

BL_GERICHTE 720 21 380 / 36 vom 1. Oktober 2021

BL Gerichte, 2021-10-01, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720 21 380 _ 36](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/bl_gerichte_720_21_380_36)

FR: BL_GERICHTE 720 21 380 / 36 du 1 octobre 2021

IT: BL_GERICHTE 720 21 380 / 36 del 1 ottobre 2021

Regeste

Rentenanspruch; die eingereichten Berichte der behandelnden Ärzte begründen keine Zweifel an der Beweiskraft des eingeholten Gerichtsgutachten, Kriterien des Malingering erfüllt

Erwägungen

E. 2

Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Massgebend ist der Sachverhalt, wie er sich bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2021 entwickelt hat. Dieser Zeitpunkt bildet rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2 mit Hinweis). 3.1 Anspruch auf eine Rente haben nach Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder ihre Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). 3.2 Nach Art. 6 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG) vom 6. Oktober 2000 ist die Arbeitsunfähigkeit die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Satz 1). Bei langer Dauer wird auch die zumutbare Tätigkeit in einem anderen Beruf oder Aufgabenbereich berücksichtigt (Satz 2). Als Invalidität gilt nach Art. 8 ATSG die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann im IV-Bereich Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 Abs. 1 IVG). Unter Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden allgemeinen Arbeitsmarkt zu verstehen (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind nach Art. 7 Abs. 2 ATSG ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Satz 1). Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Satz 2). 3.3 Die Annahme eines psychischen Gesundheitsschadens im Sinne von Art. 4 Abs. 1 IVG sowie Art. 3 Abs. 1 ATSG setzt eine psychiatrische, lege artis auf die Vorgaben eines anerkannten Klassifikationssystems abgestützte Diagnose voraus (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2, 141 V 281 E. 2.1, 130 V 396 E. 5.3 und E. 6). Eine fachärztlich einwandfrei festgestellte psychische Krankheit ist jedoch nicht ohne weiteres gleichbedeutend mit dem Vorliegen einer Invalidität. In jedem Einzelfall muss eine Beeinträchtigung der Arbeits- und

Erwerbsfähigkeit unabhängig von der Diagnose und grundsätzlich unbesehen der Ätiologie ausgewiesen und in ihrem Ausmass bestimmt sein. Entscheidend ist die nach einem weitgehend objektivierten Massstab zu beurteilende Frage, ob es der versicherten Person zumutbar ist, eine Arbeitsleistung zu erbringen (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.2.1, 141 V 281 E. 3.7, 139 V 547 E. 5.2, 127 V 294 E. 4c, je mit Hinweisen; vgl. Art. 7 Abs. 2 ATSG). 3.4 Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG wird die Rente nach dem Grad der Invalidität wie folgt abgestuft: Die versicherte Person hat Anspruch auf eine ganze Rente, wenn sie zu mindestens 70%, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie zu mindestens 60%, auf eine halbe Rente, wenn sie zu mindestens 50% und auf eine Viertelsrente, wenn sie zu mindestens 40% invalid ist. 3.5 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Danach 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). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden. Aus der Einkommensdifferenz lässt sich der Invaliditätsgrad bestimmen (allgemeine Methode des Einkommensvergleichs; bereits für den Zeitraum vor 1. Januar 2003: BGE 128 V 30 E. 1, 104 V 136 E. 2a und b). Bei nichterwerbstätigen Versicherten, welche in einem Aufgabenbereich (z.B. Haushalt) tätig sind und denen die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit nicht zugemutet werden kann, wird für die Bemessung der Invalidität in Abweichung von Art. 16 ATSG darauf abgestellt, in welchem Masse sie behindert sind, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen (Betätigungsvergleich; Art. 28a Abs. 2 IVG). Bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, wird für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt. Waren sie daneben auch im Aufgabenbereich tätig, so wird die Invalidität für diese Tätigkeit nach Art. 28a Abs. 2 IVG festgelegt. In diesem Falle sind der Anteil der Erwerbstätigkeit bzw. der unentgeltlichen Mitarbeit im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin und der Anteil der Tätigkeit im Aufgabenbereich festzulegen und der Invaliditätsgrad entsprechend der Behinderung in beiden Bereichen zu bemessen (gemischte Methode der Invaliditätsbemessung). Seit dem 1. Januar 2018 bestimmt Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV, dass sich die Berechnung des Invaliditätsgrades in Bezug auf die Erwerbstätigkeit bei Teilerwerbstätigen, die sich zusätzlich im Aufgabenbereich nach Art. 7 Abs. 2 IVG betätigen, nach Art. 16 ATSG richtet, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird.

E. 4

Ausgangspunkt der Ermittlung des Invaliditätsgrades bildet die Frage, in welchem Ausmass die versicherte Person aufgrund ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen arbeitsunfähig ist.

E. 4.1

Bei der Feststellung des Gesundheitszustands und bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der versicherten Person ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf

Unterlagen angewiesen, die ärztliche 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 versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 mit weiteren Hinweisen).

E. 4.2

Das Gericht hat die medizinischen Unterlagen nach dem für den Sozialversicherungsprozess gültigen Grundsatz der freien Beweiswürdigung (vgl. Art. 61 lit. c ATSG) – wie alle anderen Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist demnach entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Expertin oder des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a mit Hinweis).

E. 4.3

Dennoch erachtet es die bundesgerichtliche Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (vgl. die ausführliche Zusammenstellung dieser Richtlinien in BGE 125 V 352 E. 3b mit zahlreichen Hinweisen; vgl. dazu auch BGE 135 V 469 E. 4.4 und 4.5). So weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nach der Praxis nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab, dessen Aufgabe es ist, seine Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder, wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung im Rahmen einer Oberexpertise für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 352 f. E. 3b/aa mit Hinweisen). Im Weiteren ist laut diesen Richtlinien den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, bei der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 125 V 353

E. 3b/bb mit weiteren Hinweisen).

E. 4.4

Zu ergänzen ist, dass das Bundesgericht mit BGE 143 V 418 entschieden hat, dass grundsätzlich sämtliche psychischen Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen sind. Dieses Verfahren definiert systematisierte Indikatoren, die – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – im Regelfall erlauben, das tatsächlich erreichbare Leistungsvermögen ergebnisoffen und symmetrisch zu beurteilen (vgl. BGE 141 V 281 E. 3.6). Entscheidend ist dabei, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen, wobei die versicherte Person die materielle Beweislast zu tragen hat (vgl. BGE 143 V 409 E. 4.5.2 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 3.7.2).

