsverluste, DD epileptisch, DD nicht-epileptisch

mittels EEG-Langzeittelemetrie, erfolgt. Anamnestisch sei es bisher viermal zu unklaren, nicht stereotypen Episoden mit Bewusstseinsstörungen und u.a. Schwindelgefühlen gekommen. Fremdanamnestisch werde über einen einmalig tonisch-imponierenden Anfall mit Bewusstseinsverlust berichtet. Klinisch hätten sich beim Eintritt keine motorischen Entäusserungen gezeigt, die Beschwerdeführerin sei beschwerdefrei gewesen. Kognitiv habe die Beschwerdeführerin keine wesentlichen Einschränkungen gehabt (MoCa 28 / 30 Punkte). Der detailliert geprüfte neurologische Status sei unauffällig gewesen.

In Zusammenschau von Anamnese, Klinik und Paraklinik werde bei den beschriebenen Episoden nicht von epileptischen Ereignissen ausgegangen. Die aktuell wiederholt auftretenden Episoden mit polysymptomatischem Beschwerdebild würden am ehesten im Rahmen der bekannten Angststörung bedingt gesehen. Während der Langzeit-Video-EEG-Ableitung über sechs Tage seien auch nach Absetzen der anfallsunterdrückenden Therapie keine epileptischen Anfälle oder Episoden mit Bewusstseinsstörung aufgetreten. Gleichzeitig habe die Beschwerdeführerin mehrmals Episoden mit einem polysymptomatischen Beschwerdebild signalisiert (drückte Eventknopf), mit aktenanamnestisch teilweise Angst, teilweise Schwindel, Ohrensausen, Druck im Hinterkopf, bei fortwährend normaler EEG. Offen gelassen werden müsse die Ätiologie des ersten Ereignisses im Juni 2015, welches synkopal anmute. Für eine orthostatische Genese hätten sich im aktuellen Schellongtest keine Hinweise und im 24h-EKG (allerdings ohne Episode mit Bewusstseinsstörung) keine relevante Rhythmusstörung gezeigt. Somit könne die Diagnose einer Epilepsie nicht gestellt werden. Aufgrund dessen habe man sich zur Beendigung der anfallsunterdrückenden Therapie mit Lamotrigin entschieden. Eine Weiterbetreuung durch die behandelnde Psychiaterin werde engmaschig empfohlen. Die Ergebnisse seien ausführlich mit der Beschwerdeführerin, ihrem Ehemann und mit der behandelnden Psychiaterin besprochen worden. Für die Zeit des Aufenthalts sei eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden.

9.10 Im Austrittsbericht der Klinik Q. ___ vom 3. April 2018 (IV-Nr. 84 S. 2 ff.) wurden betreffend die stationäre Behandlung der Beschwerdeführerin vom 6. Februar bis 21. März 2018 folgende Diagnosen gestellt:

Diagnostisch habe sich beim Eintritt nach ICD-10 eine mittelgradige depressive Symptomatik gezeigt, was gut mit der Selbsteinschätzung im BDI-II (24 Pkt.) korreliert habe. Bis zum Austritt sei es in der Fremd- wie in der Selbstwahrnehmung (BDI-II 5 Pkt.) zu einer vollständigen Regredienz der Symptomatik gekommen. Im Verlauf des Aufenthalts sei es zu intrusiven Erinnerungen an den Missbrauch durch den Vater sowie zu Albträumen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, diese Symptome zwar in der Zeit vor dem Eintritt nicht mehr gehabt zu haben, jedoch als Jugendliche und junge Erwachsene stark an diesen Symptomen gelitten zu haben. Bei Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sei ein entsprechendes Interview (nach Kriterien des ICD-10) durchgeführt worden. Dabei habe die Beschwerdeführerin alle fünf Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgewiesen. Es werde zudem vermutet, dass die erwähnten epilepsieähnlichen Anfälle dissoziativer Natur sein könnten. Schlussendlich sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden, wobei es sich jedoch um eine leichte Form handle.

Die Beschwerdeführerin habe am 21. März 2018 in verbessertem psychischem Zustand aus der Klinik in die vorbestehenden Wohnverhältnisse entlassen werden können. Zum Entlassungszeitpunkt hätten keine Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder

Fremdgefährdung bestanden. Im Rahmen der stationären Behandlung sei der Beschwerdeführerin ein Nachsorgeplan inkl. Rückfallprophylaxe erarbeitet worden. Die Beschwerdeführerin habe die Empfehlung erhalten, nach dem stationären Aufenthalt einmal wöchentlich einen Termin bei der ambulanten Psychiaterin wahrzunehmen. Da für sie der Weg nach [...] zu weit sei, habe sie sich während dem stationären Aufenthalt entschlossen, ihre ambulante Psychiaterin zu wechseln.

Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % sei bis inkl. 4. April 2018 ausgestellt worden. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine vollständige Beeinträchtigung in der Verkehrsfähigkeit, eine schwere Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten und der Selbstbehauptungsfähigkeit, eine mittlere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit sowie eine leichte Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit.

9.11 Der die Beschwerdeführerin seit dem 3. Mai 2018 behandelnde Dr. med. J.____, Psychotherapie und Psychiatrie FMH, hielt im Bericht vom 6. August 2018 (IV-Nr. 89) fest, die Beschwerdeführerin sei zwei- bis dreimal im Monat in Behandlung. Der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsfähigkeit sehe wie folgt aus: 100 % arbeitsunfähig vom 1. Mai 2017 bis auf weiteres, vom 6. Februar bis 4. April 2018 und vom 3. Mai 2018 bis auf weiteres. Die Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeiten als Schreinerin / Lageristin / Raumpflegerin / Fabrikarbeiterin bis 3. Mai 2018 sei nicht durch ihn attestiert worden. Er stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei:

Unter geschützten Arbeitsbedingungen bestünden gute Chancen auf eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis auf 50 %. Die weitere Prognose müsste dann neu evaluiert werden. Weiteres Vorgehen / Behandlungsplan: Durchführung von Psychotests zur genaueren Diagnosestellung und Therapieanpassung. Fortsetzung der laufenden Psychotherapie und begleitenden psychiatrischen Behandlung. Es lägen keine Informationen zur beruflichen Situation der Beschwerdeführerin vor. Allgemein bestünden immer noch Einschränkungen im Bereich Konzentration und Leistungskonstanz, zudem auch gewisse Auffassungsschwierigkeiten und ein fehlerhaftes Verständnis realer Anforderungen. Auch bestehe eine gewisse emotionale Instabilität. Diese Faktoren wirkten sich auf jede zumutbare Tätigkeit leistungsmindernd aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei steigernd bis vier Stunden täglich zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei positiv. Einer Eingliederung stünden folgende Faktoren im Weg: Die emotionale Stabilität, der mangelhafte Umgang mit Konzentrations- und Leistungsdruck, die fragliche Gruppenintegration bei unruhiger Umgebung mit Reizbelastung. Die Beschwerdeführerin könne nicht allein einkaufen gehen. Die Haushaltsführung sei reduziert und verlangsamt.

Es würden Psychotests, inkl. Intelligenzabklärung vorgenommen. Grundsätzlich sei noch ungewiss, ob und wann die Beschwerdeführerin in der Lage sein werde, ihr massives Kindheitstrauma (sexueller Missbrauch) zu verarbeiten. Es fehle ihr dazu an emotionaler Stabilität und auch am Verständnis, dass sie ihr Leben tiefgreifend verändern und sich dabei viel besser abgrenzen lernen müsse.

9.12 Dr. med. G.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (IV-Nr. 91 S. 2) fest, die in den aktuellen Berichten geschilderte Symptomatik sei gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung in der Gutachterstelle H.____

im August 2016 weitgehend unverändert. Diagnostisch gingen die Behandler inzwischen aufgrund der Anamnese von einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung aus, wobei diese gemäss dem Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 3. April 2018 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) nur leicht ausgeprägt sei. Dort sei die Beschwerdeführerin vom 6. Februar bis 21. März 2018 hospitalisiert gewesen. Es sei vom 6. Februar bis 4. April 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden.

Aus Sicht des RAD könne, abgesehen von der o.e. kurzen Phase mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit, weiter auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, die im Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 festgehalten worden sei. Entscheidend sei ■ wie schon in der Stellungnahme des RAD vom 23. März 2017 (recte: 23. Februar 2017) ausgeführt (vgl. E. II. 9.8 hiervor) ■, ob das von den Gutachtern aufgestellte Zumutbarkeitsprofil ohne (allenfalls mit Abzügen zu berücksichtigende) Einschränkungen mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu vereinbaren sei. Eine Intelligenzleistung «im unteren Bereich» (laut telefonischer Mitteilung von Herrn R.____ vom 11. Oktober 2018 in der Praxis J.____ ermittelt) stelle für eine solche angepasste Tätigkeit kein Hindernis dar. Die Gutachter hätten aber im erwähnten Zumutbarkeitsprofil doch eine ganze Reihe an behinderungsbedingten Einschränkungen genannt. Von daher sei das offenbar demnächst startende Belastbarkeitstraining im [...] zu begrüssen. Die Ergebnisse könnten möglicherweise bezüglich der Umsetzbarkeit im ersten Arbeitsmarkt zusätzlich Aufschluss geben.

9.13 Im Rahmen des am 14. März 2019 (IV-Nr. 95 S. 2 f.) durchgeführten Standortgesprächs bei der Stiftung I.____, [...], wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe mit zwei Stunden à fünf Tage angefangen zu arbeiten. Während der vier Monate habe die Präsenzzeit auf 2.5 Stunden täglich gesteigert werden können. Eine weitere Steigerung der Arbeitszeit sei aktuell nicht möglich, da die Gefahr einer Dekompensation bestehe. Es komme bei diesem Gespräch klar zum Ausdruck, dass die Beschwerdeführerin durch die Struktur und Arbeit an Stabilität gewinnen könne. Zur Frage, ob und wann die Beschwerdeführerin wieder im ersten Arbeitsmarkt Fuss fassen könne, könne zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden.

9.14 Dr. med. G.____, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 12. Juni 2019 (IV-Nr. 96) fest, die sehr knappe Intelligenz (Gesamt-IQ 74) mit besonderer Schwäche im sprachlichen Bereich in Kombination mit den psychischen Problemen der Beschwerdeführerin schränkten die berufliche Leistungsfähigkeit qualitativ derart ein, dass bezüglich Einsatzmöglichkeiten von einem Grenzbereich zwischen erstem und zweitem Arbeitsmarkt auszugehen sei. Grundsätzlich behalte das im psychiatrischen Teilgutachten unter Punkt 6.7 auf den S. 12 / 13 formulierte Zumutbarkeitsprofil seine Gültigkeit, allerdings sei er ■ im Gegensatz zur Ansicht des Gutachters ■ der Meinung, dass Arbeiten am PC und / oder administrative Tätigkeiten nicht in Frage kämen. Hier wäre eine klare Überforderung anzunehmen. Es empfehle sich aus der Sicht des RAD, nochmals kritisch zu überprüfen, ob das Zumutbarkeitsprofil im ersten Arbeitsmarkt überhaupt umsetzbar sei. Zweifel seien berechtigt, auch in Anbetracht der gemachten Erfahrungen anlässlich der praktischen Erprobung in der Stiftung I.____.

9.15 Dr. med. J.____ führte in seinem Bericht vom 31. Mai 2020 (Beschwerdebeilage Nr. 7) u.a. aus, die Angaben der Beschwerdeführerin bestätigten erneut, dass sie neben ihrem niedrigen Intelligenzniveau hauptsächlich an den Folgen einer schweren körperlichen und psychischen Traumatisierung leide, in deren weiteren Kontext auch die Panikattacken

und die Depressivität gehörten. Bei der Beschwerdeführerin liege eine Posttraumatische Belastungsstörung nach wiederholtem sexuellem Missbrauch und Anwendung psychischer Gewalt seitens des Vaters vor (ICD-10 F43.1) und eine Minderintelligenz, die v.a. die Intellektualität betreffe, etwas weniger den Handlungsaspekt (IQ 74, verbal 69). Die Diagnosestellung von Persönlichkeitsakzentuierungen, angesichts der Hauptdiagnosen PTBS und Minderintelligenz, werde für problematisch gehalten. Das Leidensbild und die soziale sowie berufliche Dysfunktionalität der Beschwerdeführerin liessen sich am besten durch die beiden Hauptdiagnosen und die daraus ableitbaren psychischen Folgeleiden erklären. Die Angststörung könne zusätzlich als Agoraphobie mit Panik codiert werden (ICD-10 F40.04), zumindest teilweise sei die Angst jedoch Teil der PTBS, wie auch die episodische Depressivität.

Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus den gestellten Diagnosen eine Abweichung von der Einschätzung durch den Gutachter. So werde die Beschwerdeführerin für den Primärmarkt als ungeeignet gehalten. Allein der Umstand, dass der Gutachter für die der Beschwerdeführerin zumutbaren Verweistätigkeiten viele Einschränkungen habe machen müssen, zeige, dass die Einsetzbarkeit der Beschwerdeführerin auf dem Primärmarkt nicht mehr gegeben sei, beschreibe er doch im Grunde genommen eine geschützte Arbeitsstelle, ohne sie als solche anzusprechen. Die vom Gutachter erwähnte «angestammte Tätigkeit» sei im Übrigen eine Hilfsarbeitertätigkeit für Ungelernte und nicht der erlernte Schreinerberuf, der stillschweigend gar nicht mehr diskutiert werde. Angesichts der Diagnosen Minderintelligenz und PTBS mit Folgestörungen in Bezug auf das Sozialverhalten (Rückzügigkeit, Misstrauen) und die Angst (Panikattacken) erscheine die Arbeitsfähigkeit auf dem Primärmarkt nicht in relevantem Umfang gegeben. Auf dem Sekundärmarkt sei die Beschwerdeführerin im Rahmen dessen, was sie an Belastungen aktuell auszuhalten imstande sei, jedoch weiterhin einsetzbar.

10. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 abstellt (A.S. 4), ist nachfolgend zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt:

10.1 Das von Dr. med. S.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. T.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. U.____, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. V.____, FMH Pneumologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem die Beschwerdeführerin je einer umfassenden Exploration durch den jeweiligen Facharzt bzw. durch die jeweilige Fachärztin unterzogen wurde (IV-Nrn. 70.1 S. 5 ff., 70.3 S. 2 ff., 70.4 S. 3 ff., 70.5 S. 2 ff.), womit auch ihre subjektiv geklagten Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung mit eingeflossen sind. Zudem wurden am 3. August 2016 eine Laboruntersuchung, am 8. September 2016 ein EKG in Ruhe und unter maximaler Belastung, eine Lungenfunktionsprüfung, ein FeNO sowie eine Spiroergometrie durchgeführt und am 7. / 8. September 2016 fand eine tonometrische Polygraphie (Watch PAT) statt (IV-Nrn. 70.1 S. 3 und 9 f., 70.3 S. 9, 70.5 S. 5, 70.6 S. 1 ■ 16). Durch das Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 70.2) kann bei den Gutachtern zudem von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) ausgegangen

werden. So verwiesen auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. T. ___ und die neurologische Gutachterin Dr. med. U. ___ in ihren jeweiligen Teilgutachten auf eben diese Aktenzusammenfassung (IV-Nrn. 70.3 S. 2, 70.4 S. 2). Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die Beurteilung der medizinischen Situation ein: So führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. T. ___ aus, bei der Beschwerdeführerin liege eine Angststörung vor, die sich gemäss ICD-10 am ehesten als gemischte Angststörung mit Elementen einer Panikstörung, einer generalisierten Angststörung und einer sozialen Phobie abbilden lasse (IV-Nr. 70.3 S. 10). Diese diagnostische Beurteilung leuchtet aufgrund der anschliessenden Ausführungen ein, wonach die Beschwerdeführerin einerseits von Minuten andauernden Panikattacken (z.B. Busfahrten) berichte, in deren Rahmen sie eine ausgeprägte vegetative Symptomatik entwickle (trockener Mund, Brustschmerzen, Zittern) und die angstausslösende Situation verlassen müsse, sofern sie nicht in Begleitung z.B. ihres Ehemannes sei. Eine generell erhöhte Anspannung ergebe sich gemäss der Beschwerdeführerin aber auch z.B. bei anstehenden wichtigen Terminen (Arzttermine, Begutachtungstermine). Das Zusammentreffen mit vielen bzw. neuen Menschen werde durch die Beschwerdeführerin eher gemieden, sie fühle sich am wohlsten zuhause bzw. im Kontakt mit ihr vertrauten Menschen. Diese Beschreibungen stimmen mit den Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Exploration überein (IV-Nr. 70.3 S. 3). So gab sie an, dass die Angstzustände wenige Minuten dauerten und plötzlich erfolgten und nur, wenn sie sich ausser Haus befinde. Sie gingen mit Zittern, nassen Händen und Losweinen einher. In diesen Momenten müsse die Beschwerdeführerin sofort nach Hause zu ihrem Ehemann zurückkehren. Zuhause, im Beisein ihres Ehemannes, fühle sie sich dann wieder sicher. In diesem Sinn gab auch der Ehemann der Beschwerdeführerin an, sie habe zuletzt auf der Busfahrt zum Augenarzt unter einer Angstattacke gelitten, indem sie Angst, einen trockenen Mund und Schmerzen im Brustkorb bekommen, geweint und gezittert habe (IV-Nr. 70.3 S. 7). Die weitere Einschätzung des psychiatrischen Experten, wonach die Beschwerdeführerin aber auch umgebungs- bzw. situationsunabhängig offenbar unter diffusen Sorgen und Befürchtungen leide, die objektiv betrachtet vielfach nicht nachvollziehbar erschienen, überzeugt aufgrund der Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin. So brachte er vor, die Beschwerdeführerin verstehe vielfach Sachverhalte nicht, getraue sich dann nicht nachzufragen und «mache zu». Die Gefahr hierfür sei gross, da sie seit der Information über die Begutachtung zusätzlich sehr unruhig geworden sei, Befürchtungen habe und nicht mehr richtig schlafen könne (IV-Nr. 70.3 S. 7). Ebenfalls plausibel erscheint die weitere gutachterliche Beurteilung, wonach die Abgrenzung eines psychogenen Angsterlebens von den durch die Beschwerdeführerin ebenfalls angegebenen somatischen Beschwerden wie Allergien, Asthma und epileptische Anfälle, im Allgemeinen schwierig sei (IV-Nr. 70.3 S. 10). In diesem Zusammenhang erscheint auch die weitere Beurteilung des psychiatrischen Experten schlüssig, wonach die Angstsymptomatik sicherlich auch vor dem Hintergrund der einfachen intellektuellen Ressourcen mit rascher Überforderung und erhöhter Stressintoleranz gesehen werden müsse, welche zudem mit Insuffizienzgefühlen bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsakzentuierung und einer abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsakzentuierung gepaart sei. Diese Ausführungen erweisen sich als nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration angab, aufgrund ihres «langsamen Lernens» besondere Schulen bzw. eine besondere Ausbildungsstätte besucht zu haben (u.a. Sprachheilschule, IV-Nr. 70.3 S. 5). Die Beschwerdeführerin bezeichnete sich ausserdem als schüchtern, zurückhaltend und eher langsam und gab an, die

Arbeit sei ihr mittlerweile zu hektisch, es seien zu viele Leute anwesend, sie würde mit «viel Stress» einhergehend mit Nervosität, Schweissausbrüchen, weinen und möglicherweise «rauslaufen» aus der Produktionsstätte mit Rückzug auf dem WC reagieren (IV-Nr. 70.3 S. 6). Demzufolge leuchtet die Bewertung des psychiatrischen Experten ein, wonach die Beschwerdeführerin sehr selbstunsicher und von der Meinung bzw. Anleitung anderer abhängig sei, was auch vor dem Hintergrund ihrer einfachen intellektuellen Ressourcen zu sehen sei (IV-Nr. 70.3 S. 8).

In Bezug auf die anlässlich der neurologischen Teilbegutachtung durch die Beschwerdeführerin beklagte Bewusstseinsstörung vom 25. Juni 2015 hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. U. ___ fest, die Beschwerdeführerin habe diesbezüglich selbst keine genauen Angaben machen können, da sie abgesehen von einem initial «trockenen Muul» eine Amnesie für das Ereignis habe (IV-Nr. 70.4 S. 7). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So äusserte sich die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration dahingehend, dass sie ihren Ehemann am 25. Juni 2015 zur Physiotherapie begleitet habe. Währenddessen habe sie plötzlich ein «trockenes Muul» verspürt und dann einen Filmriss gehabt. Sie könne nicht mehr sagen, was danach passiert sei (IV-Nr. 70.4 S. 3). Da bei den anschliessend durchgeführten bildgebenden Verfahren (EEG und MRI) unauffällige Ergebnisse resultierten, sei gemäss der neurologischen Gutachterin eine klare Diagnosestellung nach einem einmaligen Ereignis sehr schwierig (IV-Nr. 70.4 S. 8). So sprächen einige Aspekte der doch lückenhaften Anamnese für ein Anfallsereignis (Steifigkeit, Bewusstseinsstörung) und andere für das Vorliegen einer möglichen Synkope bzw. seien eher untypisch für ein Anfallsgeschehen (Mundtrockenheit, blasses Hautklorit, Erbrechen im Anschluss). Es vermag daher auch aufgrund der Tatsache, dass sich bei der neurologischen Untersuchung unauffällige Befunde präsentierten (IV-Nr. 70.4 S. 6 f.) einzuleuchten, dass in diesem Fall gemäss Dr. med. U. ___ eine definitive Diagnose nicht ausreichend gestellt werden könne.