5.1 Im Rahmen der Abklärung des medizinischen Sachverhalts holte die IV-Stelle bei Dr. med. D., FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. E., FMH Rheumatologie, ein bidisziplinäres Gutachten ein. Während der rheumatologische Fachgutachter in seinem Teilgutachten vom 25. November 2015 keine rheumatologischen Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit feststellen konnte, diagnostizierte Dr. D. im psychiatrischen Teilgutachten vom 30. Dezember 2015 mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit eine rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leicht- bis mittelgradiger Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F 33.0/1). Aufgrund der psychischen Erkrankung bestehe in jeder Tätigkeit eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der Höhe von 20%. Diese Einschränkung bestehe mit grosser Wahrscheinlichkeit seit etwa Anfang 2013. Während der drei Hospitalisationen habe vorübergehend eine Arbeitsunfähigkeit von 100% bestanden, die aktuell weiter andauere, da die Versicherte seit dem 23. November 2015 teilstationär in der Tagesklinik behandelt werde. In der bidisziplinären Gesamtbeurteilung vom 24. November 2015 kamen die Gutachter zum Schluss, dass an der im psychiatrischen Gutachten postulierten Arbeitsfähigkeit auch aus bidisziplinärer Sicht festzuhalten sei.

5.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich in der angefochtenen Verfügung vom 1. Oktober 2021 bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes der Versicherten im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Verlaufsgutachten vom 9. Oktober 2019 der Dres. D. und E.. Sie ging demzufolge davon aus, dass der Versicherten die angestammte Tätigkeit als Fachangestellte Gesundheit seit einer Rückenoperation am 11. April 2017 andauernd nicht mehr zumutbar sei. In einer adaptierten, körperlich leichten bis mittelschweren Tätigkeit würde indessen – wie bereits im Vorgutachten festgehalten – aus psychiatrischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 20% vorliegen.

5.3.1 Das Kantonsgericht gelangte anlässlich der ersten Urteilsberatung vom 4. August 2022 zum Schluss, dass dem bidisziplinären Gutachten vom 30. Dezember 2015 sowie dem bidisziplinäre Verlaufsgutachten vom 9. Oktober 2019 von Dr. D. und Dr. E. bei der Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin keine ausschlaggebende Beweiskraft zukomme. So würden die rheumatologischen (Verlaufs-)Gutachten Diskrepanzen bei der Diagnosestellung im Vergleich zu den behandelnden Ärzten aufweisen, namentlich in Bezug auf einen von den Behandlern diagnostizierten Wirbelbogenbruch mit verzögerter Diagnosestellung und Behandlung sowie einem prolongierten Heilungsverlauf. Dr. E. scheine überdies zu übersehen, dass mit dieser Diagnose und anderen rückenbezogenen Diagnosen durchaus eine somatische Ursache für die unbestrittenermassen psychisch

überlagerte Schmerzsymptomatik bestehe. Der langwierige und schwierige Heilungsverlauf werde von ihm mit keinem Wort erwähnt. Vielmehr werde ein solcher wie auch eine somatische Ursache der Schmerzsymptomatik implizit verneint, wenn der Gutachter davon ausgehe, dass das auslösende Verhebetauma eine Arbeitsunfähigkeit von maximal zwei Wochen habe verursachen können. Dr. E. qualifiziere die Schmerzproblematik als reine Symptomausweitung und Schmerzfehlverarbeitung und delegiere deren Beurteilung vollumfänglich an den Psychiater, was im Hinblick auf die Krankengeschichte und die im Raum stehenden Diagnosen sowie auf die vom behandelnden Arzt diskutierte aktuellen Schmerztrigger nicht nachvollziehbar sei.

5.3.2 Das psychiatrische Gutachten lasse sowohl eine Diskussion der aktenkundlich mehrfach gestellten Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen zugunsten einer rein psychogenen Schmerzproblematik als auch eine Indikatorenprüfung vermissen. Obwohl die fehlende Indikatorenprüfung damit begründet werde, dass bei der Beschwerdeführerin eine bewusstseinsnahe Aggravationstendenz nicht ausgeschlossen werden könne, werde eine solche vom Gutachter nicht rechtsgenügend attestiert. Vielmehr seien allfällige Aggravationstendenzen auch im Rahmen der im Raum stehenden Diagnose akzentuierten Persönlichkeitszüge zu untersuchen gewesen. Dr. D. bringe weiter vor, dass eine Indikatorenprüfung sowie eine testpsychologische Prüfung (Mini-ICF-APP) aufgrund der inkonsistenten Angaben der Beschwerdeführerin nicht möglich gewesen sei. Bei diesen Inkonsistenzen und Widersprüchen handle es sich jedoch teilweise um blosse Relativierungen der Aussagen der Beschwerdeführerin. Die Angaben der Explorandin hätten im Rahmen einer Indikatorenprüfung durchaus gewertet und beurteilt werden können. Ferner fehle es an einer rechtsgenügenden Erfragung eines weitgehenden sozialen Rückzugs sowie einer Auseinandersetzung mit dem beschriebenen Tagesablauf der Explorandin. In Bezug auf die Diagnosestellung betreffend die depressive Störung würden sich Diskrepanzen ergeben. Dr. D. verneine das Vorliegen einer mittelschweren respektive schweren depressiven Episode unter Hinweis darauf, dass sich die Explorandin nicht in stationäre Behandlung begeben habe und keine Psychopharmaka einnehme. Festzustellen ist jedoch, dass die Beschwerdeführerin zumindest über längere Zeit in tagesklinischer Behandlung gewesen ist und die medikamentöse Behandlung nach langjähriger Einnahme verschiedener Antidepressiva wegen starker Nebenwirkungen und ausbleibender Wirksamkeit beendet wurde. Diese Aspekte seien vom Gutachter unberücksichtigt geblieben. Letztlich bleibe auch die attestierte Arbeitsunfähigkeit von 20% ohne Begründung, da weder Funktionseinschränkungen genannt noch ein Verweisprofil definiert werde.

5.3.3 Ferner vermöge die ausserordentlich kurz gehaltene Konsensbeurteilung nicht zu überzeugen. Aufgrund der Schmerzproblematik wäre eine vertiefte Besprechung der fachärztlichen Gutachter notwendig gewesen. Insgesamt würden sich die von der IV-Stelle eingeholten Gutachten als mangelhaft erweisen. Das Diagnosebild sowie insbesondere die daraus resultierenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen blieben unklar. Damit würden auch die Schlussfolgerungen zur Arbeitsfähigkeit im Ergebnis letztlich nicht zu überzeugen vermögen.

5.3.4 Da auch die übrigen damals vorliegenden medizinischen Unterlagen keine ausreichende Grundlage für eine abschliessende Beurteilung der Beschwerde bildeten, beschloss das Kantonsgericht, den Fall auszustellen und eine zusätzliche Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Rahmen eines bidisziplinären Gerichtsgutachtens vornehmen zu lassen. Mit deren Erstellung wurde die ZVMB GmbH MEDAS Bern (ZVMB) beauftragt. In der Folge wurde der Gutachtauftrag auf Antrag der Begutachtungsstelle um die Fachrichtungen

Neurologie und Neurochirurgie erweitert. 6.1.1 Am 21. September 2023 erstattete die ZVMB ihr Gerichtsgutachten, das auf Untersuchungen in den Fachrichtungen Rheumatologie, Psychiatrie, Neurochirurgie und Neurologie beruht. Gestützt auf ihre Untersuchungen erheben die involvierten Fachärzte als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: (1) rezidivierende Lumboischialgien, aktuell rechtsbetont (ICD-10 GM M 54.4) bei Status nach Spondylodese LWK 5/SWK 1 am 31. Oktober 2012 und Status nach Revisionsoperation am 12. April 2017 sowie (2) panvertebrale Schmerzen bei mässiger degenerativer Veränderung an der Halswirbelsäule (HWS) in verschiedenen Segmenten und an der Brustwirbelsäule (BWS) in den Segmenten BWK 6/7 bis BWK 8/9 und dem lumbosakralen Übergang (ICD-10 GM M 54.80). Ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit seien (1) eine Persönlichkeitsakzentuierung (ICD-10 Z 73.1); (2) eine undifferenzierte Somatisierungsstörung (ICD-10 F 45.1); (3) ein chronischer Schmerz (ICD-10 R 52.2); (4) mehrfach rezidivierende Anpassungsprobleme in der Vorgeschichte; (5) Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung (ICD-10 Z 73); (6) aus neurologischer Sicht ohne objektivierbares primär neurogenes Schmerzkorrelat bei unauffälligem EMG für die Myotome L 5 und S 1 rechts und unauffälligem SEP des Nervus tibialis, somit ohne objektivem Nachweis für sensible Störungen sowie anamnestisch unspezifische Sensibilitätsminderung im rechten Bein und rechten Arm ohne objektivierbare organische Korrelate; (7) nebenbefundlich ein leichtes sensibles Karpaltunnelsyndrom; (8) ein mögliches Restless-Legs-Syndrom; (9) ein Hinweis auf nichtauthentische Symptom- und Beschwerdepräsentation mit Erfüllung der Kriterien eines Malingering: nicht nachvollziehbare unspezifische Sensibilitätsstörung im rechten Arm und im rechten Bein, nicht nachvollziehbare Diskrepanzen im Finger-Nase-Versuch rechts, nichtauthentische Darstellung kognitiver Minderleistungen im REY-Memory-Test, nichtauthentische Darstellung im SFSS und BDI, hochgradige Darstellung nichtauthentischer Beweglichkeitseinschränkung an der Halswirbelsäule (HWS), Diskrepanzen innerhalb und ausserhalb der Untersuchungssituation, auffällig variable Darstellung der sensiblen Störung, nicht überzeugende Schmerzpräsentation mit Waddell-Zeichen 5/5, auffällig variable Prosodie und im Längsschnittverlauf hochgradig inkonsistent mit nicht plausibler Therapieresistenz auf sämtliche Therapiemassnahmen. 6.1.2 Im Rahmen der interdisziplinären Prüfung von Konsistenz und Plausibilität der Beschwerdeangaben wird ausgeführt, dass sich im Rahmen der psychiatrischen Untersuchung Hinweise auf negative Antwortverzerrungen ergeben hätten und zum Teil widersprüchliche sowie in sich nicht konsistente Verhaltensweisen und Aussagen auffielen. Bei der Versicherten bestünden aktuell objektivierbar weder affektive noch kognitive oder sonstige relevante psychische Störungen. Bis auf eine Persönlichkeitsakzentuierung, Anpassungsprobleme in der Vergangenheit und Gegenwart sowie eine undifferenzierte Somatisierungsstörung würden keine reproduzierbaren psychiatrischen Störungen vorliegen. Bei der Versicherten sei bisher auch psychiatrisch eine intensive Therapie durchgeführt worden. Aufgrund der anamnestischen Angaben und der Aktenlage sei jedoch aus psychiatrischer Sicht davon auszugehen, dass die beschriebenen psychiatrischen Symptome überinterpretiert und in ihrer Bedeutung und im Therapieentwurf überbewertet worden seien. Die Konsistenzprüfung in der psychiatrischen Untersuchung hätten Auffälligkeiten in der Kooperation in der Untersuchungssituation sowie Inkonsistenzen bzw. Plausibilitätsprobleme in den psychiatrischen Testuntersuchungen gezeigt. Bei der Versicherten sei neben dem bewusstseinsnahen Wunsch nach Versorgung und Entlastung von einem Vermeidungsverhalten und nur teilweise auch von unterbewussten regressiven