Aufgrund der durch die pneumologische Gutachterin Dr. med. V. ___ u.a. durchgeführte Spiroergometrie vom 8. September 2016 überzeugt ihre Beurteilung, wonach als limitierender Faktor in erster Linie eine gewisse Dekonditionierung zu erwähnen sei und eine Adipositas WHO Grad II begleitend als relevanter Faktor bestehe (IV-Nr. 70.5 S. 6). So musste die bei der medizinischen Untersuchung durchgeführte Fahrradergometrie wegen Knieschmerzen, Beinmüdigkeit und Dyspnoe abgebrochen werden (IV-Nr. 70.5 S. 5) und die pneumologische Gutachterin stellte einen adipösen Ernährungszustand mit einem BMI von 35,6 kg/m² fest (IV-Nr. 70.5 S. 4). In diesem Zusammenhang erscheint plausibel, dass der Beschwerdeführerin eine konsequente körperliche Rekonditionierung und Gewichtsreduktion zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit empfohlen wurde (IV-Nr. 70.5 S. 7). Aufgrund der sich bei der Durchführung der Testung der Lungenfunktion präsentierenden mittelgradigen komplett reversiblen obstruktiven Ventilationsstörung bei normaler CO-Diffusionskapazität (IV-Nr. 70.5 S. 5) und der Angabe der Beschwerdeführerin, wonach sie die Inhalationstherapie mit Symbicort nicht fortgesetzt habe, weil sie das Gefühl habe, dass der Körper die Beschwerden alleine bekämpfen sollte (IV-Nr. 70.5 S. 3 unten), überzeugt die gutachterliche Einschätzung der pneumologischen Expertin, wonach das aktenanamnestisch bestehende Asthma bronchiale aktuell leicht persistiere und es keine regelmässige inhalative Asthmabasistherapie gebe. Es leuchtet daher in diesem Zusammenhang auch ein, dass Dr. med. V. ___ der Beschwerdeführerin die regelmässige Anwendung der inhalativen Basistherapie mit

Symbicort empfohlen hat (IV-Nr. 70.5 S. 7).

10.1.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 ist somit grundsätzlich beweiswertig.

10.1.2 Im Gutachten werden u.a. eine gemischte Angststörung, eine abhängige (asthenische) akzentuierte Persönlichkeitsstörung und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert. Die diesbezüglich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung (BGE 141 V 281, vgl. auch BGE 143 V 409) lässt sich anhand des Gutachtens vornehmen: So ist zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» festzustellen, dass die Angststörung wesentliche funktionelle Auswirkungen hat (IV-Nr. 70.1 S. 13). So bereite es der Beschwerdeführerin grosse Probleme, sich Aspekten oder Sachverhalten zu widmen, bzw. seien diese angstbehaftet, d.h. sie sei in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelgradig bis schwergradig eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Dies sei zusätzlich auf die Intelligenzminderung und die vermeidende und abhängige Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin tue sich zudem schwer, Erlerntes kurzfristig im Gedächtnis zu behalten und anzuwenden. Die Durchhaltefähigkeit sei durch eine geringe Stresstoleranz mit leichter Überforderung ebenfalls mittelgradig eingeschränkt. Aufgrund der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstruktur sei die Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig bis schwer eingeschränkt, eine Rolle spiele hier zusätzlich das einfache Intelligenzniveau. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei schwer eingeschränkt unter der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstruktur und dem geringen Selbstwertgefühl. Die Gruppenfähigkeit sei reduziert, wobei die Beschwerdeführerin mit ihr bekannten Personen besser zurechtkomme. Aufgrund der Angststörung seien die Spontanaktivitäten deutlich eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin bleibe vornehmlich zu Hause und unternehme spontan, v.a. alleine, kaum etwas. Aufgrund der allgemeinen Unsicherheit und der panikartigen Angstzustände sei auch die Verkehrsfähigkeit deutlich beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin traue sich allenfalls zu, bekannte kurze Wege alleine zu fahren, längere Strecken im Auto absolviere sie nicht. Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg anbelangt, ist festzustellen, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2012 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befindet und seit 2014 regelmässig Cymbalta 30 mg einnimmt. Diese bereits etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte fortgeführt werden (IV-Nr. 70.1 S. 15). Als Komorbidität lässt sich die niedrige Intelligenz benennen. Zur Persönlichkeit wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin wirke sehr selbstunsicher und sei von der Meinung und Anleitung anderer abhängig. Aufgrund der abhängigen (asthenischen) akzentuierten Persönlichkeitsstörung und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung komme es zu einer raschen Überforderung mit Hilflosigkeit, sofern ihr nicht vertraute Personen helfen könnten (IV-Nr. 70.1 S. 14 oben). Als Ressourcen sind ein stützendes soziales Umfeld mit einer harmonischen Ehe zu sehen. In der Kategorie «Konsistenz» ist sodann das Augenmerk auf eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und einen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck zu richten. Diesbezüglich lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten üblichen Tagesaktivitäten (am PC spielen, oder im Facebook etwas nachschauen, Haushaltsarbeiten mit Pausen erledigen, Fernsehen, Einkaufen, Rätsel lösen) und die qualitativ nachweisbaren Medikamentenspiegel von Lamotrigin und Duloxetin zu einer

Angststörung und Persönlichkeitsstörung bzw. -akzentuierung passten. Auch in der Untersuchung sei der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin sehr selbstunsicher wirke und insbesondere am Anfang vor Anspannung und Traurigkeit den Tränen nahe gewesen sei. Sie habe viel Anleitung und Zuspruch gebraucht, weswegen sie in den ersten 15 Minuten der Begutachtung von ihrem Ehemann begleitet worden sei. Inkonsistenzen seien keine feststellbar (IV-Nr. 70.1 S. 14). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden und die daraus gefolgerte Arbeitsfähigkeits-Einschätzung erweist sich als plausibel.

10.2 Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 durch die zeitlich vor diesem verfassten Arztberichte allenfalls geschmälert wird. Dabei ist zunächst auf das psychiatrische (vgl. E. II. 10.2.1 hiernach), dann auf das neurologische (vgl. E. II. 10.2.2 hiernach) und schliesslich auf das pneumologische Teilgutachten (vgl. E. II. 10.2.3 hiernach) einzugehen:

10.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. T.____ vom 26. August 2016 (IV-Nr. 70.3) ist auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____ einzugehen. Im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (vgl. E. II. 9.1 hiervor) bestätigte er die bereits zuvor im Arztzeugnis vom 12. Juni 2015 ausgewiesenen «Angst- und Panikattacken (ICD-10 F43.22)» als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Diagnosestellung ist in der durch den psychiatrischen Gutachter Dr. med. T.____ diagnostizierten «gemischten Angststörung (ICD-10 F41.3) mit gemischten Symptomen von Panikstörung, generalisierter Angststörung und sozialer Phobie, bei Verdacht auf niedrige Intelligenz (Lernbehinderung)» enthalten. So greift Letztere indes noch etwas weiter, indem sie auch die soziale Phobie miteinschliesst. Es ist daher nachvollziehbar, dass sich Dr. med. T.____ mit dem Bericht und insbesondere mit den Diagnosestellungen von Dr. med. F.____ nicht vertieft auseinandersetzte, sondern diesen lediglich aufführte. Es kommt hinzu, dass die durch Dr. med. F.____ erhobenen Befunde (adipös wirkend, gut gepflegt, wach, allseits orientiert, unauffällige Konzentration und Aufmerksamkeit, formales Denken kohärent, keine psychotischen Symptome, phasenweise vorhandene Angstzustände, IV-Nr. 52 S. 2) mit dem durch Dr. med. T.____ festgestellten psychopathologischen Befund weitgehend übereinstimmen. So hielt der psychiatrische Gutachter u.a. fest (IV-Nr. 70.3 S. 7 f.), die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, formalgedanklich geordnet. Es bestehe weder ein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- oder Zwang noch ein Hinweis auf Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen oder ein gestörtes Ich-Erleben. Angabe von situationsbedingten paroxysmalen Angstzuständen aber auch nicht situations- oder umgebungsbedingten allgemeinen Sorgen und Befürchtungen in vielerlei Hinsicht («Nervosität»). Der einzige Unterschied im Vergleich zum Bericht von Dr. med. F.____ besteht darin, dass im psychiatrischen Teilgutachten auf kognitive Defizite bez. der Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit (IV-Nr. 70.3 S. 7 unten) hingewiesen wurde, was sodann mit Beispielen belegt wurde. So sei die Beschwerdeführerin beim sinngemässen Erklären von Sprichwörtern unsicher gewesen, dies sei nur mit Hilfe möglich gewesen (Auffassung), sie habe zudem die Monate rückwärts mit einem Fehler (Konzentration) und drei Begriffe nach 10 Minuten mit einem Fehler (Merkfähigkeit) aufzählen können. Entsprechende Anhaltspunkte betreffend kognitive Defizite finden sich im Bericht von Dr. med. F.____ nicht. Aus diesem Arztbericht geht jedoch auch nicht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin entsprechenden Testverfahren hat unterziehen müssen. Es kommt hinzu, dass der RAD-Arzt Dr. med. G.____ den Bericht von Dr. med. F.____ in seiner

Stellungnahme vom 1. Juni 2016 (vgl. E. II. 9.6 hiervor) als «ziemlich knapp ausgefüllt» qualifizierte. Folglich kann jedenfalls nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass bei einer entsprechenden Prüfung bereits im Zeitpunkt der Erstellung des Arztberichts vom 22. Juni 2015 Anzeichen auf kognitive Defizite hätten festgestellt werden können.

Insgesamt vermag der Bericht des Psychiaters Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2015 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

10.2.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. U.____ vom 15. August 2016 (IV-Nr. 70.4) ist auf die Berichte des Neurologen Dr. med. N.____ vom 2. Juli, 12. August und 11. September 2015 (vgl. E. II. 9.2 ff. hiervor) einzugehen. Dr. med. U.____ setzte sich in ihrem Teilgutachten mit der am 2. Juli 2015 durchgeführten EEG-Untersuchung auseinander, wobei sie ausführte, diese sei unauffällig gewesen (IV-Nr. 70.4 S. 8 oben). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So beurteilte Dr. med. N.____ die EEG im Bericht vom 2. Juli 2015 (vgl. E. II. 9.2 hiervor) als normale EEG im Wachzustand. Es seien eine normale Grundaktivität, weder ein Herdbefund noch eine epileptiforme Aktivität feststellbar. In Bezug auf das sich am 25. Juni 2015 zugetragene Ereignis ging Dr. med. N.____ im Bericht vom 2. Juli 2015 sowohl aufgrund der Beobachtungen des Ehemannes der Beschwerdeführerin, wonach sie dabei die Arme und Beine gestreckt und die Augen offengehalten habe und es keine kloniformen Bewegungen gegeben habe als auch gestützt auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin, wonach sie zunächst einen aussergewöhnlich trockenen Mund gespürt habe und sich ab dann an nichts mehr erinnern könne, von einem «im Vordergrund stehenden» epileptischen Anfall aus (IV-Nr. 70.6 S. 22). In seinen beiden zeitlich später verfassten Berichten vom 12. August und 11. September 2015 (vgl. E. II. 9.3 f. hiervor) stellte Dr. med. N.____ dann lediglich noch einen «Verdacht» auf einen vorwiegend tonisch epileptischen Anfall fest. Stets wies er aber auch auf die Differentialdiagnose einer Synkope hin. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der behandelnde Neurologe das Ereignis vom 25. Juni 2015 diagnostisch nicht zweifelsohne zuordnen konnte. Die neurologische Gutachterin Dr. med. U.____ hielt in ihrem Teilgutachten diesbezüglich fest, eine definitive Diagnose könne nicht ausreichend gestellt werden. So sprächen einige Aspekte für ein Anfallsereignis (Steifigkeit, Bewusstseinsstörung), andere jedoch für das Vorliegen einer möglichen Synkope bzw. seien eher untypisch für ein Anfallsereignis (Mundtrockenheit, blasses Hautkolorit, Erbrechen im Anschluss). Damit stimmen die diagnostischen Einschätzungen der beiden auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Fachärzten betreffend das Ereignis vom 25. Juni 2015 überein. Dem steht auch der Arztbericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. M.____ vom 18. April 2016 (vgl. E. II. 9.5 hiervor) nicht entgegen. So handelt es sich bei Dr. med. M.____ zum einen um einen auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Facharzt, weshalb dem durch ihn als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesenen «epileptischen Anfall» vom Juni 2015 ohnehin kaum Beweiswert zukommt. Zum anderen ist hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Es kann somit auch der durch ihn attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht gefolgt werden, wobei sich diesbezüglich im Bericht vom 18. April 2016 ohnehin ein Widerspruch findet. So hielt der Hausarzt fest, die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit Januar 2013 100 % arbeitsunfähig. Gleichzeitig gab er an, die bisherige Tätigkeit sei

der Beschwerdeführerin ohne Reinigungsmittel zu drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar, wobei aufgrund des verminderten Tempos eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Es kommt hinzu, dass der RAD-Arzt Dr. med. G.____ in seiner Stellungnahme vom 1. Juni 2016 (vgl. E. II. 9.6 hiervor) den Bericht des Hausarztes als «sehr dürftig ausgefüllt» bezeichnete. Dieser Bericht vermag daher insgesamt nicht zu überzeugen.

Folglich stehen weder die Einschätzungen und Ausführungen von Dr. med. N.____ noch jene von Dr. med. M.____ dem Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. U.____ entgegen.

10.2.3 Betreffend das pneumologische Teilgutachten von Dr. med. V.____ vom 8. September 2016 (IV-Nr. 70.5) ergeben sich aufgrund der sich vorliegend präsentierenden medizinischen Akten keine sich widersprechenden Diagnosestellungen oder anderslautende fachärztliche pneumologische Einschätzungen. So wurde das durch den pneumologischen Gutachter festgestellt «allergischen Asthma bronchiale, zusätzlich intrinsische Komponente mit Triggerung durch Kälte, sowie Raumsprays, Reinigungsmittel sowie Desinfektionsmittel» bereits im Bericht des Pneumologen PD Dr. med. L.____ vom 28. März 2013 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) als Hauptdiagnose in Form eines «allergischen Asthma bronchiale und einer allergischen Rhinokonjunktivitis» ausgewiesen. Dabei wies er zugleich u.a. auf eine Polyallergie hin. Folglich waren sowohl das Asthma bronchiale als auch die verschiedenen Allergien der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2013 bekannt. Es kommt hinzu, dass die bereits durch den Pneumologen PD Dr. med. L.____ empfohlene Durchführung einer regelmässigen Inhalationstherapie durch Dr. med. V.____ bestätigt wurde. So empfahl er der Beschwerdeführerin zur Asthma-Kontrolle nach GINA-Guidelines bei leichtgradig persistiertem Asthma bronchiale die regelmässige Anwendung der inhalativen Basistherapie mit Symbicort TH200/6 ug mit einem Hub morgens und abends über 14 Tage, danach Anpassung gemäss Guidelines nach Massgabe der Beschwerden (IV-Nr. 70.5 S. 7).

Dem Beweiswert des pneumologischen Teilgutachtens stehen somit keine zuvor verfassten medizinischen Berichte entgegen.

10.2.4 Die vor dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 verfassten medizinischen Akten vermögen dessen Beweiswert nicht zu verringern.

10.3 Es ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 allenfalls durch die nach diesem verfassten medizinischen Berichte geschmälert wird:

10.3.1 Eingehend auf den Austrittsbericht des Neurozentrums des Spitals K.____ vom 9. Oktober 2017 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) finden sich in Bezug auf die gutachterlichen Einschätzungen der Gutachterstelle H.____ keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen. Es kann zum einen in Bezug auf die während der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. September bis 2. Oktober 2017 im Spital K.____ u.a. gestellte Diagnose von «unklaren heterogenen Episoden mit u.a. Bewusstseinsstörungen, Angst, Schwindel, DD am ehesten im Rahmen der Angststörung» auf die im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung festgestellten Hauptdiagnosen einer «gemischten Angststörung» sowie einer «passageren Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie am 25. Juni 2015» hingewiesen werden. So klagte die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der gutachterlichen Exploration über ein seit einem Jahr immer wiederkehrendes Angstgefühl (IV-Nrn. 70.1 S. 6, 70.3 S. 3 oben). In

diesem Zusammenhang wurde im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2017 sodann explizit festgehalten, dass die aktuell wiederholt auftretenden Episoden mit polysomatischem Beschwerdebild am ehesten im Rahmen der bekannten Angststörung bedingt zu sehen seien. So seien während der Langzeit-Video-EEG-Ableitung über sechs Tage keine epileptischen Anfälle oder Episoden mit Bewusstseinsstörung aufgetreten. Auch die Ätiologie des Ereignisses vom Juni 2015 müsse offen gelassen werden, dieses mute jedoch synkopal an. Die Diagnose einer Epilepsie könne nicht gestellt werden, weshalb die anfallsunterdrückende Therapie mit Lamotrigin beendet werde. Diese Ausführungen stimmen mit den Einschätzungen im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H. ___ überein. So hielt ■ wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 10.2.2 hiervor) ■ die neurologische Gutachterin Dr. med. U. ___ bezüglich des Ereignisses vom 25. Juni 2015 fest, eine definitive Diagnose könne in diesem Fall nicht ausreichend gestellt werden. Der Verlauf könne aufgrund der bestehenden Therapie mit Lamotrigin nicht ausreichend beurteilt werden, es spreche weder für noch gegen die Diagnose einer Epilepsie (IV-Nr. 70.4 S. 8). Sie empfahl daher in diesem Zusammenhang die Ausschleichung des Antiepileptikums Lamotrigin, um beurteilen zu können, ob es sich beim Ereignis vom Juni 2015 um ein einmaliges Ereignis gehandelt habe, oder ob tatsächlich eine Epilepsie vorliege. Es kann ergänzend festgehalten werden, dass die im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2017 ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer «arteriellen Hypertonie» im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 12. Dezember 2016 als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurde. In Bezug auf die im Austrittsbericht weiter ausgewiesene Diagnose einer «Angststörung» ist darauf hinzuweisen, dass die im Neurozentrum des Spitals K. ___ tätigen Ärzte im Wesentlichen auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisiert sind und daher der durch sie ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosestellung kaum Beweiswert zukommt.

Der Austrittsbericht des Neurozentrums des Spitals K. ___ vom 9. Oktober 2017 verkleinert den Beweiswert des Gutachtens vom 12. Dezember 2016 nicht.