Prozessen auszugehen. Die beschriebenen Beschwerden und Symptome könnten allenfalls einer sogenannten undifferenzierten Somatisierungsstörung zugeordnet werden, bei der unspezifische Symptome wie Gedächtnisbeeinträchtigung, Sorgen, Schwindel, Schwächegefühl und Schmerzen auftreten könnten. Diese Aspekte seien indessen nicht als versicherungspsychiatrisch relevant zu werten. Im Verlauf der seit elf Jahren bestehenden rheumatologischen Behandlung habe sich zu keinem Zeitpunkt ein Hinweis auf das Vorliegen einer entzündlichrheumatischen Systemerkrankung ergeben. Aus internistisch-rheumatologischer Sicht ergebe sich keinerlei Funktionseinschränkung und damit auch keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Beschwerdesymptomatik liege aufgrund der Anamnese und der Beschwerdesymptomatik eher auf dem neurochirurgischen Fachgebiet. Indessen könnten die bildgebenden Befunde aus neurochirurgischer Sicht die von der Versicherten präsentierte schwere Schmerzsymptomatik nicht vollumfänglich erklären. Zwar könnten durch die erfolgten Operationen und die verschiedenen beschriebenen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule eine gewisse Schmerzsymptomatik als auch eine Einschränkung der Beweglichkeit, namentlich im lumbosakralen Übergang, nachvollzogen werden. Die Versicherte scheine den hohen Leidensdruck stark zu präsentieren. Eine Präzisierung der Schmerzangaben habe bloss schrittweise mit gezielten Fragen eruiert werden können. Auch die Angabe von sensiblen Störungen sei nicht spontan, sondern erst durch direkte Nachfrage erfolgt. Anhand der vorgelegten Akten könne nicht nachvollzogen werden, inwiefern aus aktueller Sicht eine Fraktur übersehen worden sei. Retrospektiv teilweise nicht mehr beurteilbar sei ferner, inwiefern im weiteren Verlauf die Schmerzen valide nachvollzogen werden könnten. Auffallend seien jedoch die diskrepanten Beurteilungen der unabhängigen Gutachter einerseits und den behandelnden Ärzten andererseits sowie die unterschiedliche Interpretation der Bildgebung durch den Fachradiologen und den behandelnden Neurochirurgen. Die Angaben der Versicherten, so zur möglichen Gehstrecke sowie zu den eingenommenen Schmerzmitteln, seien teilweise nicht konsistent. Ergänzend habe sich im Rahmen der Untersuchung und im Abgleich mit den Akten nicht nachvollziehen lassen, was die Versicherte meine, wenn sie von einem gelähmten Nerv in der Brustwirbelsäule spreche. Aus neurochirurgischer Sicht lasse sich die angegebene hohe Unterstützungsbedürftigkeit im Haushalt und in der Körperpflege nicht erklären. Anlässlich der neurologischen Untersuchung seien erhebliche Inkonsistenzen aufgefallen. So sei bei der Darstellung der Beweglichkeit an der Halswirbelsäule ein massives aktives Gegenspannen der Versicherten beobachtbar, welches bei Ablenkung in dieser Form nicht mehr festzustellen sei. Das Verhalten lasse sich nicht durch objektivierbare morphologische Befunde an der Halswirbelsäule erklären, zumal die mehrfach durchgeführten bildgebenden Untersuchungen einen weitgehend altersgemäss unauffälligen Befund ergeben hätten. Die angegebenen subjektiven Sensibilitätsstörungen am rechten Bein seien auffallend variabel und keinem objektivierbaren Segment zuzuordnen; die Reflexe seien völlig symmetrisch. Objektivierbar sei ein geringes sensomotorisches Karpaltunnelsyndrom rechts darzustellen, dieses erkläre indessen sicher keine signifikante Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit und sei überdies behandelbar. Die angegebenen sensiblen Störungen seien ausserdem bloss teilweise durch das Karpaltunnelsyndrom erklärbar. Die Angaben zu subjektiven kognitiven Beeinträchtigungen seien im klinischen Eindruck nicht nachvollziehbar, zumal die dargestellten kognitiven Minderleistungen im Symptomvalidierungsverfahren eine erhebliche negative Antwortverzerrung belegen würden. Der aktenkundige Sachverhalt und die Angabe, dass sämtliche Therapiemassnahmen letztlich die subjektiv invalidisierenden

Beschwerden nicht hätten behandeln können, sei nicht plausibel. Der belegte, niedrigst dosierte Medikamentenspiegel spreche nicht für das Bestehen einer signifikanten Schmerzproblematik. Die Angaben zum Schmerzniveau in der aktuellen Anamnese (nach der ersten Spondylodese «über zehn» bei einer maximal zehnteiligen Analogskala) seien offensichtlich als Übertreibung zu werten. Auch in der aktuellen Untersuchung, in welcher bereits bei sanftem Achsenstoss Schmerzen lumbal beschrieben worden seien, zeige sich eine massiv ausgeweitete Beschwerdeangabe. Die hochgradig gezeigten Bewegungseinschränkungen der Lenden- und Halswirbelsäule sowie das Verhalten im Gangbild seien in der Art der Darstellung als massive demonstrative Ausgestaltung zu werten und in dieser Form sicher nicht durch organische Befunde erklärbar. Die Versicherte habe ferner im Finger-Nase-Versuch jedes Mal exakt auf einen Punkt neben der Nase gezeigt, was organisch-neurologisch nicht erklärbar sei und als eindeutig bewusst präsentierte nichtauthentische Symptompräsentation zu werten sei. Die Kriterien einer Simulation seien bei diesem Verhalten erfüllt. Die Operationsindikation zur Spondylodese im Jahr 2012 sei letztlich aufgrund der damaligen Aktenlage und der heutigen Befundlage zu hinterfragen und relativieren. Es habe weder damals noch im Verlauf eine radikuläre neurogene Schmerzkomponente vorgelegen, die die subjektiv invalidisierende und dargestellte Schmerzproblematik mit gänzlicher Therapieresistenz hätte erklären können. Neurogene Beschwerdeanteile seien somit nicht objektivierbar. Aufgrund der massiven Inkonsistenzen hinsichtlich der Beschwerde- und Symptompräsentation seien die Kriterien des Malingering erfüllt. 6.1.3 Zu den Standardindikatoren wird aus psychiatrischer Sicht ausgeführt, dass weder beim Komplex «Gesundheitsschädigung» noch bei den Komplexen «Persönlichkeit» oder «sozialer Kontext» relevante Störungen vorlägen. Die gesundheitlichen psychiatrischen Einschränkungen hätten aus versicherungsmedizinischer Sicht keine defizitäre Auswirkung und würden die Arbeitsfähigkeit nicht beeinträchtigen. Bei der Würdigung relevanter Persönlichkeitsaspekte, Belastungsfaktoren und Ressourcen führen die involvierten Fachgutachter aus, dass sich die Explorandin sehr klagsam und eingeengt auf die Beschreibung ihrer Schmerzen gezeigt habe. Psychiatrisch hätten sich durchgehend histrionischanklagende und narzisstische Persönlichkeitszüge gezeigt. Sie habe indessen nach ihren Aussagen eine gute Kindheit verbracht, Bindungsunsicherheiten, Erfahrungen mit bedeutenden Konflikten oder Gewalterfahrungen seien nicht vorgekommen. Stärkere strukturelle Defizite seien nicht erkennbar. Die Persönlichkeitsstruktur, speziell die komplexen Ich-Funktionen würden keine bedeutenden Defizite aufweisen. Bei der Versicherten bestünden bis auf finanzielle Sorgen keine relevanten Probleme im sozialen Kontext. Die frühere Beziehungsproblematik habe keine Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit der Versicherten. Eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenspiegels in allen vergleichbaren Lebensbereichen sei nicht nachweisbar. Auch bestehe in Bezug auf Behandlung und berufliche Eingliederung kein ausgewiesener Leidensdruck. Die Beschwerden seien nicht als therapieresistent zu werten. Erschwerend sei für die Versicherte die lange Arbeitsunfähigkeit und die starke häusliche Unterstützung sowie die offenbare Chronifizierung und Ausweitung der Schmerzsituation. Als Ressourcen seien demgegenüber die gute Ausbildung mit entsprechender beruflicher Erfahrung sowie die Fähigkeit, leitende, überwachende und administrative Tätigkeiten zu übernehmen, zu werten. Es bestünden gesamthaft Inkonsistenzen, welche die Annahme einer Gesundheitsschädigung zwar nicht verbieten würden, jedoch eine Diskrepanz zwischen dem geschilderten Beschwerdebild, dem gezeigten Verhalten und den objektiven Befunden aufzeigen würden. 6.1.4 Objektivierbare Auswirkungen auf das Funktions- und

Fähigkeitsprofil würden sich auch aus interdisziplinärer Sicht lediglich aus den neurochirurgischen Diagnosen ergeben. Es bestehe eine verminderte Belastbarkeit und Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule sowie eine Einschränkung der Hals- und Brustwirbelsäule. Die Versicherte sei für leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung mit Positionsausgleich einsetzbar. Ideal seien Tätigkeiten im Wechsel mit Gehen, Stehen und Sitzen und dazwischen einschiebbaren Pausen zur Lockerung und Regeneration. Vermieden werden sollten Tätigkeiten mit wiederholtem Heben, Tragen und Bewegen von Gewichten über 10 kg ohne technische Hilfsmittel. Nicht möglich seien Tätigkeiten mit häufigen, längeren und repetitiven Zwangshaltungen, Bücken oder Kauern oder mit wiederholten oder längeren auf die Wirbelsäule einwirkenden Vibrationen. Tätigkeiten über Kopf, über Brust- oder Schulterniveau sowie mit häufiger Kopfdrehung, mit Armvorhalt und besonderer Belastung des rechten Armes sowie Tätigkeiten mit längerem Stehen seien nicht geeignet, ebenso wenig wie Tätigkeiten auf Leitern, Gerüsten, Treppen oder in Gefährdungsbereichen. Auch Tätigkeiten in Zugluft, Kälte oder Nässe sollten nicht anfallen, da diese zu einer Verstärkung der Beschwerden führen könnten. Neurologisch könne die Bewertung aufgrund der nichtvalablen Angaben und Symptompräsentation bloss medizinisch-theoretisch erfolgen. Letztlich könne bloss der Sachverhalt der zwischenzeitlich zweimaligen Wirbelsäulenoperation mit Spondylodese im Jahr 2012 und Re-Spondylodese im Jahr 2017 als beeinträchtigend gewertet werden. Dadurch sei die Rückenbelastbarkeit vermindert. Rein neurologisch betrachtet könne keine eigenständige Einschränkung des Fähigkeitsprofils begründet werden, welche über die Bewertung des neurochirurgischen Gutachtens hinausgehe. Das leichte Karpaltunnelsyndrom rechts habe keine Arbeitsrelevanz. Gemäss den anamnestischen Angaben sei ausserdem ein Restless-Legs-Syndrom möglich, das jedoch ebenfalls keine Auswirkung auf das Zumutbarkeitsprofil habe. Aus internistisch-rheumatologischer Sicht sowie aus psychiatrischer Sicht würden sich keine relevanten Einschränkungen des Fähigkeits- und Funktionsprofils ergeben. Aus psychiatrischer Sicht sei bloss eine leichte Reduzierung der Flexibilität und Umstellfähigkeit festzustellen.

6.1.5 Zusammenfassend kommen die involvierten Fachpersonen der ZVMB zum Schluss, dass der Versicherten die angestammte Tätigkeit als Fachperson Betreuung spätestens seit der Operation vom 31. Oktober 2012 nicht mehr zumutbar sei. In einer leidensangepassten Tätigkeit, deren Fähigkeitsprofil vorrangig durch die neurochirurgische Bewertung bestimmt werde, könne eine volle Arbeitsfähigkeit mit ganztägiger Präsenz und ohne Leistungsminderung festgestellt werden. Diese Bewertung gelte auch durchgängig retrospektiv. Ausgenommen seien lediglich die Zeiten nach den Wirbelsäulenoperationen mit entsprechenden Regenerationszeiten. Nach der ersten Operation im Jahr 2012 betrage diese maximal drei Monate, nach dem zweiten Eingriff maximal sechs Monate. Die Angaben des behandelnden neurochirurgischen Facharztes könnten anhand der Befunde, des Verlaufs und der aktuellen Begutachtung nicht nachvollzogen werden. Die Befunde würden zwar verschiedene Beschwerden der Versicherten und auch ein eingeschränktes Leistungsprofil, nicht jedoch eine aufgehobene Arbeitsfähigkeit erklären.