10.3.2 Da auf die im Austrittsbericht der Klinik Q. ___ vom 3. April 2018 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)» nicht näher eingegangen wird, ist sie nicht gänzlich nachvollziehbar. Die durch die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt beschriebenen Angstzustände stimmen indes mit den bereits im Rahmen der psychiatrischen Exploration beschriebenen überein, weshalb diesbezüglich nicht von einer wesentlich veränderten gesundheitlichen Situation ausgegangen werden kann. So gab die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt u.a. an, die ihren Alltag mittlerweile bestimmenden diffusen Angstzustände (ohne Vorwarnung auftretend, mit innerem Kribbeln und den Tränen nahe sein, Schwitzen, starker innerer Unruhe) würden meist auftreten, wenn sie unterwegs sei (IV-Nr. 84 S. 2). In diesem Sinn äusserte sie sich im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. August 2018 dahingehend (IV-Nr. 70.3 S. 3 oben), dass die plötzlich auftretenden Angstzustände (Zittern, nasse Hände, Losweinen) erstmalig nach dem epileptischen Anfall im Sommer 2015 aufgetreten seien und nur erfolgten, wenn sie sich ausser Haus befinde. Folglich handelt es sich bei der Diagnose einer «Agoraphobie mit Panikstörung» lediglich um eine andere diagnostische Beurteilung des bereits im Zeitpunkt des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. T. ___ vom 26. August 2016 vorliegenden Sachverhalts, als eine «gemischten Angststörung (ICD-10 F41.3)» mit gemischten Symptomen von Panikstörung, generalisierter Angststörung und sozialer Phobie diagnostiziert wurde. Die im Austrittsbericht der Klinik

Q.____ weiter ausgewiesene «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0-1)» basiert wohl im Wesentlichen auf dem beim Eintritt durchgeführten BDI-II-Test. Denn die im Rahmen dieses Testverfahrens erreichten 24 Punkte entsprechen einer mittelgradigen Depression (IV-Nr. 84 S. 3 unten). Da das Beck-Depressions-Inventar (BDI) weitgehend auf den Angaben und Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Person basiert und die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen) und sich im Austrittsbericht vom 3. April 2018 keine weiteren Anhaltspunkte betreffend das Vorliegen einer mittelgradigen Depression finden, vermag diese Diagnosestellung nicht zu überzeugen. Es kommt hinzu, dass sich der im Austrittsbericht beschriebene psychopathologische Aufnahmebefund (IV-Nr. 84 S. 3) als unauffällig präsentiert und weitgehend mit dem im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung durch Dr. med. T.____ (IV-Nr. 70.3 S. 7 f.) festgestellten Befund übereinstimmt. So wurde im Austrittsbericht u.a. Folgendes festgehalten: wach und klar, in allen vier Ebenen orientiert, leicht reduzierte Aufmerksamkeit, grobkursorisch unauffällige Konzentration, unauffällige Auffassung, subjektiv beeinträchtigtes Kurzzeitgedächtnis, formales Denken kohärent, stark ausgeprägte agoraphobische Ängste, teilweise Panikattacken, weder Zwänge, noch Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Dementsprechend hielt Dr. med. T.____ im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. August 2016 (IV-Nr. 70.3 S. 7 f.) fest: wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, Hinweise auf kognitive Defizite bezüglich Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit, Hinweise auf eingeschränkte Mnestik, subjektive Angaben und Schwierigkeiten, sich Passwörter zu merken oder dem Inhalt von Hörbüchern zu folgen, formalgedanklich geordnet, weder Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- oder Zwang noch auf Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen oder gestörtes Ich-Erleben. Zudem setzte sich Dr. med. T.____ bereits im Rahmen seines Teilgutachtens vom 26. August 2016 mit der Diagnose einer Depression auseinander (IV-Nr. 70.3 S. 10 unten), wobei er diese mit der Begründung verneinte, es gebe weder in der Exploration noch in der sonstigen Anamnese einen Hinweis auf eine depressive Symptomatik, die die Kriterien einer Major Depression (ICD-10 F32 ■ F33) erfülle (depressive Stimmung in deutlich ungewöhnlichem Ausmass, fast jeden Tag, unbeeinflusst von Umständen; Interessen- und Freudverlust; deutlich verminderter Antrieb). Auch die Frage, ob sich die Beschwerdeführerin selber als depressiv sehe, sei von dieser deutlich verneint worden. Sie sei gut gelaunt. Der psychiatrische Gutachter hielt zudem fest, dass die Symptome von Angst und Depression naturgemäss vielfach schwierig voneinander zu trennen seien, was die Beurteilung der Depression in diesem Fall erschwere (IV-Nr. 70.3 S. 11 oben). Zudem nahm Dr. med. T.____ zum Einwand gegen den Vorbescheid vom 12. August 2015 Stellung (IV-Nr. 55), indem er ausführte, er könne sich diesem insofern nicht anschliessen, als die Beschwerdeführerin unter einer «mittlerweile mittelschweren Depression» leiden solle, sprich einer Major Depression F32 ■ F33. Der psychiatrische Gutachter hat sich folglich mit der Diagnosestellung einer Depression umfassend auseinandergesetzt und diese in überzeugender und nachvollziehbarer Weise verneint. Der im Austrittsbericht der Klinik Q.____ gestellten Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F43.1)» kann nicht gefolgt werden. Weiter einzugehen ist auf die im Austrittsbericht der Klinik Q.____ erstmals diagnostizierte «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» im Zusammenhang mit den während des Aufenthalts in

der Klinik bei der Beschwerdeführerin aufgetauchten intrusiven Erinnerungen an den Missbrauch durch den Vater (IV-Nr. 84 S. 4). Da die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern der Gutachterstelle H.____ keinerlei Angaben zu entsprechenden Vorkommnissen in ihrer Vergangenheit gemacht hat und auch den zuvor verfassten medizinischen Berichten keine entsprechenden Hinweise zu entnehmen sind, haben sich die Gutachter mit dieser Thematik damals nicht befassen können. Aus dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 12), wonach ihre psychiatrische Situation im Gutachten nur unzureichend abgeklärt worden sei, da das massive Kindheitstrauma, dem ein sexueller Missbrauch zugrunde liege, nicht weiter abgeklärt und vom psychiatrischen Gutachter nicht hinreichend berücksichtigt worden sei, kann die Beschwerdeführerin daher nichts zu ihren Gunsten ableiten. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Hospitalisation in der Klinik Q.____ vom 6. Februar bis 21. März 2018 denn auch an, vor dem Eintritt keine Symptome mehr gehabt zu haben (IV-Nr. 84 S. 4). Da eine PTBS Diagnose nicht bereits aufgrund einer längeren Latenzzeit verworfen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.3.3), ist diese Diagnosestellung im vorliegenden Fall zu berücksichtigen. Es stellt sich daher die Frage, ob sich die posttraumatische Belastungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken vermag. Im Austrittsbericht vom 3. April 2018 finden sich dazu keine Hinweise. Diesem lässt sich einzig entnehmen, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine «leichte Form» der posttraumatischen Belastungsstörung handle (IV-Nr. 84 S. 4). Der Beschwerdeführerin wurde auch keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert, sondern einzig eine solche während der Hospitalisation bis zum 4. April 2018. Zudem entsprechen die durch die Klinik formulierten Einschränkungen der Beschwerdeführerin (vollständige Beeinträchtigung der Verkehrsfähigkeit, schwere Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten und Selbstbehauptungsfähigkeit, mittlere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit sowie leichte Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit) denjenigen im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ (Verkehrsfähigkeit deutlich beeinträchtigt, Spontanaktivitäten deutlich eingeschränkt, Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig bis schwer eingeschränkt, Durchhaltefähigkeit mittelgradig eingeschränkt und Gruppenfähigkeit reduziert, IV-Nr. 70.1 S. 13). Es kann daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die leichte Form der posttraumatischen Störung nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auswirken vermag. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. G.____, RAD, in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) fest, abgesehen von der kurzen Phase der vollständigen Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation in der Klinik könne auf die Arbeitsfähigkeit im Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 abgestellt werden.

Die im Austrittsbericht ebenfalls gestellten somatischen Diagnosen einer essentiellen Hypertonie und eines Asthmas bronchiale finden sich bereits im Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 (vgl. E. II. 9.7 hiervor). Da es sich somit um unveränderte Diagnosestellungen handelt, ist darauf nicht einzugehen.

Der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 wird durch den Austrittsbericht der Klinik Q.____ nicht verringert.

10.3.3 Eingehend auf den Bericht von Dr. med. J.____ vom 6. August 2018 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) kann festgehalten werden, dass er sämtliche der im Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 3. April 2018 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) ausgewiesenen Diagnosestellungen

bestätigte, wobei er die rezidivierende depressive Störung als «gegenwärtig eher leichtgradig» einschätzte. Da die durch den behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ beschriebenen objektiven Befunde (wache und allseits orientierte Patientin. Formales Denken unauffällig, bei etwas auffallend lückenhaftem Faktengedächtnis. Keine Wahnzeichen oder Sinnestäuschungen. Affektiv mitschwingend. Angepasst und zugewandt wirkende Beschwerdeführerin, IV-Nr. 89 S. 2) den im Gutachten der Gutachterstelle H.____ festgestellten psychopathologischen Befunden entsprechen (IV-Nr. 70.3 S. 7; vgl. E. II. 10.3.2 hiervor), kann ■ wie bereits in E. II. 10.3.2 dargelegt ■ festgehalten werden, dass es sich bei der Einschätzung von Dr. med. J.____ lediglich um eine andere diagnostische Beurteilung des seit der Begutachtung durch die Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt. Dem entspricht auch die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiervor), wonach die in den aktuellen Berichten geschilderte Symptomatik gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung in der Gutachterstelle H.____ weitgehend unverändert sei. Dr. med. J.____ setzte sich mit der durch ihn diagnostizierten «posttraumatischen Belastungsstörung (nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit), ICD-10 F43.1» nicht weiter auseinander, weshalb diese Diagnosestellung nicht nachvollziehbar ist. Gleiches gilt für die diagnostizierte Agoraphobie mit Panikstörung. Es kommt hinzu, dass es sich bei Dr. med. J.____ um den die Beschwerdeführerin seit dem 3. Mai 2018 behandelnden Psychiater handelt. Daher ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach sowohl behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.4.2 mit weiteren Hinweisen).

Eine Schmälerung des Beweiswertes des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 ergibt sich durch den Bericht von Dr. med. J.____ vom 6. August 2018 nicht.

10.3.4 In Bezug auf den erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu den Akten gereichten und vom 31. Mai 2020 datierenden Bericht von Dr. med. J.____ (vgl. E. II. 9.15 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieser erst nach dem Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 erstattetet wurde (vgl. E. II. 1.2 hiervor). In diesem Bericht ging der die Beschwerdeführerin behandelnde Psychiater im Wesentlichen auf die anlässlich seiner bereits im Bericht vom 6. August 2018 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) angekündigte Intelligenzabklärung ein. Demnach bestehe eine Minderintelligenz, v.a. die Intellektualität betreffend, etwas weniger den Handlungsaspekt (IQ 74, verbal 69). Diesbezüglich kann gestützt auf die bundesrichterliche Rechtsprechung ausgeführt werden, dass Intelligenzminderungen nach dem heute zur Anwendung gelangenden Klassifikationssystem ICD-10 in leichte (Intelligenzquotient [IQ] 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20) Fälle eingeteilt werden (ICD-10 F.70 bis F.73; Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2018 vom 11. Februar 2019 E. 5.2). Folglich kann ■ entgegen der Ansicht von Dr. med. J.____ ■ bezüglich des Gesamt-IQs von 74 nicht von einer Minderintelligenz ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bereits der RAD-Arzt Dr. med. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) angab, in Erfahrung gebracht zu haben, dass die Intelligenzleistung der Beschwerdeführerin «im unteren

Bereich» liege, was jedoch für eine angepasste Tätigkeit kein Hindernis darstelle. Folglich vermag die Einschätzung des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters insgesamt nicht zu überzeugen. So vermag er insbesondere nicht darzulegen, inwiefern und weshalb sich die Minderintelligenz bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auszuwirken vermöchte. Auch die weitere Einschätzung von Dr. med. J.____, wonach die Diagnosestellung von Persönlichkeitsakzentuierung angesichts der Hauptdiagnosen PTBS und Minderintelligenz für problematisch gehalten werde, wird lediglich in generell-abstrakter Weise vorgebracht. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit diesen Diagnosen findet sich nicht, weshalb diese Beurteilung nicht einzuleuchten vermag.

Der Bericht von Dr. med. J.____ vom 31. Mai 2020 steht demzufolge dem Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ nicht entgegen.

10.3.5 Die nach dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 erstatteten medizinischen Berichte verringern dessen Beweiswert nicht.

10.4 Zusammenfassend kann dem Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 ■ in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. med. G.____ (vgl. E. II. 9.8 hiervor) ■ voller Beweiswert zugesprochen werden. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 28. April 2020 auf dieses Gutachten abgestellt hat (A.S. 4). Es kann daher auch auf die im Gutachten der H.____ festgestellte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden: Demgemäss ist die Beschwerdeführerin in den bisherigen Tätigkeiten als Reinigungskraft und Fleischverpackerin aus pneumologischer Sicht seit November 2010 nicht mehr arbeitsfähig, da an beiden Arbeitsstellen das bekannte Asthma bronchiale durch Desinfektions- und Reinigungsmittel getriggert wurde. In einer gemäss dem formulierten Zumutbarkeitsprofil optimal angepassten beruflichen Tätigkeit kann die Beschwerdeführerin jedoch seit circa Anfang 2015 zu 80 % tätig sein (vgl. E. II. 9.7 hiervor). Das Zumutbarkeitsprofil wurde wie folgt formuliert: Qualitativ zumutbar seien Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Schichtbetrieb und ohne Überstunden sowie mit fehlender Wochenendarbeit, diese Einschränkung ergebe sich aus der geringen Stresstoleranz der Beschwerdeführerin. Des Weiteren sollten die Arbeitsaufgaben klar geregelt sein ohne grosse Verantwortung, um einer Überforderung der Beschwerdeführerin entgegenzuwirken. Ihr sollte zudem die Möglichkeit gegeben werden, Pausen flexibel einzuteilen. Eine potentielle Arbeitsstätte sollte von zu Hause aus gut erreichbar sein, da es die Beschwerdeführerin aufgrund der Angststörung nicht möglich sei, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Aufgrund des Asthma bronchiale, das durch verschiedene Faktoren getriggert werden könne, sollten Arbeiten mit Kälteexposition, Staubexposition, der Kontakt mit Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmitteln konsequent vermieden werden. Schwere körperliche Belastungen seien der Beschwerdeführerin aufgrund der spiroergometrisch nachgewiesenen leicht verminderten Sauerstoffaufnahme nicht mehr zumutbar. Leichte körperliche Tätigkeiten könne sie jedoch vollumfänglich durchführen. Aufgrund der möglicherweise vorliegenden Epilepsie seien Tätigkeiten mit potentieller Absturzgefahr, Arbeiten an gefährlichen Maschinen und der berufsmässige Personentransport nicht mehr zumutbar. Da anlässlich der Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Neurozentrum des Spitals K.____ vom 26. September bis 2. Oktober 2017 die Diagnose einer Epilepsie ausgeschlossen werden konnte (vgl. E. II. 9.9 hiervor), ist das Zumutbarkeitsprofil dahingehend zu korrigieren, dass die diesbezüglichen Einschränkungen (Tätigkeiten mit potenzieller Absturzgefahr, Arbeiten an gefährlichen Maschinen und berufsmässiger Personentransport)

wegfallen. Dies bestätigte auch die Beschwerdegegnerin im Rahmen der hier angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 (vgl. E. II. 5.1 hiervor), indem sie festhielt, die Diagnose einer Epilepsie habe im Nachgang zum Gutachten nicht erhärtet werden können, weshalb das Tätigkeitsprofil anzupassen sei, indem die qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen einer möglichen Epilepsie weg falle.

11. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2013 (IV-Nr. 40) hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 verändert. So wurde der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Entscheids vom 30. September 2013 gestützt auf die somatischen Diagnosen eines «allergischen Asthma bronchiale und allergische Rhinokonjunktivitis», sowie einer «Adipositas Grad II» und einer daraus hervorgehenden vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit keine Invalidenrente zugesprochen. Im Zeitpunkt der Verfügung vom 28. April 2020 ergab sich in Bezug auf die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin gemäss dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 mit einer «gemischten Angststörung», einer «abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsstörung», einer «ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung», eines «allergischen Asthma bronchiale» sowie einer «passageren Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie am 25. Juni 2015» eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit gemäss dem formulierten Zumutbarkeitsprofil. Es ist daher in Bezug auf die Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin insgesamt von einer veränderten Situation im Sinne einer Verschlechterung auszugehen. So haben sich bei der Beschwerdeführerin im Laufe der Zeit psychische Probleme entwickelt und die Beschwerdeführerin erlitt am 25. Juni 2015 eine Bewusstseinsbeeinträchtigung.

12. Nachfolgend ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen (vgl. E. II. 5.2 hiervor), wonach ausgehend von den Feststellungen des RAD angenommen werden müsse, dass ihr eine Verwertung der noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt tatsächlich nicht mehr möglich sei. In diesem Zusammenhang stellte sich die Beschwerdeführerin auch auf den Standpunkt, es sei im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 12. Dezember 2019 nicht auf die Wechselwirkung zwischen Minderintelligenz und psychischen Beeinträchtigungen eingegangen worden und es hätten weitere Abklärungen bez. der Auswirkungen des IQs von 74 auf die Leistungsfähigkeit vorgenommen werden müssen. Die Beschwerdeführerin bezieht sich in ihrem Vorbringen auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G.____ vom 12. Juni 2019 (vgl. E. II. 9.14 hiervor).

12.1 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 ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von

Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (Urteil des Bundesgerichts 9C_650/2015 vom 11. August 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_442/2019 vom 20. Juli 2019 E. 4.2 und 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur 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 zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2019 vom 11. September 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460 mit weiteren Hinweisen).

12.2 Es ist daher in diesem Zusammenhang zunächst auf den IQ einzugehen. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Dr. med. T.____ im Rahmen seines psychiatrischen Teilgutgutachtens vom 26. August 2016 ausführte (IV-Nr. 70.3 S. 11), bei der Beschwerdeführerin sei von einer niedrigen Intelligenz im Sinne einer Lernbehinderung auszugehen (nicht jedoch von einer Intelligenzminderung unterhalb eines IQs von 70). Hinweise darauf ergäben sich in der aktuellen Untersuchung, aber auch in der Anamnese, wenn man den Schulbesuch bzw. die Ausbildung anschau, die offenbar z.T. an speziellen Einrichtungen erfolgt seien. Aktenanamnestisch liege eine Intelligenztestung indes nicht vor, auf die man sich stützen könnte. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass den Gutachtern der niedrige Intelligenzquotient der Beschwerdeführerin bekannt war und sie diesen daher bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen. So stellten sie auch fest, aufgrund des bereits chronifizierten Verlaufs der Angststörung und der gleichzeitig vorhandenen abhängig (asthenisch) akzentuierten Persönlichkeitsstörung sowie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung und dem gleichzeitig niedrigen Intelligenzniveau werde sich die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht verbessern können (IV-Nr. 70.1 S. 16, vgl. E. II. 9.8 hiavor). Die Gutachter gaben zudem an (IV-Nr. 70.1 S. 14), als individuelle Belastungsfaktoren sei einerseits ein einfaches Intelligenzniveau der Beschwerdeführerin zu benennen, andererseits der damit verbundene einfache Ausbildungsstand. Somit überzeugt das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach im Gutachten nicht auf die Wechselwirkungen zwischen der Minderintelligenz auf der einen und den psychischen Beeinträchtigungen auf der anderen Seite eingegangen worden sei, nicht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach konstanter Rechtsprechung heute bei einem IQ von 70 und mehr ein invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden verneint wird (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_291/2017 vom 20. September 2018 E. 8.2, 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 5.1, in: SZS 2015 S. 261, 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3 und [des Eidg. Versicherungsgerichts] I 775/05 vom 6. März 2006 E. 4.1). Demgegenüber führt ein IQ unterhalb dieses Werts in der Regel zu einer relevanten verminderten Arbeitsfähigkeit (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 775/06 vom 14. August 2007 E. 5.2). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass der bei der Beschwerdeführerin auf 74 bezifferte Gesamt-IQ (IV-Nr. 92 S. 2), von Dr. med. G.____ als Intelligenzleistung im «unteren Bereich» beschrieben und dahingehend beurteilt wurde, dass dieser für eine angepasste Tätigkeit kein Hindernis darstelle (vgl. E. II. 9.12 hiavor). Eingehend auf das weitere

Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach betreffend die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit durch den niedrigen IQ weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen (vgl. E. II. 12 hiervor), kann festgehalten werden, dass der Entscheid der durchzuführenden Untersuchungen stets im Ermessen des jeweiligen medizinischen Sachverständigen liegt. Demnach erachtete es der psychiatrische Gutachter Dr. med. T.____ in seinem Teilgutachten als nicht notwendig, diesbezüglich weitere Abklärungen vorzunehmen. Dies ist auch nicht zu beanstanden, da er anschliessend Lage war, den IQ bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin entsprechend zu würdigen (vgl. oben).

12.3 Dr. med. G.____ hielt in seiner Aktennotiz vom 12. Juni 2019 (vgl. E. II. 9.14 hiervor) fest, die Kombination von sehr knapper Intelligenz und psychischen Problemen schränke die berufliche Leistungsfähigkeit derart ein, dass in Bezug auf die Einsatzmöglichkeiten von einem Grenzbereich zwischen erstem und zweitem Arbeitsmarkt auszugehen sei. Es stellt sich daher die Frage, ob die Beschwerdeführerin überhaupt in der Lage ist, das durch die Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil auf dem ersten Arbeitsmarkt umzusetzen. In diesem Zusammenhang wies Dr. med. G.____ bereits in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) darauf hin, es sei entscheidend, ob das von den Gutachtern erstellte Zumutbarkeitsprofil ohne (allenfalls mit Abzügen zu berücksichtigende) Einschränkungen mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu vereinbaren sei. So hätten die Gutachter im erwähnten Zumutbarkeitsprofil doch eine ganze Reihe an behinderungsbedingten Einschränkungen genannt. Er begrüsste daher in diesem Zusammenhang das demnächst durchzuführende Belastbarkeitstraining bei der Stiftung I.____. Anlässlich dieses viermonatigen Belastbarkeitstrainings war es der Beschwerdeführerin möglich, ihre Präsenzzeit von 2 auf 2.5 Stunden zu steigern. Eine weitere Steigerung hätte nach Einschätzung der Arbeitsbetreuung mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Dekompensation der Beschwerdeführerin geführt (vgl. E. II. 9.13 hiervor). Anlässlich des Standortgesprächs vom 14. Mai 2019 wurde daher festgehalten, es sei fraglich, ob und wann die Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt wieder Fuss fassen könne. Dazu könne zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden. Der RAD-Arzt Dr. med. G.____ hielt dementsprechend in der Aktennotiz vom 12. Juni 2019 fest (vgl. E. II. 9.14 hiervor), es solle nochmals kritisch überprüft werden, ob das Zumutbarkeitsprofil auf dem ersten Arbeitsmarkt überhaupt umsetzbar sei, wobei Zweifel auch in Anbetracht der gemachten Erfahrungen anlässlich der praktischen Erprobung in der Stiftung I.____ berechtigt seien.