6.2 Im Rahmen ihrer Stellungnahme zum eingeholten Gerichtsgutachten vom 23. November 2023 liess die Beschwerdeführerin folgende medizinische Unterlagen einreichen:

6.2.1 In seiner Einschätzung zum psychiatrischen Gutachten aus Behandlersicht vom 13. Oktober 2023 führte Dipl. Psych. G. aus, dass die Ergebnisse des psychiatrischen Teilgutachtens für ihn unverständlich seien. Der Gerichtsgutachter habe unberücksichtigt gelassen, wie schwierig Gutachtenssituationen für die explorierte Person sein könnten. Seine Patientin habe überdies anamnestisch

mehrfach negative Erfahrungen in Gutachtenssituationen gemacht, weshalb wenig Vertrauen bestehe, dass sie gerecht und fair beurteilt werde. Seines Erachtens habe die Patientin eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen, wodurch sich das festgestellte Verhalten erklären lasse. Die Einschätzung des Gerichtsgutachters bezüglich der gestellten Diagnosen weise eine hohe Diskrepanz zu denjenigen der behandelnden Ärzten. Er diagnostiziere bei der Patientin eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwergradige Episode (ICD-10 F3.2), eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F 45.41), eine kombinierte Persönlichkeitsstörung mit narzisstischen und histrionischen Anteilen (ICD-10 F 61), psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeit (ICD-10 F 11.2), ein schädlicher Gebrauch von Nikotin (ICD-10 F 17.1) sowie Probleme in Bezug auf die wirtschaftliche Lage (ICD-10 Z59). Die Patientin weise ein sehr ausgeprägt vermindertes Funktionsniveau sowie eine Aktivitäts- und Leistungsbeeinträchtigung vor. Aus psychiatrischer Sicht bestehe seit 2. Mai 2016 bis auf Weiteres eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Dabei gelte es auch die körperlichen Einschränkungen zu berücksichtigen. Die Prognose sei ungünstig.

6.2.2 Der behandelnde Facharzt Dr. med. H. , FMH Neurochirurgie, diagnostizierte in seinem Bericht vom 17. Oktober 2023 (1) bewegungsabhängige rechtsseitige Hüftbeschwerden, vereinbar mit einer Hüftpathologie; (2) bewegungsabhängige rechtsseitige Schulterbeschwerden; (3) eine Lumbalgie bei ungünstiger Statik mit Deformität der Wirbelsäule im lumbosakralen Übergang mit lumbaler Hyperlordose bei Status nach traumatischer Spondylolyse L 5 beidseits sowie mit beidseitiger Fazettengelenksarthrose L 4/5; (4) eine kongenitale linkskonvexe Thorakalskoliose; (5) ein rechtsseitiges ISG-Syndrom bei Anschlusssegmentdegeneration nach Fusion L 5/S 1; (6) eine rechtsseitige Zervikobrachialgie bei rechtsseitig foraminale Diskushernie C 4/5; (7) eine bewegungsabhängige Thorakalgie bei thorakalem Facettensyndrom Th 8/9 und Osteochondrose bei kongenitaler linkskonvexer Thorakalskoliose; (8) eine rechtsseitige Lumbalgie bei rechtsseitiger Stress-Fraktur des Processus articularis inferior von LWK 2 bei Hyperlordose; (9) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom; (10) ein Status nach Spondylolyse L 5/S 1 am 31. Oktober 2012 bei traumatischer Spondylolyse L 5 beidseits; (11) ein Wirbelbogenbruch beidseits nach Verhebetauma im Oktober 2011 mit verzögerter Diagnosestellung, vorgängig mit elf Kortikosteroidinfiltrationen zwischen 2011 und 2012; (12) eine Revisions- TLIF (transforaminale lumbale interkorporelle Fusion) L 5/S 1 recht-seitig, bei rechtsseitiger Beckenkammernahme bei Pseudoarthrose. Dr. Sailer hielt ferner diverse Nebendiagnosen fest. Er kritisierte, dass der Unfallmechanismus des Verhebetaumas im gerichtlichen Gutachten nicht gewürdigt worden sei. Eine traumatische Fraktur des pars interarticularis sei nicht diskutiert worden. Die traumatisierenden Episoden mit Kreislaufversagen nach den Infiltrationen in den Jahren 2011 und 2012 und der verzögerten Diagnosestellung der Spondylolyse seien von den involvierten Gutachtern ebenso wie die mutmassliche posttraumatische Belastungsstörung und die Schlafstörung mit chronischer Übermüdung nicht genügend gewürdigt worden.

6.2.3 Dr. med. I. , FMH Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, führte mit Bericht vom 6. November 2023 aus, dass die neurochirurgische Einschätzung im Gerichtsgutachten aus seiner Sicht schlüssig sei. In einer belastenden, insbesondere stehendgehenden Tätigkeit sei die Patientin arbeitsunfähig. Indessen sei bei der Patientin zusätzlich zu den im Gutachten gestellten Diagnosen eine Beinschwäche für die aktive Hüftflexion, möglicherweise zum Teil im Zusammenhang mit einem Psoas-Impingement oder einer neurologischen

Ausfallerscheinung stehend, sowie ein Hüftimpingement recht mit moderat ausgeprägter Coxarthrose zu diagnostizieren. Mit Blick auf diese neuen Diagnosen stelle er in Frage, ob für leichte körperliche Tätigkeiten in wechselnder Körperhaltung mit Positionsausgleich, im Wechsel mit Stehen, Gehen und Sitzen mit dazwischen einschiebbaren Pausen zur Lockerung und Regeneration wirklich eine 100%ige Arbeitsfähigkeit gegeben ist. Mit den Beschwerden im Sitzen (Hüftschmerzen) und der massiv eingeschränkten Gehfähigkeit aufgrund der Flexionsschwäche im Hüftgelenk sei nach seiner Ansicht auch eine solche adaptierte Arbeitsfähigkeit nicht ohne Weiteres gegeben. Es sei ein orthopädisches Gutachten einzuholen.