Massgeblicher Zeitpunkt für die verbleibende berufliche Aktivitätsdauer ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit der Teilerwerbstätigkeit. Vorliegend kann dieser Zeitpunkt frühestens auf den 12. Dezember 2016, mit dem Erstellen des Gutachtens der Gutachterstelle H.____, festgelegt werden. Damals war die Beschwerdeführerin 42jährig. Es ist vorliegend im Weiteren davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres bisherigen beruflichen Werdeganges, ihrer Ausbildung als Schreinerin, den temporären beruflichen Erfahrungen als Küchen- / Buffethilfe, Lageristin, Sicherheitsangestellte und Raumpflegerin sowie den Festanstellungen als Betriebsmitarbeiterin in der Acrylglasverarbeitung und als Verpackerin / Produktkontrolle (IV-Nr. 17 S. 2 f.) und aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur, ihre Restarbeitsfähigkeit bei einfachen Hilfsarbeitertätigkeiten grundsätzlich zu verwerten vermag. Dies bestätigen auch die Gutachter, indem sie festhielten, dass der Beschwerdeführerin eine optimal angepasste

Verweistätigkeit zu 80 % zumutbar sei (vgl. E. II. 9.7 hiervor). Daher besteht im vorliegenden Fall grundsätzlich die Möglichkeit der Ausübung von Hilfsarbeiten. Da der Beschwerdeführerin aufgrund der dokumentierten Akten relativ niedrige intellektuelle Fähigkeiten zugesprochen werden, ist davon auszugehen, dass sie sich in einer neuen beruflichen Tätigkeit nicht gerade sehr rasch einarbeiten könnte. Bei einem noch bestehenden Leistungsvermögen von 80 % kann jedoch selbst unter Berücksichtigung einer gewissen Einarbeitungszeit nicht davon ausgegangen werden, dass eine Anstellung aus Sicht eines potenziellen Arbeitgebers von vornherein unwirtschaftlich wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.2.2 mit Hinweis). Es ist auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch, dass es eine Stelle mit den der Beschwerdeführerin noch zumutbaren beruflichen Tätigkeiten mit entsprechenden Einschränkungen (leichte körperliche Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Schichtbetrieb, Überstunden und Wochenendarbeit, mit klarer Regelung der Arbeitsaufgaben, ohne grosse Verantwortung, mit flexiblem Einteilen der Pausen, von zuhause aus gut erreichbarer Arbeitsplatz, ohne Kälte-, Staubexposition sowie unter Vermeidung von Kontakt mit Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmitteln) gibt. Dies auch ohne die durch den RAD-Arzt Dr. med. G. ___ in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2019 (vgl. E. II. 12.2 hiervor) ausgewiesenen, der Beschwerdeführerin nicht zumutbaren, Arbeiten am PC und administrativen Tätigkeiten. Zu denken ist bspw. an das Bereitstellen von Arbeitsgeräten, die Qualitätskontrolle, oder die Warensortierung sowie das einfache Bedienen und Einrichten von Maschinen. Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich zumutbar ist.

13. Da aufgrund des Gutachtens der Gutachterstelle H. ___ vom 12. Dezember 2016 insgesamt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgewiesen ist (vgl. E. II. 11 hiervor), ist es korrekt, dass die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich vorgenommen hat (A.S. 2):

13.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) ■ hier: ab 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 2.2 hiervor) ■ nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

13.1.1 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 5, 9, 45 S. 5, 70.2 S. 1, 70.3 S. 3 f., 70.4 S. 4 f., 70.5 S. 2 f.) besuchte die Beschwerdeführerin von 1982 bis 1991 die Primarschule (Sprachheilschule) und von 1991 bis 1992 das 10. Schuljahr / Werkjahr. Anschliessend absolvierte sie die Lehre als Schreinerin (Möbel- und Innenausbau), welche sie am 1. Juli 1997 erfolgreich abschloss. Anschliessend war sie vom 1. September bis 31. Dezember 1997 als Mitarbeiterin Lagerhaus und vom 9. Februar 1998 bis am 1. April 2005 als Lageristin im Bereich Spielwaren bei der Firma [...] tätig, arbeitete von April 2005 bis August 2005 als Küchen- und Buffethilfe in Teilzeit bei der Firma [...] und war vom 22. August 2005 bis am 15. November 2005 als Lagermitarbeiterin bei der Firma [...] im Einsatz. Als Sicherheitsangestellte in Teilzeiteinsätzen arbeitete sie bei der Firma [...] von

2005 bis 2006. Vom 1. Juni bis 25. Juli 2006 war sie sodann als Raumpflegerin bei der Firma [...] tätig. Vom 1. Dezember 2006 bis am 31. Mai 2010 war die Beschwerdeführerin als Produktionsmitarbeiterin in der Abteilung Navigationslichtverglasungen bei der Firma [...] angestellt. Vom 2. November 2010 bis im März 2012 arbeitete sie als Betriebsmitarbeiterin und Verpackerin / Produktkontrolle bei der Firma B.____. Der durch die Beschwerdegegnerin durchgeführte Arbeitsversuch ab 15. Oktober 2012 bei der Firma D.____ wurde per 16. November 2012 aufgrund mehrerer Absenzen vorzeitig abgebrochen (IV-Nr. 22). Vom 28. Januar bis 22. Februar 2013 fand sodann in der Firma E.____ ein Assessment in der Reinigung und Kabelkonfektion statt, das durch die RAV durchgeführt wurde (IV-Nr. 35). Vom 10. April 2014 bis 31. März 2015 war die Beschwerdeführerin sodann bei der Firma [...] als Raumpflegerin in Privatwohnungen in einem Pensum von 50 % tätig (IV-Nr. 45 S. 5).

13.1.2 Einzugehen ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie als Frühinvalide gelte und daher beim Valideneinkommen nach Art. 26 Abs. 1 IVV vorzugehen sei (vgl. E. II. 5.2 hiervor). Im vorliegenden Fall war es der seit ihrer Kindheit an einem Sprachfehler und einer Lernbehinderung leidenden Beschwerdeführerin möglich, eine berufliche Ausbildung als Schreinerin zu absolvieren. Sie verfügt somit über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dies steht einer Qualifikation als Frühinvalide gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV allerdings nicht unter allen Umständen entgegen: Nach der Rechtsprechung sind Frühinvalide Versicherte, die seit ihrer Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten. Dazu gehören auch Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf Ziffer 3035 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherungen [KSIH]). Entscheidend ist in dieser Konstellation, ob die versicherte Person die absolvierte Ausbildung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt «ummünzen» kann oder ob ihr dies behinderungsbedingt verunmöglicht ist (zitiertes Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 4.3 am Ende).

Die Beschwerdeführerin arbeitete nach der abgeschlossenen Ausbildung als Schreinerin nie auf diesem Beruf. Sie gab an, während des letzten Lehrjahres durch den Maschinisten schikaniert worden zu sein, weshalb sie «fertig gewesen» sei und die Lehre nur mit Hilfe ihres damaligen Freundes habe abschliessen können. Danach habe sie nie mehr als Schreinerin gearbeitet (IV-Nr. 70.4 S. 4). Sie war jedoch anschliessend in der Lage, während mehreren Jahren diverse Hilfsarbeitertätigkeiten in einem vollen Arbeitspensum und meist längerfristig auszuüben. Folglich war es ihr möglich, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen, berufliche Kenntnisse zu erwerben und jeweils eine längerdauernde Anstellung finden und zu halten. Zudem nahm sie das ihr durch die Beschwerdegegnerin zugesprochene Coaching der Firma C.____ in Anspruch und konnte das durch das RAV gewährte Assessment bei der Firma E.____ bewältigen (IV-Nrn. 34 S. 2 f., 35). Einziger Arbeitsversuch bei der Firma D.____ GmbH musste vorzeitig abgebrochen werden. Der Verantwortliche der Firma gab diesbezüglich jedoch an, dass das Problem ganz klar nicht die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin sei, sondern die fehlende Motivation, die Einstellung und der Arbeitswille. Insgesamt fällt daher ■ entgegen

der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ eine Anwendung von Art. 26 Abs. 1 IVV ausser Betracht.

13.1.3 Da der gelernten Schreinerin, die über Jahre hinweg u.a. verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten ausübte, die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Betriebsmitarbeiterin und Verpackerin / Produktkontrolle bei der Firma B.____ aus gesundheitlichen per Ende Februar 2012 (Allergie gegen ein Desinfektionsmittel) gekündigt wurde bzw. das Anstellungsverhältnis in gegenseitigem Einverständnis aufgelöst worden ist (vgl. Protokolleintrag vom 16. Dezember 2011), ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Aufgrund der vorliegenden Akten ist somit für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht ■ wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat (A.S. 3) ■ auf den Tabellenlohn des Bundesamtes für Statistik abzustellen, sondern das zuletzt bei der Firma B.____ erzielte Erwerbseinkommen heranzuziehen. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 7. September 2011 (IV-Nr. 7) betrug der Stundenlohn der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2011 CHF 18.79 (Grundlohn). Dies ergäbe beim damaligen Arbeitspensum von 43 Stunden pro Woche (IV-Nr. 7 S. 3) und 52 Jahresarbeitswochen einen Jahreslohn von CHF 42'014.45. Dieser Betrag ist um den 13. Monatslohn (8.33 %, IV-Nr. 7 S. 3) zu erhöhen. Der im Jahr 2011 somit errechnete Jahreslohn von CHF 45'514.25 ist zudem noch an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2015 (T1.10 Nominallohnindex, 2011 ■ 2018, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren», : 100.9 x 104.2) anzupassen. Somit beträgt das Valideneinkommen CHF 47'002.80.

13.1.4 Das oben errechnete Jahreseinkommen von CHF 47'002.80 ist im Vergleich mit den diesbezüglichen statistischen Löhnen relativ tief. Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) oder ein regional unterdurchschnittliches Lohnniveau die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ebenfalls lediglich einen unterdurchschnittlichen Lohn erzielen kann (BGE 135 V 58). Da die Beschwerdeführerin besondere Schulen bzw. eine besondere Ausbildungsstätte besucht hat (vgl. E. II. 13.1.1 hiervor), ist davon auszugehen, dass sie sich nicht freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Lohn begnügt hat. Daher stellt sich die Frage eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei der Frage, ob ein Einkommen unterdurchschnittlich ist, auf die branchenspezifischen, gesamtschweizerischen Zahlen abzustellen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_534/2012 vom 4. Februar 2013 E. 4.4 m.H.), wäre hier der Tabellenlohn gemäss LSE 2011, Ziff. 10 ■ 33 «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren» heranzuziehen. Dabei ist auf das Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Frauen, von CHF 4'411.00 abzustellen. Aufgerechnet auf die betriebsüblichen Wochenstunden von 41.3 Stunden im Jahr 2015 (vgl. «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen», T 03.02.03.01.04.01, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren») und angepasst an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2015, entspricht dies einem Jahreslohn von CHF 54'795.85 (CHF 4'411.00 x 12 [: 41.2 x 41.3] {: 100.9 [2011] x 104.2 [2015], T1.10 Nominallohnindex, 2011 ■ 2018, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren»)).

Folglich beträgt die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst der Beschwerdeführerin und dem LSE-Tabellenlohn (CHF 54'795.85 ■ CHF 47'002.80) total CHF 7'793.05, was 14.2 % entspricht.

13.1.5 Da ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, erst dann in Frage kommt, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 135 V 297 E. 6.1.1 S. 303) und eine Parallelisierung nur in dem Umfang vorzunehmen ist, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.3), hat vorliegend eine Parallelisierung im Umfang von 9.2 % (14.2 % ■ 5 %) zu erfolgen.

Damit beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 51'327.05 (CHF 47'002.80 + 9.2 %).

13.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG).

13.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 10.4 hiervor), ist davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin ab circa Anfang 2015 möglich ist, eine körperlich leichte Verweistätigkeit zu 80 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2015, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'300.00 auszugehen (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen (CHF 4'300.00 x 12 [: 40 x 41,7] = CHF 53'793.00) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2015 anzupassen (: 103.3 x 103.7). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 43'201.05.

13.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ 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).

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 46 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder

Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da die Beschwerdeführerin Schweizer Bürgerin ist (IV-Nr. 3) und somit im Anforderungsniveau 1 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Weiter stellt sich bei der Beschwerdeführerin auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da in vorliegendem Fall keine das durch die Gutachterstelle H.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil übersteigenden Einschränkungen der Beschwerdeführerin ersichtlich sind und im Gutachten gar explizit festgehalten wurde, dass eine 80%ige Präsenzfähigkeit bei uneingeschränkter Leistungsfähigkeit bestehe (vgl. E. II. 9.7 hiervor), erübrigt sich die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs.

13.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 51'327.05 und einem Invalideneinkommen von CHF 43'201.05 eine Erwerbseinbusse von CHF 8'126.00, die einem IV-Grad von gerundet 16 % entspricht. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 2 hiervor).

14. In Bezug auf das Eventualbegehren betreffend die Gewährung weiterer beruflicher Massnahmen (vgl. E. I. 3 Ziff. 2 hiervor) bezieht sich die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift im Wesentlichen auf eine Umschulung (A.S. 19). Die Beschwerdegegnerin lehnt in der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 berufliche Massnahmen mit der Begründung ab, es seien der Beschwerdeführerin anlässlich der Anmeldung vom 2. September 2011 solche angeboten und während einer angemessenen Betreuungszeit durchgeführt worden (A.S. 3, vgl. E. II. 5.1 hiervor). So habe die Beschwerdeführerin durch das Bewerbungscoaching bei der Firma C.____ ihre Bewerbungsunterlagen aktualisieren und Bewerbungsgespräche üben können. Damit habe sie die Fähigkeit und das Wissen erlangt, um sich selbständig für eine Arbeitsstelle zu bewerben.

14.1 Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindesterwerbseinbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f., 124 V 108 E. 3 S. 111; Urteil des Bundesgerichts 8C_792/2019 vom 28. Februar 2020 E. 3.1). Somit besteht im vorliegenden Fall bei einem errechneten IV-Grad von 16 % (vgl. E. II. 13.3 hiervor) kein entsprechender Anspruch. Eine geeignete Umschulungsmöglichkeit, welche den kognitiven Möglichkeiten der Beschwerdeführerin (IQ von 74) entsprechen und zu einem höheren Verdienst führen würde, ist zudem nicht ersichtlich.

14.2 In der Beschwerdeschrift vom 28. Mai 2020 (A.S. 8 ff.) findet sich keine Begründung in Bezug auf die Durchführung von anderen beruflichen Massnahmen gemäss Art. 15 ff. IVG. Es wird einzig festgehalten, dass bei einem IV-Grad von 20 % «berufliche Massnahmen ernsthaft durchzuführen» seien (A.S. 19 unten). Daher ist ■ mit Ausnahme der Umschulung (vgl. oben) ■ auf die beantragten weiteren beruflichen Massnahmen nicht einzutreten.

14.3 Folglich hat die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Umschulung zu Recht abgewiesen. Auf die geltend gemachten weiteren beruflichen Massnahmen ist nicht einzutreten.

15. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. April 2020 (A.S. 1 ff.) die Ansprüche auf Ausrichtung einer Invalidenrente sowie

auf eine Umschulung zu Recht abgewiesen hat. Auf den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen ist nicht einzutreten. Die Beschwerde ist daher ■ soweit auf diese einzutreten ist ■ abzuweisen.

16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

17. 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:

1. Die Beschwerde wird ■ soweit auf diese einzutreten ist ■ abgewiesen.

2. Es wird keine Parteientschädigung ausgerichtet.

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

Die Gerichtsschreiberin

Flückiger

Küng

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_369/2021 vom 28. Oktober 2021 bestätigt.

E. 5

Asthma bronchiale (ICD-10 J45.9) Diagnostisch habe sich beim Eintritt nach ICD-10 eine mittelgradige depressive Symptomatik gezeigt, was gut mit der Selbsteinschätzung im BDI-II (24 Pkt.) korreliert habe. Bis zum Austritt sei es in der Fremd- wie in der Selbstwahrnehmung (BDI-II 5 Pkt.) zu einer vollständigen Regredienz der Symptomatik gekommen. Im Verlauf des Aufenthalts sei es zu intrusiven Erinnerungen an den Missbrauch durch den Vater sowie zu Albträumen gekommen. Die Beschwerdeführerin habe berichtet, diese Symptome zwar in der Zeit vor dem Eintritt nicht mehr gehabt zu haben, jedoch als Jugendliche und junge Erwachsene stark an diesen Symptomen gelitten zu haben. Bei Verdacht auf eine posttraumatische Belastungsstörung sei ein entsprechendes Interview (nach Kriterien des ICD-10) durchgeführt worden. Dabei habe die Beschwerdeführerin alle fünf Kriterien einer posttraumatischen Belastungsstörung aufgewiesen. Es werde zudem vermutet, dass die erwähnten epilepsieähnlichen Anfälle

dissoziativer Natur sein könnten. Schlussendlich sei die Diagnose einer posttraumatischen Belastungsstörung gestellt worden, wobei es sich jedoch um eine leichte Form handle. Die Beschwerdeführerin habe am 21. März 2018 in verbessertem psychischem Zustand aus der Klinik in die vorbestehenden Wohnverhältnisse entlassen werden können. Zum Entlassungszeitpunkt hätten keine Anhaltspunkte für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung bestanden. Im Rahmen der stationären Behandlung sei der Beschwerdeführerin ein Nachsorgeplan inkl. Rückfallprophylaxe erarbeitet worden. Die Beschwerdeführerin habe die Empfehlung erhalten, nach dem stationären Aufenthalt einmal wöchentlich einen Termin bei der ambulanten Psychiaterin wahrzunehmen. Da für sie der Weg nach [...] zu weit sei, habe sie sich während dem stationären Aufenthalt entschlossen, ihre ambulante Psychiaterin zu wechseln. Eine Arbeitsunfähigkeit zu 100 % sei bis inkl. 4. April 2018 ausgestellt worden. Bei der Beschwerdeführerin bestehe eine vollständige Beeinträchtigung in der Verkehrsfähigkeit, eine schwere Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten und der Selbstbehauptungsfähigkeit, eine mittlere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit sowie eine leichte Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit. 9.11 Der die Beschwerdeführerin seit dem 3. Mai 2018 behandelnde Dr. med. J.____, Psychotherapie und Psychiatrie FMH, hielt im Bericht vom 6. August 2018 (IV-Nr. 89) fest, die Beschwerdeführerin sei zwei- bis dreimal im Monat in Behandlung. Der Verlauf der bisher attestierten Arbeitsfähigkeit sehe wie folgt aus: 100 % arbeitsunfähig vom 1. Mai 2017 bis auf weiteres, vom 6. Februar bis 4. April 2018 und vom 3. Mai 2018 bis auf weiteres. Die Arbeitsunfähigkeit für die Tätigkeiten als Schreinerin / Lageristin / Raumpflegerin / Fabrikarbeiterin bis 3. Mai 2018 sei nicht durch ihn attestiert worden. Er stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig eher leichtgradige Episode, ICD-10 F33.01 – Posttraumatische Belastungsstörung (nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit), ICD-10 F43.1 – Agoraphobie mit Panikstörung, ICD-10 F40.01 Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei: – Arterielle Hypertonie Unter geschützten Arbeitsbedingungen bestünden gute Chancen auf eine langsame Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis auf 50 %. Die weitere Prognose müsste dann neu evaluiert werden. Weiteres Vorgehen / Behandlungsplan: Durchführung von Psychotests zur genaueren Diagnosestellung und Therapieanpassung. Fortsetzung der laufenden Psychotherapie und begleitenden psychiatrischen Behandlung. Es lägen keine Informationen zur beruflichen Situation der Beschwerdeführerin vor. Allgemein bestünden immer noch Einschränkungen im Bereich Konzentration und Leistungskonstanz, zudem auch gewisse Auffassungsschwierigkeiten und ein fehlerhaftes Verständnis realer Anforderungen. Auch bestehe eine gewisse emotionale Instabilität. Diese Faktoren wirkten sich auf jede zumutbare Tätigkeit leistungsmindernd aus. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine dem Leiden angepasste Tätigkeit sei steigernd bis vier Stunden täglich zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei positiv. Einer Eingliederung stünden folgende Faktoren im Weg: Die emotionale Stabilität, der mangelhafte Umgang mit Konzentrations- und Leistungsdruck, die fragliche Gruppenintegration bei unruhiger Umgebung mit Reizbelastung. Die Beschwerdeführerin könne nicht allein einkaufen gehen. Die Haushaltsführung sei reduziert und verlangsamt. Es würden Psychotests, inkl. Intelligenzabklärung vorgenommen. Grundsätzlich sei noch ungewiss, ob und wann die Beschwerdeführerin in der Lage sein werde, ihr massives Kindheitstrauma (sexueller Missbrauch) zu verarbeiten. Es fehle ihr dazu an emotionaler Stabilität und auch am Verständnis, dass sie ihr Leben tiefgreifend verändern und sich dabei viel besser abgrenzen

lernen müsse. 9.12 Dr. med. G.____, RAD, hielt in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (IV-Nr. 91 S. 2) fest, die in den aktuellen Berichten geschilderte Symptomatik sei gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung in der Gutachterstelle H.____ im August 2016 weitgehend unverändert. Diagnostisch gingen die Behandler inzwischen aufgrund der Anamnese von einer komorbiden posttraumatischen Belastungsstörung aus, wobei diese gemäss dem Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 3. April 2018 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) nur leicht ausgeprägt sei. Dort sei die Beschwerdeführerin vom 6. Februar bis 21. März 2018 hospitalisiert gewesen. Es sei vom 6. Februar bis 4. April 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % attestiert worden. Aus Sicht des RAD könne, abgesehen von der o.e. kurzen Phase mit vollständiger Arbeitsunfähigkeit, weiter auf die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit abgestellt werden, die im Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 festgehalten worden sei. Entscheidend sei – wie schon in der Stellungnahme des RAD vom 23. März 2017 (recte: 23. Februar 2017) ausgeführt (vgl. E. II. 9.8 hiervor) –, ob das von den Gutachtern aufgestellte Zumutbarkeitsprofil ohne (allenfalls mit Abzügen zu berücksichtigende) Einschränkungen mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu vereinbaren sei. Eine Intelligenzleistung «im unteren Bereich» (laut telefonischer Mitteilung von Herrn R.____ vom 11. Oktober 2018 in der Praxis J.____ ermittelt) stelle für eine solche angepasste Tätigkeit kein Hindernis dar. Die Gutachter hätten aber im erwähnten Zumutbarkeitsprofil doch eine ganze Reihe an behinderungsbedingten Einschränkungen genannt. Von daher sei das offenbar demnächst startende Belastbarkeitstraining im [...] zu begrüssen. Die Ergebnisse könnten möglicherweise bezüglich der Umsetzbarkeit im ersten Arbeitsmarkt zusätzlich Aufschluss geben. 9.13 Im Rahmen des am 14. März 2019 (IV-Nr. 95 S. 2 f.) durchgeführten Standortgesprächs bei der Stiftung I.____, [...], wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin habe mit zwei Stunden à fünf Tage angefangen zu arbeiten. Während der vier Monate habe die Präsenzzeit auf 2.5 Stunden täglich gesteigert werden können. Eine weitere Steigerung der Arbeitszeit sei aktuell nicht möglich, da die Gefahr einer Dekompensation bestehe. Es komme bei diesem Gespräch klar zum Ausdruck, dass die Beschwerdeführerin durch die Struktur und Arbeit an Stabilität gewinnen könne. Zur Frage, ob und wann die Beschwerdeführerin wieder im ersten Arbeitsmarkt Fuss fassen könne, könne zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden. 9.14 Dr. med. G.____, RAD, hielt in seiner Aktennotiz vom 12. Juni 2019 (IV-Nr. 96) fest, die sehr knappe Intelligenz (Gesamt-IQ 74) mit besonderer Schwäche im sprachlichen Bereich in Kombination mit den psychischen Problemen der Beschwerdeführerin schränkten die berufliche Leistungsfähigkeit qualitativ derart ein, dass bezüglich Einsatzmöglichkeiten von einem Grenzbereich zwischen erstem und zweitem Arbeitsmarkt auszugehen sei. Grundsätzlich behalte das im psychiatrischen Teilgutachten unter Punkt 6.7 auf den S. 12 / 13 formulierte Zumutbarkeitsprofil seine Gültigkeit, allerdings sei er – im Gegensatz zur Ansicht des Gutachters – der Meinung, dass Arbeiten am PC und / oder administrative Tätigkeiten nicht in Frage kämen. Hier wäre eine klare Überforderung anzunehmen. Es empfehle sich aus der Sicht des RAD, nochmals kritisch zu überprüfen, ob das Zumutbarkeitsprofil im ersten Arbeitsmarkt überhaupt umsetzbar sei. Zweifel seien berechtigt, auch in Anbetracht der gemachten Erfahrungen anlässlich der praktischen Erprobung in der Stiftung I.____. 9.15 Dr. med. J.____ führte in seinem Bericht vom 31. Mai 2020 (Beschwerdebeilage Nr. 7) u.a. aus, die Angaben der Beschwerdeführerin bestätigten erneut, dass sie neben ihrem niedrigen Intelligenzniveau hauptsächlich an den Folgen einer schweren körperlichen und psychischen Traumatisierung leide, in deren weiteren Kontext auch die Panikattacken und die Depressivität gehörten. Bei

der Beschwerdeführerin liege eine Posttraumatische Belastungsstörung nach wiederholtem sexuellem Missbrauch und Anwendung psychischer Gewalt seitens des Vaters vor (ICD-10 F43.1) und eine Minderintelligenz, die v.a. die Intellektualität betreffe, etwas weniger den Handlungsaspekt (IQ 74, verbal 69). Die Diagnosestellung von Persönlichkeitsakzentuierungen, angesichts der Hauptdiagnosen PTBS und Minderintelligenz, werde für problematisch gehalten. Das Leidensbild und die soziale sowie berufliche Dysfunktionalität der Beschwerdeführerin liessen sich am besten durch die beiden Hauptdiagnosen und die daraus ableitbaren psychischen Folgeleiden erklären. Die Angststörung könne zusätzlich als Agoraphobie mit Panik codiert werden (ICD-10 F40.04), zumindest teilweise sei die Angst jedoch Teil der PTBS, wie auch die episodische Depressivität. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergebe sich aus den gestellten Diagnosen eine Abweichung von der Einschätzung durch den Gutachter. So werde die Beschwerdeführerin für den Primärmarkt als ungeeignet gehalten. Allein der Umstand, dass der Gutachter für die der Beschwerdeführerin zumutbaren Verweistätigkeiten viele Einschränkungen habe machen müssen, zeige, dass die Einsetzbarkeit der Beschwerdeführerin auf dem Primärmarkt nicht mehr gegeben sei, beschreibe er doch im Grunde genommen eine geschützte Arbeitsstelle, ohne sie als solche anzusprechen. Die vom Gutachter erwähnte «angestammte Tätigkeit» sei im Übrigen eine Hilfsarbeitertätigkeit für Ungelernte und nicht der erlernte Schreinerberuf, der stillschweigend gar nicht mehr diskutiert werde. Angesichts der Diagnosen Minderintelligenz und PTBS mit Folgestörungen in Bezug auf das Sozialverhalten (Rückzügigkeit, Misstrauen) und die Angst (Panikattacken) erscheine die Arbeitsfähigkeit auf dem Primärmarkt nicht in relevantem Umfang gegeben. Auf dem Sekundärmarkt sei die Beschwerdeführerin im Rahmen dessen, was sie an Belastungen aktuell auszuhalten imstande sei, jedoch weiterhin einsetzbar. 10. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle H. ___ vom 12. Dezember 2016 abstellt (A.S. 4), ist nachfolgend zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt: 10.1 Das von Dr. med. S. ___, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin FMH, Dr. med. T. ___, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. U. ___, Fachärztin für Neurologie, und Dr. med. V. ___, FMH Pneumologie und FMH Allgemeine Innere Medizin, erstellte Gutachten wird den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.2 hiervor) in allen Punkten gerecht. So beruht das Gutachten auf allseitigen Untersuchungen, indem die Beschwerdeführerin je einer umfassenden Exploration durch den jeweiligen Facharzt bzw. durch die jeweilige Fachärztin unterzogen wurde (IV-Nrn. 70.1 S. 5 ff., 70.3 S. 2 ff., 70.4 S. 3 ff., 70.5 S. 2 ff.), womit auch ihre subjektiv geklagten Beschwerden in die gutachterliche Beurteilung mit eingeflossen sind. Zudem wurden am 3. August 2016 eine Laboruntersuchung, am 8. September 2016 ein EKG in Ruhe und unter maximaler Belastung, eine Lungenfunktionsprüfung, ein FeNO sowie eine Spiroergometrie durchgeführt und am 7. / 8. September 2016 fand eine tonometrische Polygraphie (Watch PAT) statt (IV-Nrn. 70.1 S. 3 und 9 f., 70.3 S. 9, 70.5 S. 5, 70.6 S. 1 – 16). Durch das Zusammenfassen der Akten in chronologischer Reihenfolge (IV-Nr. 70.2) kann bei den Gutachtern zudem von der Kenntnis der relevanten Vorakten (Anamnese) ausgegangen werden. So verwiesen auch der psychiatrische Gutachter Dr. med. T. ___ und die neurologische Gutachterin Dr. med. U. ___ in ihren jeweiligen Teilgutachten auf eben diese Aktenzusammenfassung (IV-Nrn. 70.3 S. 2, 70.4 S. 2). Weiter leuchten die medizinischen Zusammenhänge und die

Beurteilung der medizinischen Situation ein: So führte der psychiatrische Gutachter Dr. med. T. ___ aus, bei der Beschwerdeführerin liege eine Angststörung vor, die sich gemäss ICD-10 am ehesten als gemischte Angststörung mit Elementen einer Panikstörung, einer generalisierten Angststörung und einer sozialen Phobie abbilden lasse (IV-Nr. 70.3 S. 10). Diese diagnostische Beurteilung leuchtet aufgrund der anschliessenden Ausführungen ein, wonach die Beschwerdeführerin einerseits von Minuten andauernden Panikattacken (z.B. Busfahrten) berichte, in deren Rahmen sie eine ausgeprägte vegetative Symptomatik entwickle (trockener Mund, Brustschmerzen, Zittern) und die angstausslösende Situation verlassen müsse, sofern sie nicht in Begleitung z.B. ihres Ehemannes sei. Eine generell erhöhte Anspannung ergebe sich gemäss der Beschwerdeführerin aber auch z.B. bei anstehenden wichtigen Terminen (Arzttermine, Begutachtungstermine). Das Zusammentreffen mit vielen bzw. neuen Menschen werde durch die Beschwerdeführerin eher gemieden, sie fühle sich am wohlsten zuhause bzw. im Kontakt mit ihr vertrauten Menschen. Diese Beschreibungen stimmen mit den Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der psychiatrischen Exploration überein (IV-Nr. 70.3 S. 3). So gab sie an, dass die Angstzustände wenige Minuten dauerten und plötzlich erfolgten und nur, wenn sie sich ausser Haus befinde. Sie gingen mit Zittern, nassen Händen und Losweinen einher. In diesen Momenten müsse die Beschwerdeführerin sofort nach Hause zu ihrem Ehemann zurückkehren. Zuhause, im Beisein ihres Ehemannes, fühle sie sich dann wieder sicher. In diesem Sinn gab auch der Ehemann der Beschwerdeführerin an, sie habe zuletzt auf der Busfahrt zum Augenarzt unter einer Angstattacke gelitten, indem sie Angst, einen trockenen Mund und Schmerzen im Brustkorb bekommen, geweint und gezittert habe (IV-Nr. 70.3 S. 7). Die weitere Einschätzung des psychiatrischen Experten, wonach die Beschwerdeführerin aber auch umgebungs- bzw. situationsunabhängig offenbar unter diffusen Sorgen und Befürchtungen leide, die objektiv betrachtet vielfach nicht nachvollziehbar erschienen, überzeugt aufgrund der Angaben des Ehemannes der Beschwerdeführerin. So brachte er vor, die Beschwerdeführerin verstehe vielfach Sachverhalte nicht, getraue sich dann nicht nachzufragen und «mache zu». Die Gefahr hierfür sei gross, da sie seit der Information über die Begutachtung zusätzlich sehr unruhig geworden sei, Befürchtungen habe und nicht mehr richtig schlafen könne (IV-Nr. 70.3 S. 7). Ebenfalls plausibel erscheint die weitere gutachterliche Beurteilung, wonach die Abgrenzung eines psychogenen Angsterlebens von den durch die Beschwerdeführerin ebenfalls angegebenen somatischen Beschwerden wie Allergien, Asthma und epileptische Anfälle, im Allgemeinen schwierig sei (IV-Nr. 70.3 S. 10). In diesem Zusammenhang erscheint auch die weitere Beurteilung des psychiatrischen Experten schlüssig, wonach die Angstsymptomatik sicherlich auch vor dem Hintergrund der einfachen intellektuellen Ressourcen mit rascher Überforderung und erhöhter Stressintoleranz gesehen werden müsse, welche zudem mit Insuffizienzgefühlen bei ängstlich-vermeidender Persönlichkeitsakzentuierung und einer abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsakzentuierung gepaart sei. Diese Ausführungen erweisen sich als nachvollziehbar, da die Beschwerdeführerin anlässlich der Exploration angab, aufgrund ihres «langsamen Lernens» besondere Schulen bzw. eine besondere Ausbildungsstätte besucht zu haben (u.a. Sprachheilschule, IV-Nr. 70.3 S. 5). Die Beschwerdeführerin bezeichnete sich ausserdem als schüchtern, zurückhaltend und eher langsam und gab an, die Arbeit sei ihr mittlerweile zu hektisch, es seien zu viele Leute anwesend, sie würde mit «viel Stress» einhergehend mit Nervosität, Schweissausbrüchen, weinen und möglicherweise «rauslaufen» aus der Produktionsstätte mit Rückzug auf dem WC reagieren

(IV-Nr. 70.3 S. 6). Demzufolge leuchtet die Bewertung des psychiatrischen Experten ein, wonach die Beschwerdeführerin sehr selbstunsicher und von der Meinung bzw. Anleitung anderer abhängig sei, was auch vor dem Hintergrund ihrer einfachen intellektuellen Ressourcen zu sehen sei (IV-Nr. 70.3 S. 8). In Bezug auf die anlässlich der neurologischen Teilbegutachtung durch die Beschwerdeführerin beklagte Bewusstseinsstörung vom 25. Juni 2015 hielt die neurologische Gutachterin Dr. med. U.____ fest, die Beschwerdeführerin habe diesbezüglich selbst keine genauen Angaben machen können, da sie abgesehen von einem initial «trockenen Muul» eine Amnesie für das Ereignis habe (IV-Nr. 70.4 S. 7). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So äusserte sich die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration dahingehend, dass sie ihren Ehemann am 25. Juni 2015 zur Physiotherapie begleitet habe. Währenddessen habe sie plötzlich ein «trockenes Muul» verspürt und dann einen Filmriss gehabt. Sie könne nicht mehr sagen, was danach passiert sei (IV-Nr. 70.4 S. 3). Da bei den anschliessend durchgeführten bildgebenden Verfahren (EEG und MRI) unauffällige Ergebnisse resultierten, sei gemäss der neurologischen Gutachterin eine klare Diagnosestellung nach einem einmaligen Ereignis sehr schwierig (IV-Nr. 70.4 S. 8). So sprächen einige Aspekte der doch lückenhaften Anamnese für ein Anfallsereignis (Steifigkeit, Bewusstseinsstörung) und andere für das Vorliegen einer möglichen Synkope bzw. seien eher untypisch für ein Anfallsgeschehen (Mundtrockenheit, blasses Hautklorit, Erbrechen im Anschluss). Es vermag daher auch aufgrund der Tatsache, dass sich bei der neurologischen Untersuchung unauffällige Befunde präsentierten (IV-Nr. 70.4 S. 6 f.) einzuleuchten, dass in diesem Fall gemäss Dr. med. U.____ eine definitive Diagnose nicht ausreichend gestellt werden könne. Aufgrund der durch die pneumologische Gutachterin Dr. med. V.____ u.a. durchgeführte Spiroergometrie vom 8. September 2016 überzeugt ihre Beurteilung, wonach als limitierender Faktor in erster Linie eine gewisse Dekonditionierung zu erwähnen sei und eine Adipositas WHO Grad II begleitend als relevanter Faktor bestehe (IV-Nr. 70.5 S. 6). So musste die bei der medizinischen Untersuchung durchgeführte Fahrradergometrie wegen Knieschmerzen, Beinmüdigkeit und Dyspnoe abgebrochen werden (IV-Nr. 70.5 S. 5) und die pneumologische Gutachterin stellte einen adipösen Ernährungszustand mit einem BMI von 35,6 kg/m² fest (IV-Nr. 70.5 S. 4). In diesem Zusammenhang erscheint plausibel, dass der Beschwerdeführerin eine konsequente körperliche Rekonditionierung und Gewichtsreduktion zur Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit empfohlen wurde (IV-Nr. 70.5 S. 7). Aufgrund der sich bei der Durchführung der Testung der Lungenfunktion präsentierenden mittelgradigen komplett reversiblen obstruktiven Ventilationsstörung bei normaler CO-Diffusionskapazität (IV-Nr. 70.5 S. 5) und der Angabe der Beschwerdeführerin, wonach sie die Inhalationstherapie mit Symbicort nicht fortgesetzt habe, weil sie das Gefühl habe, dass der Körper die Beschwerden alleine bekämpfen sollte (IV-Nr. 70.5 S. 3 unten), überzeugt die gutachterliche Einschätzung der pneumologischen Expertin, wonach das aktenanamnestisch bestehende Asthma bronchiale aktuell leicht persistiere und es keine regelmässige inhalative Asthmabasistherapie gebe. Es leuchtet daher in diesem Zusammenhang auch ein, dass Dr. med. V.____ der Beschwerdeführerin die regelmässige Anwendung der inhalativen Basistherapie mit Symbicort empfohlen hat (IV-Nr. 70.5 S. 7).

10.1.1 Das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 ist somit grundsätzlich beweiswertig.

10.1.2 Im Gutachten werden u.a. eine gemischte Angststörung, eine abhängige (asthenische) akzentuierte Persönlichkeitsstörung und eine ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsakzentuierung als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

diagnostiziert. Die diesbezüglich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung (BGE 141 V 281, vgl. auch BGE 143 V 409) lässt sich anhand des Gutachtens vornehmen: So ist zur Kategorie «funktioneller Schweregrad» festzustellen, dass die Angststörung wesentliche funktionelle Auswirkungen hat (IV-Nr. 70.1 S. 13). So bereite es der Beschwerdeführerin grosse Probleme, sich Aspekten oder Sachverhalten zu widmen, bzw. seien diese angstbehaftet, d.h. sie sei in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit mittelgradig bis schwergradig eingeschränkt. Die Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sei mittelgradig eingeschränkt. Dies sei zusätzlich auf die Intelligenzminderung und die vermeidende und abhängige Persönlichkeitsstruktur zurückzuführen. Die Beschwerdeführerin tue sich zudem schwer, Erlerntes kurzfristig im Gedächtnis zu behalten und anzuwenden. Die Durchhaltefähigkeit sei durch eine geringe Stresstoleranz mit leichter Überforderung ebenfalls mittelgradig eingeschränkt. Aufgrund der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstruktur sei die Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig bis schwer eingeschränkt, eine Rolle spiele hier zusätzlich das einfache Intelligenzniveau. Die Kontaktfähigkeit zu Dritten sei schwer eingeschränkt unter der ängstlich-abhängigen Persönlichkeitsstruktur und dem geringen Selbstwertgefühl. Die Gruppenfähigkeit sei reduziert, wobei die Beschwerdeführerin mit ihr bekannten Personen besser zurechtkomme. Aufgrund der Angststörung seien die Spontanaktivitäten deutlich eingeschränkt. Die Beschwerdeführerin bleibe vornehmlich zu Hause und unternehme spontan, v.a. alleine, kaum etwas. Aufgrund der allgemeinen Unsicherheit und der panikartigen Angstzustände sei auch die Verkehrsfähigkeit deutlich beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin traue sich allenfalls zu, bekannte kurze Wege alleine zu fahren, längere Strecken im Auto absolviere sie nicht. Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg anbelangt, ist festzustellen, dass sich die Beschwerdeführerin seit 2012 in regelmässiger psychiatrischer Behandlung befindet und seit 2014 regelmässig Cymbalta 30 mg einnimmt. Diese bereits etablierte psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung sollte fortgeführt werden (IV-Nr. 70.1 S. 15). Als Komorbidität lässt sich die niedrige Intelligenz benennen. Zur Persönlichkeit wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin wirke sehr selbstunsicher und sei von der Meinung und Anleitung anderer abhängig. Aufgrund der abhängigen (asthenischen) akzentuierten Persönlichkeitsstörung und der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung komme es zu einer raschen Überforderung mit Hilflosigkeit, sofern ihr nicht vertraute Personen helfen könnten (IV-Nr. 70.1 S. 14 oben). Als Ressourcen sind ein stützendes soziales Umfeld mit einer harmonischen Ehe zu sehen. In der Kategorie «Konsistenz» ist sodann das Augenmerk auf eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und einen behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdruck zu richten. Diesbezüglich lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass die von der Beschwerdeführerin geschilderten üblichen Tagesaktivitäten (am PC spielen, oder im Facebook etwas nachschauen, Haushaltsarbeiten mit Pausen erledigen, Fernsehen, Einkaufen, Rätsel lösen) und die qualitativ nachweisbaren Medikamentenspiegel von Lamotrigin und Duloxetin zu einer Angststörung und Persönlichkeitsstörung bzw. -akzentuierung passten. Auch in der Untersuchung sei der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin sehr selbstunsicher wirke und insbesondere am Anfang vor Anspannung und Traurigkeit den Tränen nahe gewesen sei. Sie habe viel Anleitung und Zuspruch gebraucht, weswegen sie in den ersten 15 Minuten der Begutachtung von ihrem Ehemann begleitet worden sei. Inkonsistenzen seien keine feststellbar (IV-Nr. 70.1 S. 14). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden und die daraus gefolgerte Arbeitsfähigkeits-Einschätzung erweist sich als plausibel. 10.2