6.3 Mit Eingabe vom 14. Dezember 2023 reichte die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht von Dr. I. vom 18. Oktober 2023 ein. Darin diagnostiziert dieser ein femoroacetabulä-res Impingement mit beginnender Coxarthrose rechts. Das konventionelle Röntgenbild zeige normale Gelenkspaltweiten beidseits bei nach vorne gekipptem Becken und dadurch überhängendem Pfannenrand. Das MRI zeige insbesondere degenerative Veränderungen am anterioren Pfannenrand im Sinne einer Labrumdegeneration und Ruptur sowie Zystenbildung am kontralateralen Übergang. Eine operative Versorgung des Pincer-Impingements sei gelenkserhaltend nicht möglich und ein Gelenkersatz sei aktuell nicht indiziert. Er rate ein Zuwarten ab.

6.4 Am 22. Januar 2024 liess die Beschwerdeführerin einen weiteren Bericht einreichen. Dr. med. J. , FMH Rheumatologie sowie Allgemeine Innere Medizin, führte darin am 11. Oktober 2023 folgende Diagnosen auf: ein chronisches multifaktorielles Schmerzsyndrom bei untenstehenden Diagnosen (1) ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont nach Verhebetrauma im Oktober 2021 (recte: 2011) mit im Verlauf von ca. 2011 bis 2012 über zehn Kortikosteroidinfiltrationen, Status nach Spondylodese L 5/S 1 am 31. Oktober 2012 bei Spondylothesis L 5/S 1 beidseits sowie Status nach Revision TLIF L 5/S 1 rechtsseitig mit Beckenkammentnahme im April 2017 bei Pseudarthrose, mit chronischem lumbovertebralen bis lumboglutealen Schmerz rechtsbetont, ISG-Störung und Tendomyosen, einer subjektiven Schmerzschwäche und Hypästhesie im rechten Bein, ausgeprägter Wirbelsäulenfehlform und Fehlhaltung mit Dekompensation, Dysbalance, Skoliose und Hyperkyphose und einem sekundären tendomyotischen Schmerzsyndrom mit Generalisierungstendenz; (2) ein zweiter Schmerzfokus im Bereich der mittleren Brustwirbelsäule mit Thorakalgie bei thorakalem Facettensyndrom Th 8/9, Osteochondrose, bei kongenitaler linkskonvexer Thorakalskoliose mit deutlicher Hyperkyphose und Hyperkyphosierung als Fehlhaltung, differenzialdiagnostisch Osteoporose; (3) eine zervikobrachiale Schmerzkomponente, ebenfalls chronifiziert, deutlich rechtsbetont, mit auch zephaler Komponente mit fast täglichen Kopfschmerzen, ohne objektivierbaren klaren neurologischen Ausfällen, mit einer eventuellen Mitkomponente durch eine Schulterperiarthropathie rechts, geringer links, welche noch abzuklären sei; (4) über zehnjährige Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms bei obengenannten Diagnosen und erwähnter deutlicher Wirbelsäulenfehlhaltung mit Kyphoskoliose und seitlichem Überhang, weichteilrheumatischer Schmerzentwicklung mit multipler Schmerzentwicklung mit multiplen bis generalisierten Tendomyosen und Triggerpunkten, wobei ein entzündlichmuskuläres rheumatisches Geschehen nicht ganz auszuschliessen sei; (5) vermehrte Polyarthralgien mit Schmerzen an der Hüfte rechts (in Abklärung), einer Periarthropathie der Schultern rechtsbetont, Arthralgien in den Fussgelenken, Ellbogen und den Gelenken der Finger ohne klare Arthritis, intermittierenden Arthralgien bzw. Schmerzen und Missempfindungen auch in den Fingerspitzen, differenzialdiagnostisch ohne gänzlichem Ausschluss einer Spondylarthropathie, eher jedoch beginnende Arthrosen