Nachfolgend ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 durch die zeitlich vor diesem verfassten Arztberichte allenfalls geschmälert wird. Dabei ist zunächst auf das psychiatrische (vgl. E. II. 10.2.1 hiernach), dann auf das neurologische (vgl. E. II. 10.2.2 hiernach) und schliesslich auf das pneumologische Teilgutachten (vgl. E. II. 10.2.3 hiernach) einzugehen: 10.2.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. T.____ vom 26. August 2016 (IV-Nr. 70.3) ist auf die Berichte des behandelnden Psychiaters Dr. med. F.____ einzugehen. Im Arztbericht vom 22. Juni 2015 (vgl. E. II. 9.1 hiervor) bestätigte er die bereits zuvor im Arzzeugnis vom 12. Juni 2015 ausgewiesenen «Angst- und Panikattacken (ICD-10 F43.22)» als Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Diese Diagnosestellung ist in der durch den psychiatrischen Gutachter Dr. med. T.____ diagnostizierten «gemischten Angststörung (ICD-10 F41.3) mit gemischten Symptomen von Panikstörung, generalisierter Angststörung und sozialer Phobie, bei Verdacht auf niedrige Intelligenz (Lernbehinderung)» enthalten. So greift Letztere indes noch etwas weiter, indem sie auch die soziale Phobie miteinschliesst. Es ist daher nachvollziehbar, dass sich Dr. med. T.____ mit dem Bericht und insbesondere mit den Diagnosestellungen von Dr. med. F.____ nicht vertieft auseinandersetzt, sondern diesen lediglich aufführte. Es kommt hinzu, dass die durch Dr. med. F.____ erhobenen Befunde (adipös wirkend, gut gepflegt, wach, allseits orientiert, unauffällige Konzentration und Aufmerksamkeit, formales Denken kohärent, keine psychotischen Symptome, phasenweise vorhandene Angstzustände, IV-Nr. 52 S. 2) mit dem durch Dr. med. T.____ festgestellten psychopathologischen Befund weitgehend übereinstimmen. So hielt der psychiatrische Gutachter u.a. fest (IV-Nr. 70.3 S. 7 f.), die Beschwerdeführerin sei wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, formalgedanklich geordnet. Es bestehe weder ein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- oder Zwang noch ein Hinweis auf Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen oder ein gestörtes Ich-Erleben. Angabe von situationsbedingten paroxysmalen Angstzuständen aber auch nicht situations- oder umgebungsbedingten allgemeinen Sorgen und Befürchtungen in vielerlei Hinsicht («Nervosität»). Der einzige Unterschied im Vergleich zum Bericht von Dr. med. F.____ besteht darin, dass im psychiatrischen Teilgutachten auf kognitive Defizite bez. der Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit (IV-Nr. 70.3 S. 7 unten) hingewiesen wurde, was sodann mit Beispielen belegt wurde. So sei die Beschwerdeführerin beim sinngemässen Erklären von Sprichwörtern unsicher gewesen, dies sei nur mit Hilfe möglich gewesen (Auffassung), sie habe zudem die Monate rückwärts mit einem Fehler (Konzentration) und drei Begriffe nach 10 Minuten mit einem Fehler (Merkfähigkeit) aufzählen können. Entsprechende Anhaltspunkte betreffend kognitive Defizite finden sich im Bericht von Dr. med. F.____ nicht. Aus diesem Arztbericht geht jedoch auch nicht hervor, dass sich die Beschwerdeführerin entsprechenden Testverfahren hat unterziehen müssen. Es kommt hinzu, dass der RAD-Arzt Dr. med. G.____ den Bericht von Dr. med. F.____ in seiner Stellungnahme vom 1. Juni 2016 (vgl. E. II. 9.6 hiervor) als «ziemlich knapp ausgefüllt» qualifizierte. Folglich kann jedenfalls nicht gänzlich ausgeschlossen werden, dass bei einer entsprechenden Prüfung bereits im Zeitpunkt der Erstellung des Arztberichts vom 22. Juni 2015 Anzeichen auf kognitive Defizite hätten festgestellt werden können. Insgesamt vermag der Bericht des Psychiaters Dr. med. F.____ vom 22. Juni 2015 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen. 10.2.2 In Bezug auf das neurologische Teilgutachten von Dr. med. U.____ vom 15. August 2016 (IV-Nr. 70.4) ist auf die Berichte des Neurologen Dr. med. N.____ vom 2. Juli, 12. August und 11. September

2015 (vgl. E. II. 9.2 ff. hiervor) einzugehen. Dr. med. U. ___ setzte sich in ihrem Teilgutachten mit der am 2. Juli 2015 durchgeführten EEG-Untersuchung auseinander, wobei sie ausführte, diese sei unauffällig gewesen (IV-Nr. 70.4 S. 8 oben). Dieser Einschätzung kann gefolgt werden. So beurteilte Dr. med. N. ___ die EEG im Bericht vom 2. Juli 2015 (vgl. E. II. 9.2 hiervor) als normale EEG im Wachzustand. Es seien eine normale Grundaktivität, weder ein Herdbefund noch eine epileptiforme Aktivität feststellbar. In Bezug auf das sich am 25. Juni 2015 zugetragenere Ereignis ging Dr. med. N. ___ im Bericht vom 2. Juli 2015 sowohl aufgrund der Beobachtungen des Ehemannes der Beschwerdeführerin, wonach sie dabei die Arme und Beine gestreckt und die Augen offengehalten habe und es keine kloniformen Bewegungen gegeben habe als auch gestützt auf die Ausführungen der Beschwerdeführerin, wonach sie zunächst einen aussergewöhnlich trockenen Mund gespürt habe und sich ab dann an nichts mehr erinnern könne, von einem «im Vordergrund stehenden» epileptischen Anfall aus (IV-Nr. 70.6 S. 22). In seinen beiden zeitlich später verfassten Berichten vom 12. August und 11. September 2015 (vgl. E. II. 9.3 f. hiervor) stellte Dr. med. N. ___ dann lediglich noch einen «Verdacht» auf einen vorwiegend tonisch epileptischen Anfall fest. Stets wies er aber auch auf die Differentialdiagnose einer Synkope hin. Es kann daher davon ausgegangen werden, dass der behandelnde Neurologe das Ereignis vom 25. Juni 2015 diagnostisch nicht zweifelsohne zuordnen konnte. Die neurologische Gutachterin Dr. med. U. ___ hielt in ihrem Teilgutachten diesbezüglich fest, eine definitive Diagnose könne nicht ausreichend gestellt werden. So sprächen einige Aspekte für ein Anfallsereignis (Steifigkeit, Bewusstseinsstörung), andere jedoch für das Vorliegen einer möglichen Synkope bzw. seien eher untypisch für ein Anfallsereignis (Mundtrockenheit, blasses Hautkolorit, Erbrechen im Anschluss). Damit stimmen die diagnostischen Einschätzungen der beiden auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisierten Fachärzten betreffend das Ereignis vom 25. Juni 2015 überein. Dem steht auch der Arztbericht des behandelnden Hausarztes Dr. med. M. ___ vom 18. April 2016 (vgl. E. II. 9.5 hiervor) nicht entgegen. So handelt es sich bei Dr. med. M. ___ zum einen um einen auf das medizinische Fachgebiet der Allgemeinmedizin spezialisierten Facharzt, weshalb dem durch ihn als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesenen «epileptischen Anfall» vom Juni 2015 ohnehin kaum Beweiswert zukommt. Zum anderen ist hier der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach behandelnde Ärztinnen und Ärzte wie auch Therapiepersonen mitunter im Hinblick auf ihre Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zu Gunsten ihrer Patientinnen und Patienten aussagen (BGE 135 V 465 E. 4.5 S. 470). Es kann somit auch der durch ihn attestierten Arbeitsunfähigkeit nicht gefolgt werden, wobei sich diesbezüglich im Bericht vom 18. April 2016 ohnehin ein Widerspruch findet. So hielt der Hausarzt fest, die Beschwerdeführerin sei in ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit seit Januar 2013 100 % arbeitsunfähig. Gleichzeitig gab er an, die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin ohne Reinigungsmittel zu drei bis vier Stunden pro Tag zumutbar, wobei aufgrund des verminderten Tempos eine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe. Es kommt hinzu, dass der RAD-Arzt Dr. med. G. ___ in seiner Stellungnahme vom 1. Juni 2016 (vgl. E. II. 9.6 hiervor) den Bericht des Hausarztes als «sehr dürftig ausgefüllt» bezeichnete. Dieser Bericht vermag daher insgesamt nicht zu überzeugen. Folglich stehen weder die Einschätzungen und Ausführungen von Dr. med. N. ___ noch jene von Dr. med. M. ___ dem Beweiswert des neurologischen Teilgutachtens von Dr. med. U. ___ entgegen. 10.2.3

Betreffend das pneumologische Teilgutachten von Dr. med. V. ___ vom 8. September 2016 (IV-Nr. 70.5) ergeben sich aufgrund der sich vorliegend präsentierenden medizinischen

Akten keine sich widersprechenden Diagnosestellungen oder anderslautende fachärztliche pneumologische Einschätzungen. So wurde das durch den pneumologischen Gutachter festgestellt «allergischen Asthma bronchiale, zusätzlich intrinsische Komponente mit Triggerung durch Kälte, sowie Raumsprays, Reinigungsmittel sowie Desinfektionsmittel» bereits im Bericht des Pneumologen PD Dr. med. L.____ vom 28. März 2013 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) als Hauptdiagnose in Form eines «allergischen Asthma bronchiale und einer allergischen Rhinokonjunktivitis» ausgewiesen. Dabei wies er zugleich u.a. auf eine Polyallergie hin. Folglich waren sowohl das Asthma bronchiale als auch die verschiedenen Allergien der Beschwerdeführerin bereits im Jahr 2013 bekannt. Es kommt hinzu, dass die bereits durch den Pneumologen PD Dr. med. L.____ empfohlene Durchführung einer regelmässigen Inhalationstherapie durch Dr. med. V.____ bestätigt wurde. So empfahl er der Beschwerdeführerin zur Asthma-Kontrolle nach GINA-Guidelines bei leichtgradig persistierendem Asthma bronchiale die regelmässige Anwendung der inhalativen Basistherapie mit Symbicort TH200/6 ug mit einem Hub morgens und abends über 14 Tage, danach Anpassung gemäss Guidelines nach Massgabe der Beschwerden (IV-Nr. 70.5 S. 7). Dem Beweiswert des pneumologischen Teilgutachtens stehen somit keine zuvor verfassten medizinischen Berichte entgegen. 10.2.4 Die vor dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 verfassten medizinischen Akten vermögen dessen Beweiswert nicht zu verringern. 10.3 Es ist zu prüfen, ob der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 allenfalls durch die nach diesem verfassten medizinischen Berichte geschmälert wird: 10.3.1 Eingehend auf den Austrittsbericht des Neurozentrums des Spitals K.____ vom 9. Oktober 2017 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) finden sich in Bezug auf die gutachterlichen Einschätzungen der Gutachterstelle H.____ keine abweichenden ärztlichen Beurteilungen. Es kann zum einen in Bezug auf die während der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 26. September bis 2. Oktober 2017 im Spital K.____ u.a. gestellte Diagnose von «unklaren heterogenen Episoden mit u.a. Bewusstseinsstörungen, Angst, Schwindel, DD am ehesten im Rahmen der Angststörung» auf die im Rahmen der polydisziplinären Begutachtung festgestellten Hauptdiagnosen einer «gemischten Angststörung» sowie einer «passageren Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie am 25. Juni 2015» hingewiesen werden. So klagte die Beschwerdeführerin bereits im Rahmen der gutachterlichen Exploration über ein seit einem Jahr immer wiederkehrendes Angstgefühl (IV-Nrn. 70.1 S. 6, 70.3 S. 3 oben). In diesem Zusammenhang wurde im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2017 sodann explizit festgehalten, dass die aktuell wiederholt auftretenden Episoden mit polysomatischem Beschwerdebild am ehesten im Rahmen der bekannten Angststörung bedingt zu sehen seien. So seien während der Langzeit-Video-EEG-Ableitung über sechs Tage keine epileptischen Anfälle oder Episoden mit Bewusstseinsstörung aufgetreten. Auch die Ätiologie des Ereignisses vom Juni 2015 müsse offen gelassen werden, dieses mute jedoch synkopal an. Die Diagnose einer Epilepsie könne nicht gestellt werden, weshalb die anfallsunterdrückende Therapie mit Lamotrigin beendet werde. Diese Ausführungen stimmen mit den Einschätzungen im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ überein. So hielt – wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 10.2.2 hiervor) – die neurologische Gutachterin Dr. med. U.____ bezüglich des Ereignisses vom 25. Juni 2015 fest, eine definitive Diagnose könne in diesem Fall nicht ausreichend gestellt werden. Der Verlauf könne aufgrund der bestehenden Therapie mit Lamotrigin nicht ausreichend beurteilt werden, es spreche weder für noch gegen die Diagnose einer Epilepsie (IV-Nr. 70.4 S. 8). Sie empfahl daher in diesem Zusammenhang die Ausschleichung des

Antiepileptikums Lamotrigin, um beurteilen zu können, ob es sich beim Ereignis vom Juni 2015 um ein einmaliges Ereignis gehandelt habe, oder ob tatsächlich eine Epilepsie vorliege. Es kann ergänzend festgehalten werden, dass die im Austrittsbericht vom 9. Oktober 2017 ebenfalls ausgewiesene Diagnose einer «arteriellen Hypertonie» im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 12. Dezember 2016 als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beurteilt wurde. In Bezug auf die im Austrittsbericht weiter ausgewiesene Diagnose einer «Angststörung» ist darauf hinzuweisen, dass die im Neurozentrum des Spitals K.____ tätigen Ärzte im Wesentlichen auf das medizinische Fachgebiet der Neurologie spezialisiert sind und daher der durch sie ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosestellung kaum Beweiswert zukommt. Der Austrittsbericht des Neurozentrums des Spitals K.____ vom 9. Oktober 2017 verkleinert den Beweiswert des Gutachtens vom 12. Dezember 2016 nicht. 10.3.2 Da auf die im Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 3. April 2018 (vgl. E. II. 9.10 hiervor) ausgewiesene Diagnose einer «Agoraphobie mit Panikstörung (ICD-10 F40.01)» nicht näher eingegangen wird, ist sie nicht gänzlich nachvollziehbar. Die durch die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt beschriebenen Angstzustände stimmen indes mit den bereits im Rahmen der psychiatrischen Exploration beschriebenen überein, weshalb diesbezüglich nicht von einer wesentlich veränderten gesundheitlichen Situation ausgegangen werden kann. So gab die Beschwerdeführerin beim Klinikeintritt u.a. an, die ihren Alltag mittlerweile bestimmenden diffusen Angstzustände (ohne Vorwarnung auftretend, mit innerem Kribbeln und den Tränen nahe sein, Schwitzen, starker innerer Unruhe) würden meist auftreten, wenn sie unterwegs sei (IV-Nr. 84 S. 2). In diesem Sinn äusserte sie sich im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. August 2018 dahingehend (IV-Nr. 70.3 S. 3 oben), dass die plötzlich auftretenden Angstzustände (Zittern, nasse Hände, Losweinen) erstmalig nach dem epileptischen Anfall im Sommer 2015 aufgetreten seien und nur erfolgten, wenn sie sich ausser Haus befinde. Folglich handelt es sich bei der Diagnose einer «Agoraphobie mit Panikstörung» lediglich um eine andere diagnostische Beurteilung des bereits im Zeitpunkt des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. T.____ vom 26. August 2016 vorliegenden Sachverhalts, als eine «gemischten Angststörung (ICD-10 F41.3)» mit gemischten Symptomen von Panikstörung, generalisierter Angststörung und sozialer Phobie diagnostiziert wurde. Die im Austrittsbericht der Klinik Q.____ weiter ausgewiesene «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0-1)» basiert wohl im Wesentlichen auf dem beim Eintritt durchgeführten BDI-II-Test. Denn die im Rahmen dieses Testverfahrens erreichten 24 Punkte entsprechen einer mittelgradigen Depression (IV-Nr. 84 S. 3 unten). Da das Beck-Depressions-Inventar (BDI) weitgehend auf den Angaben und Selbsteinschätzungen der zu untersuchenden Person basiert und die klinische Untersuchung mit Anamneseerhebung, Symptomerfassung und Verhaltensbeobachtung ausschlaggebend bleibt (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_344/2013 vom 16. Oktober 2013 E. 3.1.5 mit Hinweisen) und sich im Austrittsbericht vom 3. April 2018 keine weiteren Anhaltspunkte betreffend das Vorliegen einer mittelgradigen Depression finden, vermag diese Diagnosestellung nicht zu überzeugen. Es kommt hinzu, dass sich der im Austrittsbericht beschriebene psychopathologische Aufnahmebefund (IV-Nr. 84 S. 3) als unauffällig präsentiert und weitgehend mit dem im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung durch Dr. med. T.____ (IV-Nr. 70.3 S. 7 f.) festgestellten Befund übereinstimmt. So wurde im Austrittsbericht u.a. Folgendes festgehalten: wach und klar, in allen vier Ebenen orientiert, leicht reduzierte Aufmerksamkeit, grobkursorisch unauffällige Konzentration, unauffällige Auffassung,

subjektiv beeinträchtigt, Kurzzeitgedächtnis, formales Denken kohärent, stark ausgeprägte agoraphobische Ängste, teilweise Panikattacken, weder Zwänge, noch Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen. Dementsprechend hielt Dr. med. T.____ im psychiatrischen Teilgutachten vom 26. August 2016 (IV-Nr. 70.3 S. 7 f.) fest: wach, bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten orientiert, Hinweise auf kognitive Defizite bezüglich Auffassung, Konzentration und Merkfähigkeit, Hinweise auf eingeschränkte Mnestik, subjektive Angaben und Schwierigkeiten, sich Passwörter zu merken oder dem Inhalt von Hörbüchern zu folgen, formalgedanklich geordnet, weder Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen wie Wahn- oder Zwang noch auf Wahrnehmungsstörungen wie Halluzinationen oder gestörtes Ich-Erleben. Zudem setzte sich Dr. med. T.____ bereits im Rahmen seines Teilgutachtens vom 26. August 2016 mit der Diagnose einer Depression auseinander (IV-Nr. 70.3 S. 10 unten), wobei er diese mit der Begründung verneinte, es gebe weder in der Exploration noch in der sonstigen Anamnese einen Hinweis auf eine depressive Symptomatik, die die Kriterien einer Major Depression (ICD-10 F32 – F33) erfülle (depressive Stimmung in deutlich ungewöhnlichem Ausmass, fast jeden Tag, unbeeinflusst von Umständen; Interessen- und Freudverlust; deutlich verminderter Antrieb). Auch die Frage, ob sich die Beschwerdeführerin selber als depressiv sehe, sei von dieser deutlich verneint worden. Sie sei gut gelaunt. Der psychiatrische Gutachter hielt zudem fest, dass die Symptome von Angst und Depression naturgemäss vielfach schwierig voneinander zu trennen seien, was die Beurteilung der Depression in diesem Fall erschwere (IV-Nr. 70.3 S. 11 oben). Zudem nahm Dr. med. T.____ zum Einwand gegen den Vorbescheid vom 12. August 2015 Stellung (IV-Nr. 55), indem er ausführte, er könne sich diesem insofern nicht anschliessen, als die Beschwerdeführerin unter einer «mittlerweile mittelschweren Depression» leiden solle, sprich einer Major Depression F32 – F33. Der psychiatrische Gutachter hat sich folglich mit der Diagnosestellung einer Depression umfassend auseinandergesetzt und diese in überzeugender und nachvollziehbarer Weise verneint. Der im Austrittsbericht der Klinik Q.____ gestellten Diagnose einer «rezidivierenden depressiven Störung, gegenwärtig leichte bis mittelgradige Episode (ICD-10 F43.1)» kann nicht gefolgt werden. Weiter einzugehen ist auf die im Austrittsbericht der Klinik Q.____ erstmals diagnostizierte «posttraumatische Belastungsstörung (ICD-10 F43.1)» im Zusammenhang mit den während des Aufenthalts in der Klinik bei der Beschwerdeführerin aufgetauchten intrusiven Erinnerungen an den Missbrauch durch den Vater (IV-Nr. 84 S. 4). Da die Beschwerdeführerin gegenüber den Gutachtern der Gutachterstelle H.____ keinerlei Angaben zu entsprechenden Vorkommnissen in ihrer Vergangenheit gemacht hat und auch den zuvor verfassten medizinischen Berichten keine entsprechenden Hinweise zu entnehmen sind, haben sich die Gutachter mit dieser Thematik damals nicht befassen können. Aus dem Vorbringen der Beschwerdeführerin (A.S. 12), wonach ihre psychiatrische Situation im Gutachten nur unzureichend abgeklärt worden sei, da das massive Kindheitstrauma, dem ein sexueller Missbrauch zugrunde liege, nicht weiter abgeklärt und vom psychiatrischen Gutachter nicht hinreichend berücksichtigt worden sei, kann die Beschwerdeführerin daher nichts zu ihren Gunsten ableiten. So gab die Beschwerdeführerin anlässlich der Hospitalisation in der Klinik Q.____ vom 6. Februar bis 21. März 2018 denn auch an, vor dem Eintritt keine Symptome mehr gehabt zu haben (IV-Nr. 84 S. 4). Da eine PTBS Diagnose nicht bereits aufgrund einer längeren Latenzzeit verworfen werden kann (Urteil des Bundesgerichts 9C_195/2015 vom 24. November 2015 E. 3.3.3), ist diese Diagnosestellung im vorliegenden Fall zu berücksichtigen. Es stellt sich daher die Frage, ob sich die

posttraumatische Belastungsstörung auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszuwirken vermag. Im Austrittsbericht vom 3. April 2018 finden sich dazu keine Hinweise. Diesem lässt sich einzig entnehmen, dass es sich bei der Beschwerdeführerin um eine «leichte Form» der posttraumatischen Belastungsstörung handle (IV-Nr. 84 S. 4). Der Beschwerdeführerin wurde auch keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit attestiert, sondern einzig eine solche während der Hospitalisation bis zum 4. April 2018. Zudem entsprechen die durch die Klinik formulierten Einschränkungen der Beschwerdeführerin (vollständige Beeinträchtigung der Verkehrsfähigkeit, schwere Beeinträchtigung der Fähigkeit zu Spontan-Aktivitäten und Selbstbehauptungsfähigkeit, mittlere Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit sowie leichte Beeinträchtigung der Gruppenfähigkeit) denjenigen im polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ (Verkehrsfähigkeit deutlich beeinträchtigt, Spontanaktivitäten deutlich eingeschränkt, Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig bis schwer eingeschränkt, Durchhaltefähigkeit mittelgradig eingeschränkt und Gruppenfähigkeit reduziert, IV-Nr. 70.1 S. 13). Es kann daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass sich die leichte Form der posttraumatischen Störung nicht auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin auszuwirken vermag. In diesem Sinn hielt auch Dr. med. G.____, RAD, in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiavor) fest, abgesehen von der kurzen Phase der vollständigen Arbeitsunfähigkeit während der Hospitalisation in der Klinik könne auf die Arbeitsfähigkeit im Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 abgestellt werden. Die im Austrittsbericht ebenfalls gestellten somatischen Diagnosen einer essentiellen Hypertonie und eines Asthmas bronchiale finden sich bereits im Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 (vgl. E. II. 9.7 hiavor). Da es sich somit um unveränderte Diagnosestellungen handelt, ist darauf nicht einzugehen. Der Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 wird durch den Austrittsbericht der Klinik Q.____ nicht verringert. 10.3.3 Eingehend auf den Bericht von Dr. med. J.____ vom 6. August 2018 (vgl. E. II. 9.11 hiavor) kann festgehalten werden, dass er sämtliche der im Austrittsbericht der Klinik Q.____ vom 3. April 2018 (vgl. E. II. 9.10 hiavor) ausgewiesenen Diagnosestellungen bestätigte, wobei er die rezidivierende depressive Störung als «gegenwärtig eher leichtgradig» einschätzte. Da die durch den behandelnden Psychiater Dr. med. J.____ beschriebenen objektiven Befunde (wache und allseits orientierte Patientin. Formales Denken unauffällig, bei etwas auffallend lückenhaftem Faktengedächtnis. Keine Wahnzeichen oder Sinnestäuschungen. Affektiv mitschwingend. Angepasst und zugewandt wirkende Beschwerdeführerin, IV-Nr. 89 S. 2) den im Gutachten der Gutachterstelle H.____ festgestellten psychopathologischen Befunden entsprechen (IV-Nr. 70.3 S. 7; vgl. E. II. 10.3.2 hiavor), kann – wie bereits in E. II. 10.3.2 dargelegt – festgehalten werden, dass es sich bei der Einschätzung von Dr. med. J.____ lediglich um eine andere diagnostische Beurteilung des seit der Begutachtung durch die Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts handelt. Dem entspricht auch die Beurteilung des RAD-Arztes Dr. med. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiavor), wonach die in den aktuellen Berichten geschilderte Symptomatik gegenüber dem Zeitpunkt der gutachterlichen Untersuchung in der Gutachterstelle H.____ weitgehend unverändert sei. Dr. med. J.____ setzte sich mit der durch ihn diagnostizierten «posttraumatischen Belastungsstörung (nach sexuellem Missbrauch in der Kindheit), ICD-10 F43.1» nicht weiter auseinander, weshalb diese Diagnosestellung nicht nachvollziehbar ist. Gleiches gilt für die diagnostizierte Agoraphobie mit

Panikstörung. Es kommt hinzu, dass es sich bei Dr. med. J.____ um den die Beschwerdeführerin seit dem 3. Mai 2018 behandelnden Psychiater handelt. Daher ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, wonach sowohl behandelnde Ärztinnen und Ärzte nicht nur in der Funktion als Hausärzte, sondern auch als spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2017 vom 27. September 2017 E. 6.4.2 mit weiteren Hinweisen). Eine Schmälerung des Beweiswertes des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 ergibt sich durch den Bericht von Dr. med. J.____ vom 6. August 2018 nicht. 10.3.4 In Bezug auf den erst im Rahmen des Beschwerdeverfahrens zu den Akten gereichten und vom 31. Mai 2020 datierenden Bericht von Dr. med. J.____ (vgl. E. II. 9.15 hiervor) kann festgehalten werden, dass dieser erst nach dem Zeitpunkt der hier angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 erstattetet wurde (vgl. E. II. 1.2 hiervor). In diesem Bericht ging der die Beschwerdeführerin behandelnde Psychiater im Wesentlichen auf die anlässlich seiner bereits im Bericht vom 6. August 2018 (vgl. E. II. 9.11 hiervor) angekündigte Intelligenzabklärung ein. Demnach bestehe eine Minderintelligenz, v.a. die Intellektualität betreffend, etwas weniger den Handlungsaspekt (IQ 74, verbal 69). Diesbezüglich kann gestützt auf die bundesrichterliche Rechtsprechung ausgeführt werden, dass Intelligenzminderungen nach dem heute zur Anwendung gelangenden Klassifikationssystem ICD-10 in leichte (Intelligenzquotient [IQ] 69 bis 50), mittelgradige (IQ 49 bis 35), schwere (IQ 34 bis 20) und schwerste (IQ weniger als 20) Fälle eingeteilt werden (ICD-10 F.70 bis F.73; Urteil des Bundesgerichts 8C_608/2018 vom 11. Februar 2019 E. 5.2). Folglich kann – entgegen der Ansicht von Dr. med. J.____ – bezüglich des Gesamt-IQs von 74 nicht von einer Minderintelligenz ausgegangen werden. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass bereits der RAD-Arzt Dr. med. G.____ in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiervor) angab, in Erfahrung gebracht zu haben, dass die Intelligenzleistung der Beschwerdeführerin «im unteren Bereich» liege, was jedoch für eine angepasste Tätigkeit kein Hindernis darstelle. Folglich vermag die Einschätzung des die Beschwerdeführerin behandelnden Psychiaters insgesamt nicht zu überzeugen. So vermag er insbesondere nicht darzulegen, inwiefern und weshalb sich die Minderintelligenz bei der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit auszuwirken vermöchte. Auch die weitere Einschätzung von Dr. med. J.____, wonach die Diagnosestellung von Persönlichkeitsakzentuierung angesichts der Hauptdiagnosen PTBS und Minderintelligenz für problematisch gehalten werde, wird lediglich in generell-abstrakter Weise vorgebracht. Eine substantiierte Auseinandersetzung mit diesen Diagnosen findet sich nicht, weshalb diese Beurteilung nicht einzuleuchten vermag. Der Bericht von Dr. med. J.____ vom 31. Mai 2020 steht demzufolge dem Beweiswert des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ nicht entgegen. 10.3.5 Die nach dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 erstatteten medizinischen Berichte verringern dessen Beweiswert nicht. 10.4 Zusammenfassend kann dem Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 – in Übereinstimmung mit der Einschätzung von Dr. med. G.____ (vgl. E. II. 9.8 hiervor) – voller Beweiswert zugesprochen werden. Es ist somit nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 28. April 2020 auf dieses Gutachten abgestellt hat (A.S. 4). Es kann daher auch auf die im Gutachten der H.____ festgestellte Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden: Demgemäss ist die Beschwerdeführerin in den bisherigen Tätigkeiten als Reinigungskraft und

Fleischverpackerin aus pneumologischer Sicht seit November 2010 nicht mehr arbeitsfähig, da an beiden Arbeitsstellen das bekannte Asthma bronchiale durch Desinfektions- und Reinigungsmittel getriggert wurde. In einer gemäss dem formulierten Zumutbarkeitsprofil optimal angepassten beruflichen Tätigkeit kann die Beschwerdeführerin jedoch seit circa Anfang 2015 zu 80 % tätig sein (vgl. E. II. 9.7 hiervor). Das Zumutbarkeitsprofil wurde wie folgt formuliert: Qualitativ zumutbar seien Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Schichtbetrieb und ohne Überstunden sowie mit fehlender Wochenendarbeit, diese Einschränkung ergebe sich aus der geringen Stresstoleranz der Beschwerdeführerin. Des Weiteren sollten die Arbeitsaufgaben klar geregelt sein ohne grosse Verantwortung, um einer Überforderung der Beschwerdeführerin entgegenzuwirken. Ihr sollte zudem die Möglichkeit gegeben werden, Pausen flexibel einzuteilen. Eine potentielle Arbeitsstätte sollte von zu Hause aus gut erreichbar sein, da es die Beschwerdeführerin aufgrund der Angststörung nicht möglich sei, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen. Aufgrund des Asthma bronchiale, das durch verschiedene Faktoren getriggert werden könne, sollten Arbeiten mit Kälteexposition, Staubexposition, der Kontakt mit Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmitteln konsequent vermieden werden. Schwere körperliche Belastungen seien der Beschwerdeführerin aufgrund der spiroergometrisch nachgewiesenen leicht verminderten Sauerstoffaufnahme nicht mehr zumutbar. Leichte körperliche Tätigkeiten könne sie jedoch vollumfänglich durchführen. Aufgrund der möglicherweise vorliegenden Epilepsie seien Tätigkeiten mit potentieller Absturzgefahr, Arbeiten an gefährlichen Maschinen und der berufsmässige Personentransport nicht mehr zumutbar. Da anlässlich der Hospitalisation der Beschwerdeführerin im Neurozentrum des Spitals K.____ vom 26. September bis 2. Oktober 2017 die Diagnose einer Epilepsie ausgeschlossen werden konnte (vgl. E. II. 9.9 hiervor), ist das Zumutbarkeitsprofil dahingehend zu korrigieren, dass die diesbezüglichen Einschränkungen (Tätigkeiten mit potenzieller Absturzgefahr, Arbeiten an gefährlichen Maschinen und berufsmässiger Personentransport) wegfallen. Dies bestätigte auch die Beschwerdegegnerin im Rahmen der hier angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 (vgl. E. II. 5.1 hiervor), indem sie festhielt, die Diagnose einer Epilepsie habe im Nachgang zum Gutachten nicht erhärtet werden können, weshalb das Tätigkeitsprofil anzupassen sei, indem die qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit wegen einer möglichen Epilepsie wegfallt. 11. Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 30. September 2013 (IV-Nr. 40) hat sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 verändert. So wurde der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt des Entscheids vom 30. September 2013 gestützt auf die somatischen Diagnosen eines «allergischen Asthma bronchiale und allergische Rhinokonjunktivitis», sowie einer «Adipositas Grad II» und einer daraus hervorgehenden vollen Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit keine Invalidenrente zugesprochen. Im Zeitpunkt der Verfügung vom 28. April 2020 ergab sich in Bezug auf die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin gemäss dem polydisziplinären Gutachten der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 mit einer «gemischten Angststörung», einer «abhängigen (asthenischen) Persönlichkeitsstörung», einer «ängstlich vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung», eines «allergischen Asthma bronchiale» sowie einer «passageren Bewusstseinsstörung unklarer Ätiologie am 25. Juni 2015» eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer optimal angepassten Verweistätigkeit gemäss dem formulierten Zumutbarkeitsprofil. Es ist daher in Bezug auf die Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin insgesamt von einer veränderten Situation im Sinne einer

Verschlechterung auszugehen. So haben sich bei der Beschwerdeführerin im Laufe der Zeit psychische Probleme entwickelt und die Beschwerdeführerin erlitt am 25. Juni 2015 eine Bewusstseinsbeeinträchtigung. 12. Nachfolgend ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen (vgl. E. II. 5.2 hiervor), wonach ausgehend von den Feststellungen des RAD angenommen werden müsse, dass ihr eine Verwertung der noch verbleibenden Arbeitsfähigkeit auch auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt tatsächlich nicht mehr möglich sei. In diesem Zusammenhang stellte sich die Beschwerdeführerin auch auf den Standpunkt, es sei im Rahmen des polydisziplinären Gutachtens vom 12. Dezember 2019 nicht auf die Wechselwirkung zwischen Minderintelligenz und psychischen Beeinträchtigungen eingegangen worden und es hätten weitere Abklärungen bez. der Auswirkungen des IQs von 74 auf die Leistungsfähigkeit vorgenommen werden müssen. Die Beschwerdeführerin bezieht sich in ihrem Vorbringen auf die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. G. ___ vom 12. Juni 2019 (vgl. E. II. 9.14 hiervor). 12.1 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 ein Gleichgewicht von Angebot und Nachfrage nach Arbeitskräften bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG). Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalles ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich (Urteil des Bundesgerichts 9C_650/2015 vom 11. August 2016 E. 5.3 mit Hinweisen). Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar (Urteile des Bundesgerichts 8C_442/2019 vom 20. Juli 2019 E. 4.2 und 9C_485/2014 vom 28. November 2014 E. 3.3.1). Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur 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 zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteil des Bundesgerichts 9C_766/2019 vom 11. September 2020 E. 4.1 mit Hinweisen). Fehlt es an einer wirtschaftlich verwertbaren Resterwerbsfähigkeit, liegt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit vor, die einen Anspruch auf eine ganze Invalidenrente begründet (BGE 138 V 457 E. 3.1 S. 460 mit weiteren Hinweisen). 12.2 Es ist daher in diesem Zusammenhang zunächst auf den IQ einzugehen. Diesbezüglich kann festgehalten werden, dass Dr. med. T. ___ im Rahmen seines psychiatrischen Teilgutgutachtens vom 26. August 2016 ausführte (IV-Nr. 70.3 S. 11), bei der Beschwerdeführerin sei von einer niedrigen Intelligenz im Sinne einer Lernbehinderung auszugehen (nicht jedoch von einer Intelligenzminderung unterhalb eines IQs von 70). Hinweise darauf ergäben sich in der aktuellen Untersuchung, aber auch in der Anamnese, wenn man den Schulbesuch bzw. die Ausbildung anschäue, die offenbar z.T. an speziellen Einrichtungen erfolgt seien. Aktenanamnestisch liege eine Intelligenztestung indes nicht vor, auf die man sich stützen könnte. Es kann folglich davon ausgegangen werden, dass den Gutachtern der niedrige

Intelligenzquotient der Beschwerdeführerin bekannt war und sie diesen daher bei den Einschätzungen der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen. So stellten sie auch fest, aufgrund des bereits chronifizierten Verlaufs der Angststörung und der gleichzeitig vorhandenen abhängig (asthenisch) akzentuierten Persönlichkeitsstörung sowie der ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsakzentuierung und dem gleichzeitig niedrigen Intelligenzniveau werde sich die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht verbessern können (IV-Nr. 70.1 S. 16, vgl. E. II. 9.8 hiavor). Die Gutachter gaben zudem an (IV-Nr. 70.1 S. 14), als individuelle Belastungsfaktoren sei einerseits ein einfaches Intelligenzniveau der Beschwerdeführerin zu benennen, andererseits der damit verbundene einfache Ausbildungsstand. Somit überzeugt das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach im Gutachten nicht auf die Wechselwirkungen zwischen der Minderintelligenz auf der einen und den psychischen Beeinträchtigungen auf der anderen Seite eingegangen worden sei, nicht. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass nach konstanter Rechtsprechung heute bei einem IQ von 70 und mehr ein invalidenversicherungsrechtlich massgeblicher Gesundheitsschaden verneint wird (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_291/2017 vom 20. September 2018 E. 8.2, 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 5.1, in: SZS 2015 S. 261, 9C_664/2009 vom 6. November 2009 E. 3 und [des Eidg. Versicherungsgerichts] I 775/05 vom 6. März 2006 E. 4.1). Demgegenüber führt ein IQ unterhalb dieses Werts in der Regel zu einer relevanten verminderten Arbeitsfähigkeit (Urteil des Eidg. Versicherungsgerichts I 775/06 vom 14. August 2007 E. 5.2). Es ist folglich nicht zu beanstanden, dass der bei der Beschwerdeführerin auf 74 bezifferte Gesamt-IQ (IV-Nr. 92 S. 2), von Dr. med. G. ___ als Intelligenzleistung im «unteren Bereich» beschrieben und dahingehend beurteilt wurde, dass dieser für eine angepasste Tätigkeit kein Hindernis darstelle (vgl. E. II. 9.12 hiavor). Eingehend auf das weitere Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach betreffend die Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit durch den niedrigen IQ weitere Abklärungen hätten vorgenommen werden müssen (vgl. E. II. 12 hiavor), kann festgehalten werden, dass der Entscheid der durchzuführenden Untersuchungen stets im Ermessen des jeweiligen medizinischen Sachverständigen liegt. Demnach erachtete es der psychiatrische Gutachter Dr. med. T. ___ in seinem Teilgutachten als nicht notwendig, diesbezüglich weitere Abklärungen vorzunehmen. Dies ist auch nicht zu beanstanden, da er anschliessend Lage war, den IQ bei der Einschätzung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin entsprechend zu würdigen (vgl. oben). 12.3 Dr. med. G. ___ hielt in seiner Aktennotiz vom 12. Juni 2019 (vgl. E. II. 9.14 hiavor) fest, die Kombination von sehr knapper Intelligenz und psychischen Problemen schränke die berufliche Leistungsfähigkeit derart ein, dass in Bezug auf die Einsatzmöglichkeiten von einem Grenzbereich zwischen erstem und zweitem Arbeitsmarkt auszugehen sei. Es stellt sich daher die Frage, ob die Beschwerdeführerin überhaupt in der Lage ist, das durch die Gutachter formulierte Zumutbarkeitsprofil auf dem ersten Arbeitsmarkt umzusetzen. In diesem Zusammenhang wies Dr. med. G. ___ bereits in seiner Stellungnahme vom 31. Oktober 2018 (vgl. E. II. 9.12 hiavor) darauf hin, es sei entscheidend, ob das von den Gutachtern erstellte Zumutbarkeitsprofil ohne (allenfalls mit Abzügen zu berücksichtigende) Einschränkungen mit einer Tätigkeit im ersten Arbeitsmarkt zu vereinbaren sei. So hätten die Gutachter im erwähnten Zumutbarkeitsprofil doch eine ganze Reihe an behinderungsbedingten Einschränkungen genannt. Er begrüsst daher in diesem Zusammenhang das demnächst durchzuführende Belastbarkeitstraining bei der Stiftung I. ___. Anlässlich dieses viermonatigen Belastbarkeitstrainings war es der Beschwerdeführerin möglich, ihre Präsenzzeit von 2 auf 2.5 Stunden zu steigern. Eine

weitere Steigerung hätte nach Einschätzung der Arbeitsbetreuung mit grosser Wahrscheinlichkeit zu einer Dekompensation der Beschwerdeführerin geführt (vgl. E. II. 9.13 hiervor). Anlässlich des Standortgesprächs vom 14. Mai 2019 wurde daher festgehalten, es sei fraglich, ob und wann die Beschwerdeführerin im ersten Arbeitsmarkt wieder Fuss fassen könne. Dazu könne zum jetzigen Zeitpunkt keine Aussage gemacht werden. Der RAD-Arzt Dr. med. G.____ hielt dementsprechend in der Aktennotiz vom 12. Juni 2019 fest (vgl. E. II. 9.14 hiervor), es solle nochmals kritisch überprüft werden, ob das Zumutbarkeitsprofil auf dem ersten Arbeitsmarkt überhaupt umsetzbar sei, wobei Zweifel auch in Anbetracht der gemachten Erfahrungen anlässlich der praktischen Erprobung in der Stiftung I.____ berechtigt seien. Massgeblicher Zeitpunkt für die verbleibende berufliche Aktivitätsdauer ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit der Teilerwerbstätigkeit. Vorliegend kann dieser Zeitpunkt frühestens auf den 12. Dezember 2016, mit dem Erstellen des Gutachtens der Gutachterstelle H.____, festgelegt werden. Damals war die Beschwerdeführerin 42jährig. Es ist vorliegend im Weiteren davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund ihres bisherigen beruflichen Werdeganges, ihrer Ausbildung als Schreinerin, den temporären beruflichen Erfahrungen als Küchen- / Buffethilfe, Lageristin, Sicherheitsangestellte und Raumpflegerin sowie den Festanstellungen als Betriebsmitarbeiterin in der Acrylglasverarbeitung und als Verpackerin / Produktkontrolle (IV-Nr. 17 S. 2 f.) und aufgrund ihrer Persönlichkeitsstruktur, ihre Restarbeitsfähigkeit bei einfachen Hilfsarbeitertätigkeiten grundsätzlich zu verwerten vermag. Dies bestätigen auch die Gutachter, indem sie festhielten, dass der Beschwerdeführerin eine optimal angepasste Verweistätigkeit zu 80 % zumutbar sei (vgl. E. II. 9.7 hiervor). Daher besteht im vorliegenden Fall grundsätzlich die Möglichkeit der Ausübung von Hilfsarbeiten. Da der Beschwerdeführerin aufgrund der dokumentierten Akten relativ niedrige intellektuelle Fähigkeiten zugesprochen werden, ist davon auszugehen, dass sie sich in einer neuen beruflichen Tätigkeit nicht gerade sehr rasch einarbeiten könnte. Bei einem noch bestehenden Leistungsvermögen von 80 % kann jedoch selbst unter Berücksichtigung einer gewissen Einarbeitungszeit nicht davon ausgegangen werden, dass eine Anstellung aus Sicht eines potenziellen Arbeitgebers von vornherein unwirtschaftlich wäre (Urteil des Bundesgerichts 9C_549/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.2.2 mit Hinweis). Es ist auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistisch, dass es eine Stelle mit den der Beschwerdeführerin noch zumutbaren beruflichen Tätigkeiten mit entsprechenden Einschränkungen (leichte körperliche Tätigkeiten mit geregelten Arbeitszeiten, ohne Schichtbetrieb, Überstunden und Wochenendarbeit, mit klarer Regelung der Arbeitsaufgaben, ohne grosse Verantwortung, mit flexiblem Einteilen der Pausen, von zuhause aus gut erreichbarer Arbeitsplatz, ohne Kälte-, Staubexposition sowie unter Vermeidung von Kontakt mit Reinigungs-, Desinfektions- und Lösungsmitteln) gibt. Dies auch ohne die durch den RAD-Arzt Dr. med. G.____ in seiner Stellungnahme vom 12. Juni 2019 (vgl. E. II. 12.2 hiervor) ausgewiesenen, der Beschwerdeführerin nicht zumutbaren, Arbeiten am PC und administrativen Tätigkeiten. Zu denken ist bspw. an das Bereitstellen von Arbeitsgeräten, die Qualitätskontrolle, oder die Warensortierung sowie das einfache Bedienen und Einrichten von Maschinen. Somit kann zusammenfassend festgehalten werden, dass der Beschwerdeführerin eine Tätigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt grundsätzlich zumutbar ist. 13. Da aufgrund des Gutachtens der Gutachterstelle H.____ vom 12. Dezember 2016 insgesamt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgewiesen ist (vgl. E. II. 11 hiervor), ist es korrekt, dass die Beschwerdegegnerin einen Einkommensvergleich vorgenommen hat

(A.S. 2): 13.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns (vgl. BGE 129 V 222 mit Hinweis) – hier: ab 1. Oktober 2015 (vgl. E. II. 2.2 hiervor) – nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Die Ermittlung des Valideneinkommens muss so konkret wie möglich erfolgen. Da die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden erfahrungsgemäss fortgesetzt worden wäre, ist in der Regel vom letzten Lohn auszugehen, der vor Eintritt der Gesundheitsschädigung erzielt wurde (zum Ganzen: Urteil des Bundesgerichts 9C_266/2008 vom 28. August 2008 E. 3.1).

13.1.1 Gemäss den vorliegenden Akten (IV-Nrn. 5, 9, 45 S. 5, 70.2 S. 1, 70.3 S. 3 f., 70.4 S. 4 f., 70.5 S. 2 f.) besuchte die Beschwerdeführerin von 1982 bis 1991 die Primarschule (Sprachheilschule) und von 1991 bis 1992 das 10. Schuljahr / Werkjahr. Anschliessend absolvierte sie die Lehre als Schreinerin (Möbel- und Innenausbau), welche sie am 1. Juli 1997 erfolgreich abschloss. Anschliessend war sie vom 1. September bis 31. Dezember 1997 als Mitarbeiterin Lagerhaus und vom 9. Februar 1998 bis am 1. April 2005 als Lageristin im Bereich Spielwaren bei der Firma [...] tätig, arbeitete von April 2005 bis August 2005 als Küchen- und Buffethilfe in Teilzeit bei der Firma [...] und war vom 22. August 2005 bis am 15. November 2005 als Lagermitarbeiterin bei der Firma [...] im Einsatz. Als Sicherheitsangestellte in Teilzeiteinsätzen arbeitete sie bei der Firma [...] von 2005 bis 2006. Vom 1. Juni bis 25. Juli 2006 war sie sodann als Raumpflegerin bei der Firma [...] tätig. Vom 1. Dezember 2006 bis am 31. Mai 2010 war die Beschwerdeführerin als Produktionsmitarbeiterin in der Abteilung Navigationslichtverglasungen bei der Firma [...] angestellt. Vom 2. November 2010 bis im März 2012 arbeitete sie als Betriebsmitarbeiterin und Verpackerin / Produktkontrolle bei der Firma B.____. Der durch die Beschwerdegegnerin durchgeführte Arbeitsversuch ab 15. Oktober 2012 bei der Firma D.____ wurde per 16. November 2012 aufgrund mehrerer Absenzen vorzeitig abgebrochen (IV-Nr. 22). Vom 28. Januar bis 22. Februar 2013 fand sodann in der Firma E.____ ein Assessment in der Reinigung und Kabelkonfektion statt, das durch die RAV durchgeführt wurde (IV-Nr. 35). Vom 10. April 2014 bis 31. März 2015 war die Beschwerdeführerin sodann bei der Firma [...] als Raumpflegerin in Privatwohnungen in einem Pensum von 50 % tätig (IV-Nr. 45 S. 5).

13.1.2 Einzugehen ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach sie als Frühinvalide gelte und daher beim Valideneinkommen nach Art. 26 Abs. 1 IVV vorzugehen sei (vgl. E. II.

E. 5.2

hiervor). Im vorliegenden Fall war es der seit ihrer Kindheit an einem Sprachfehler und einer Lernbehinderung leidenden Beschwerdeführerin möglich, eine berufliche Ausbildung als Schreinerin zu absolvieren. Sie verfügt somit über eine abgeschlossene Berufsausbildung. Dies steht einer Qualifikation als Frühinvalide gemäss Art. 26 Abs. 1 IVV allerdings nicht unter allen Umständen entgegen: Nach der Rechtsprechung sind Frühinvalide Versicherte, die seit ihrer Kindheit einen Gesundheitsschaden aufweisen und deshalb keine zureichenden beruflichen Kenntnisse erwerben konnten. Dazu gehören auch Versicherte, welche zwar eine Berufsausbildung beginnen und allenfalls 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 (Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 3.2 mit Hinweis auf Ziffer 3035 des Kreisschreibens über Invalidität und Hilflosigkeit in der Invalidenversicherung des Bundesamtes für Sozialversicherungen [KSIH]).

Entscheidend ist in dieser Konstellation, ob die versicherte Person die absolvierte Ausbildung auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt «ummünzen» kann oder ob ihr dies behinderungsbedingt verunmöglicht ist (zitiertes Urteil des Bundesgerichts 9C_611/2014 vom 19. Februar 2015 E. 4.3 am Ende). Die Beschwerdeführerin arbeitete nach der abgeschlossenen Ausbildung als Schreinerin nie auf diesem Beruf. Sie gab an, während des letzten Lehrjahres durch den Maschinisten schikaniert worden zu sein, weshalb sie «fertig gewesen» sei und die Lehre nur mit Hilfe ihres damaligen Freundes habe abschliessen können. Danach habe sie nie mehr als Schreinerin gearbeitet (IV-Nr. 70.4 S. 4). Sie war jedoch anschliessend in der Lage, während mehreren Jahren diverse Hilfsarbeitertätigkeiten in einem vollen Arbeitspensum und meist längerfristig auszuüben. Folglich war es ihr möglich, auf dem ersten Arbeitsmarkt Fuss zu fassen, berufliche Kenntnisse zu erwerben und jeweils eine längerdauernde Anstellung finden und zu halten. Zudem nahm sie das ihr durch die Beschwerdegegnerin zugesprochene Coaching der Firma C.____ in Anspruch und konnte das durch das RAV gewährte Assessment bei der Firma E.____ bewältigen (IV-Nrn. 34 S. 2 f., 35). Einzig der Arbeitsversuch bei der Firma D.____ GmbH musste vorzeitig abgebrochen werden. Der Verantwortliche der Firma gab diesbezüglich jedoch an, dass das Problem ganz klar nicht die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin sei, sondern die fehlende Motivation, die Einstellung und der Arbeitswille. Insgesamt fällt daher – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin – eine Anwendung von Art. 26 Abs. 1 IVV ausser Betracht.

13.1.3 Da der gelernten Schreinerin, die über Jahre hinweg u.a. verschiedene Hilfsarbeitertätigkeiten ausübte, die letzte unbefristete Arbeitsstelle als Betriebsmitarbeiterin und Verpackerin / Produktkontrolle bei der Firma B.____ aus gesundheitlichen per Ende Februar 2012 (Allergie gegen ein Desinfektionsmittel) gekündigt wurde bzw. das Anstellungsverhältnis in gegenseitigem Einverständnis aufgelöst worden ist (vgl. Protokolleintrag vom 16. Dezember 2011), ist mit dem erforderlichen Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erstellt, dass sie diese Arbeit im Gesundheitsfall weiterhin ausgeübt hätte. Aufgrund der vorliegenden Akten ist somit für die Bestimmung des Valideneinkommens nicht – wie dies die Beschwerdegegnerin getan hat (A.S. 3) – auf den Tabellenlohn des Bundesamtes für Statistik abzustellen, sondern das zuletzt bei der Firma B.____ erzielte Erwerbseinkommen heranzuziehen. Gemäss dem Arbeitgeberfragebogen vom 7. September 2011 (IV-Nr. 7) betrug der Stundenlohn der Beschwerdeführerin ab dem 1. Januar 2011 CHF 18.79 (Grundlohn). Dies ergäbe beim damaligen Arbeitspensum von 43 Stunden pro Woche (IV-Nr. 7 S. 3) und 52 Jahresarbeitswochen einen Jahreslohn von CHF 42'014.45. Dieser Betrag ist um den 13. Monatslohn (8.33 %, IV-Nr. 7 S. 3) zu erhöhen. Der im Jahr 2011 somit errechnete Jahreslohn von CHF 45'514.25 ist zudem noch an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2015 (T1.10 Nominallohnindex, 2011 – 2018, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren», : 100.9 x 104.2) anzupassen. Somit beträgt das Valideneinkommen CHF 47'002.80.

13.1.4 Das oben errechnete Jahreseinkommen von CHF 47'002.80 ist im Vergleich mit den diesbezüglichen statistischen Löhnen relativ tief. Wenn eine versicherte Person in derjenigen Tätigkeit, die sie als Gesunde ausgeführt hat, einen deutlich unterdurchschnittlichen Lohn erzielt, weil ihre persönlichen Eigenschaften (namentlich fehlende Ausbildung oder Sprachkenntnisse, ausländerrechtlicher Status) oder ein regional unterdurchschnittliches Lohnniveau die Erzielung eines Durchschnittslohnes verunmöglichen, dann ist anzunehmen, dass sie mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung ebenfalls lediglich einen unterdurchschnittlichen Lohn erzielen kann (BGE 135 V 58). Da die Beschwerdeführerin besondere Schulen bzw. eine besondere

Ausbildungsstätte besucht hat (vgl. E. II. 13.1.1 hiervor), ist davon auszugehen, dass sie sich nicht freiwillig mit einem unterdurchschnittlichen Lohn begnügt hat. Daher stellt sich die Frage eine Parallelisierung der Vergleichseinkommen. Da gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bei der Frage, ob ein Einkommen unterdurchschnittlich ist, auf die branchenspezifischen, gesamtschweizerischen Zahlen abzustellen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_534/2012 vom 4. Februar 2013 E. 4.4 m.H.), wäre hier der Tabellenlohn gemäss LSE 2011, Ziff. 10 – 33 «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren» heranzuziehen. Dabei ist auf das Kompetenzniveau 1 («einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»), Frauen, von CHF 4'411.00 abzustellen. Aufgerechnet auf die betriebsüblichen Wochenstunden von 41.3 Stunden im Jahr 2015 (vgl. «Betriebsübliche Arbeitszeit nach Wirtschaftsabteilungen», T 03.02.03.01.04.01, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren») und angepasst an die Nominallohnentwicklung im Jahr 2015, entspricht dies einem Jahreslohn von CHF 54'795.85 ($\text{CHF } 4'411.00 \times 12 \text{ [: } 41.2 \times 41.3 \text{]} \{ : 100.9 \text{ [2011]} \times 104.2 \text{ [2015]} \}$, T1.10 Nominallohnindex, 2011 – 2018, «verarbeitendes Gewerbe / Herstellung von Waren»). Folglich beträgt die Differenz zwischen dem tatsächlich erzielten Verdienst der Beschwerdeführerin und dem LSE-Tabellenlohn ($\text{CHF } 54'795.85 - \text{CHF } 47'002.80$) total CHF 7'793.05, was 14.2 % entspricht. 13.1.5 Da ein Abweichen vom Regelfall, wonach das Valideneinkommen grundsätzlich anhand des zuletzt verdienten Lohnes zu bestimmen ist, erst dann in Frage kommt, wenn – wie vorliegend der Fall – der tatsächlich erzielte Verdienst deutlich unter dem branchenüblichen LSE-Tabellenlohn liegt (BGE 134 V 322 E. 4.1 S. 325, 135 V 297 E. 6.1.1 S. 303) und eine Parallelisierung nur in dem Umfang vorzunehmen ist, in welchem die prozentuale Abweichung den Erheblichkeitsgrenzwert von 5 % übersteigt (BGE 135 V 297 E. 6.1.3), hat vorliegend eine Parallelisierung im Umfang von 9.2 % ($14.2 \% - 5 \%$) zu erfolgen. Damit beträgt das Valideneinkommen insgesamt CHF 51'327.05 ($\text{CHF } 47'002.80 + 9.2 \%$). 13.2 Für das Invalideneinkommen massgebend ist dasjenige Entgelt, welches die versicherte Person aufgrund ihres konkreten Gesundheitsschadens zumutbarerweise noch zu erzielen in der Lage wäre (Art. 16 ATSG). 13.2.1 Wie bereits oben ausgeführt (vgl. E. II. 10.4 hiervor), ist davon auszugehen, dass es der Beschwerdeführerin ab circa Anfang 2015 möglich ist, eine körperlich leichte Verweistätigkeit zu 80 % auszuüben. Deshalb muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss LSE 2015, TA1_tirage_skill_level ist von einem monatlichen Bruttolohn für Frauen von CHF 4'300.00 auszugehen (LSE 2014 TA1_tirage_skill_level, Total, Frauen, Kompetenzniveau 1 «einfache Tätigkeiten körperlicher oder handwerklicher Art»). Dieser Betrag ist auf die üblichen Wochenstunden von 41,7 im Jahr hochzurechnen ($\text{CHF } 4'300.00 \times 12 \text{ [: } 40 \times 41,7 \text{]} = \text{CHF } 53'793.00$) und an den Nominallohnindex für das Jahr 2015 anzupassen ($: 103.3 \times 103.7$). Damit ergibt sich bei einem Arbeitspensum von 80 % ein Invalideneinkommen von gerundet CHF 43'201.05. 13.2.2 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – 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 pflichtgemäßem 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). Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 46 Jahren zur Zeit des Einkommensvergleichs keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Auch hinsichtlich der Nationalität gebietet sich kein Abzug, da die Beschwerdeführerin Schweizer Bürgerin ist (IV-Nr. 3) und somit im Anforderungsniveau 1 nicht schlechter entlohnt wird als Schweizer und Ausländer zusammen (LSE 2008 TA12). Weiter stellt sich bei der Beschwerdeführerin auch die Frage von mangelnden Sprachkenntnissen nicht, welche im Übrigen auch nicht geeignet wären, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Da in vorliegendem Fall keine das durch die Gutachterstelle H.____ formulierte Zumutbarkeitsprofil übersteigenden Einschränkungen der Beschwerdeführerin ersichtlich sind und im Gutachten gar explizit festgehalten wurde, dass eine 80%ige Präsenzfähigkeit bei uneingeschränkter Leistungsfähigkeit bestehe (vgl. E. II. 9.7 hiervor), erübrigt sich die Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs. 13.3 Damit ergibt sich bei einem Valideneinkommen von CHF 51'327.05 und einem Invalideneinkommen von CHF 43'201.05 eine Erwerbseinbusse von CHF 8'126.00, die einem IV-Grad von gerundet 16 % entspricht. Die Beschwerdeführerin hat somit keinen Anspruch auf eine Invalidenrente (vgl. E. II. 2 hiervor). 14. In Bezug auf das Eventualbegehren betreffend die Gewährung weiterer beruflicher Massnahmen (vgl. E. I. 3 Ziff. 2 hiervor) bezieht sich die Beschwerdeführerin in der Beschwerdeschrift im Wesentlichen auf eine Umschulung (A.S. 19). Die Beschwerdegegnerin lehnt in der angefochtenen Verfügung vom 28. April 2020 berufliche Massnahmen mit der Begründung ab, es seien der Beschwerdeführerin anlässlich der Anmeldung vom 2. September 2011 solche angeboten und während einer angemessenen Betreuungszeit durchgeführt worden (A.S. 3, vgl. E. II. 5.1 hiervor). So habe die Beschwerdeführerin durch das Bewerbungscoaching bei der Firma C.____ ihre Bewerbungsunterlagen aktualisieren und Bewerbungsgespräche üben können. Damit habe sie die Fähigkeit und das Wissen erlangt, um sich selbständig für eine Arbeitsstelle zu bewerben. 14.1 Der Umschulungsanspruch setzt grundsätzlich eine Mindesterwerbseinbusse von rund 20 % in den für die versicherte Person ohne zusätzliche Ausbildung offenstehenden, noch zumutbaren Erwerbstätigkeiten voraus (BGE 130 V 488 E. 4.2 S. 489 f., 124 V 108 E. 3 S. 111; Urteil des Bundesgerichts 8C_792/2019 vom 28. Februar 2020 E. 3.1). Somit besteht im vorliegenden Fall bei einem errechneten IV-Grad von 16 % (vgl. E. II. 13.3 hiervor) kein entsprechender Anspruch. Eine geeignete Umschulungsmöglichkeit, welche den kognitiven Möglichkeiten der Beschwerdeführerin (IQ von 74) entsprechen und zu einem höheren Verdienst führen würde, ist zudem nicht ersichtlich. 14.2 In der Beschwerdeschrift vom 28. Mai 2020 (A.S. 8 ff.) findet sich keine Begründung in Bezug auf die Durchführung von anderen beruflichen Massnahmen gemäss Art. 15 ff. IVG. Es wird einzig festgehalten, dass bei einem IV-Grad von 20 % «berufliche Massnahmen ernsthaft durchzuführen» seien (A.S. 19 unten). Daher ist – mit Ausnahme der Umschulung (vgl. oben) – auf die beantragten weiteren beruflichen Massnahmen nicht einzutreten. 14.3 Folglich hat die

Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Umschulung zu Recht abgewiesen. Auf die geltend gemachten weiteren beruflichen Massnahmen ist nicht einzutreten. 15. Es ist zusammenfassend festzuhalten, dass die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 28. April 2020 (A.S. 1 ff.) die Ansprüche auf Ausrichtung einer Invalidenrente sowie auf eine Umschulung zu Recht abgewiesen hat. Auf den Anspruch der Beschwerdeführerin auf weitere berufliche Massnahmen ist nicht einzutreten. Die Beschwerde ist daher – soweit auf diese einzutreten ist – abzuweisen. 16. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 17. Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. 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.

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