und weichteilrheumatische Beschwerden, mit Dysästhesien an den Fingerspitzen 2 bis 5 ohne klares Korrelat, gemäss der Patientin ohne klares Resultat im Rahmen der neurologischen Abklärung; (6) Missempfindungen und Unruhe an den Füssen, differenzialdiagnostisch ein atypisches Restless-Legs-Syndrom, differenzialdiagnostisch eine beginnende Neuropathie, Polyneuropathie; (7) chronische Schlafstörungen und depressive Verstimmungen, eventuell sekundär bei chronischen Schmerzen; (8) anamnestisch ein Vitamin B12- und Vitamin D-Mangel; (9) eine Periarthropathie der Hüfte rechts bei femoropatellärem gemischtem Impingement und Labrumruptur; (10) anamnestisch eine latente Hyperthyreose; (11) ohne Zeichen für eine Osteoporose; (12) eine mögliche Allergie, Kreislaufproblematik nach Lokalanästhesie bei Infiltrationen ca. 2012 sowie erneut 2015 bei positivem Lidocain-Allergietest. Er habe die Patientin bloss einmal untersuchen können. Die vorgenommenen Untersuchungen zeigten zumindest bisher keine klare sogenannte entzündlichrheumatische Erkrankung. Indessen könne ein Teil der Arthralgien auf beginnende degenerative Veränderungen zurückgeführt werden. Im Vordergrund scheint bei der Patientin die Ausbildung eines chronifizierten Schmerzsyndroms mit somatischen und psychischen Elementen zu liegen. Oberflächlich finde sich in weichteilrheumatisches generalisiertes Schmerzsyndrom mit entsprechender Angabe von Schmerzen auf hohem Level sowie den typischen Tenderpoints bei der Untersuchung bei ihm. Dieses Krankheitsbild besitze einen eigenen Krankheitswert. Das gerichtliche Gutachten gehe indes auf diese Diagnose nicht in genügendem Ausmass ein. Er komme zum Schluss, dass die Patientin mit ihrem multifaktoriellen Leiden mit Beteiligung multipler Bewegungsapparatsstrukturen – wie weit auch immer die Ursache somatisch oder psychisch bedingt ist – massiver beeinträchtigt sei, als aus den verschiedenen Teilgutachten hervorgehe. Aus seiner Sicht sei die Patientin heute auch für leichtere bis mittelschwere Belastungen beruflich deutlich eingeschränkt einsetzbar. Als Zusatzbefund bzw. Symptom sei zu erwähnen, dass die Patientin angegeben habe, seit einiger Zeit vor allem am Morgen eine Schwäche im Bereich der Augenmuskeln, vor allem rechts, zu verspüren. Dies habe bei der Untersuchung nicht verifiziert werden können. Eventuell müsse eine vertiefte neurologische Abklärung in Betracht gezogen werden. 6.5 Dr. med. K., Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparats, des Regionalen Ärztlichen Dienstes der Beschwerdegegnerin nahm am 31. Januar 2024 zum eingereichten Bericht von Dr. J. Stellung. Er stellte fest, dass sich der Rheumatologe bei genauer Betrachtung nahezu die gleichen subjektiven Beschwerdeschilderungen der Versicherten sowie auf Befunde abstützte, wie sie bereits als Beurteilungsgrundlage im Gerichtsgutachten vom 21. September 2023 dienten, womit seine sinngemäss abweichende Beurteilung bloss eine anderslautende Einschätzung eines unveränderten Sachverhalts darstelle. Es sei der unterschiedliche Beurteilungsansatz einer klinischen gegenüber einer gutachterlichen Untersuchung hervorzuheben. Der Bericht von Dr. J. sei in diesem Sinne auch primär deskriptiv. Dr. J. würde naturgemäss in erster Linie auf die subjektive Beschwerdepräsentation abstellen. Die objektiven Befunde, die sich weitgehend gleich wie anlässlich der gerichtlichen Begutachtung zeigten, würden indes weder klinisch, radiologisch oder laborchemisch das präsentierte Beschwerdeausmass hinlänglich erklären oder eine anderslautende Einschätzung nahelegen. Die neu angegebene subjektive und von Dr. J. nicht verifizierbare Augenmuskulaturchwäche sei vor dem Hintergrund der gutachterlich festgestellten Inkonsistenzen betreffend Beschwerdepräsentation bis zum Beweis des Gegenteils als überwiegend wahrscheinlich funktioneller Genese zuzuordnen. 7.1 Während die Beschwerdegegnerin in ihrer Stellungnahme vom 12. Oktober 2023

beantragt, auf das Gerichtsgutachten der ZVMB vom 21. September 2023 abzustellen, kritisiert die Beschwerdeführerin das Gutachten in ihrer Eingabe vom 23. November 2023 in verschiedener Hinsicht und beantragte die zusätzliche Durchführung einer orthopädischen und schmerzmedizinischen Begutachtung. 7.2 Nach den in Erwägung 4.3 hiervor geschilderten Beweismaximen weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten praxisgemäss nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab, deren Aufgabe es ist, ihre Fachkenntnisse der Gerichtsbarkeit zur Verfügung zu stellen, um einen bestimmten Sachverhalt medizinisch zu erfassen. Vorliegend ist kein Grund für ein Abweichen vom polydisziplinären Gerichtsgutachten der ZVMB vom 21. September 2023 ersichtlich. Es ist viel mehr festzuhalten, dass dieses die rechtsprechungsgemässen Voraussetzungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage in jeder Hinsicht erfüllt: Es weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf, es ist – wie dies vom Bundesgericht verlangt wird (vgl. E. 4.2 hiervor) – für die streitigen Belange umfassend, es stützt sich auf sorgfältige persönliche Untersuchungen der Explorandin, es berücksichtigt die geklagten Beschwerden und es ist in Kenntnis der Vorakten abgegeben worden. Die involvierten Gutachter setzen sich überzeugend mit den abweichenden Einschätzungen der behandelnden Ärzte auseinander. Inhaltlich ist das Gutachten widerspruchsfrei und es leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge bzw. der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Das gerichtliche Gutachten hat namentlich die im psychiatrischen Vorgutachten fehlende Prüfung der Standardindikatoren nachgeholt und die in beiden Vorgutachten erwähnte Aggravation wissenschaftlich verifiziert und bestätigt. 7.3 Was die Beschwerdeführerin vorbringt, vermag die ausschlaggebende Beweiskraft der Gerichtsexpertise nicht in Frage zu stellen. 7.3.1 Sie beruft sich bei ihrer Kritik in erster Linie auf Berichte ihrer behandelnden Ärzte. So stützt sie sich in ihrer Argumentation einerseits auf den Bericht des behandelnden Psychologen Dipl. Psych. G. vom 13. Oktober 2023. Hierzu ist vorab festzuhalten, dass es sich bei Herrn G. um einen Psychologen und nicht um einen psychiatrischen Facharzt handelt. Überdies beruft er sich zur Stützung seiner abweichenden Einschätzung auf fachärztliche Berichte aus den Jahren 2014 bis 2016, ohne sich zum aktuellen Zustand oder zu der ausführlichen Besprechung der Diagnosen durch den psychiatrischen Gerichtsgutachter (vgl. insbesondere S. 36 bis 39 des psychiatrischen Teilgutachtens) zu äussern. Das klagsame, aggravatorische Verhalten versucht der behandelnde Psychologe mit negativen Erfahrungen der Versicherten in Begutachtungssituationen und der psychiatrischen Symptomatik zu erklären, ohne sich jedoch mit den im Gerichtsgutachten ausgeführten Kriterien des Malingering auseinanderzusetzen. Insgesamt stützt sich die Einschätzung von Dipl. Psych. G. lediglich auf die subjektiven Angaben der Versicherten und vermag die fachpsychiatrische Einschätzung nicht in Frage zu stellen. Die Tonaufnahme des psychiatrischen Explorationsgesprächs lässt überdies keinerlei Rückschlüsse auf eine konfrontative oder unangenehme Untersuchungssituation zu. Sofern die Beschwerdeführerin eine schmerzmedizinische Begutachtung beantragt, ist ihr entgegenzuhalten, dass die Schmerzsymptomatik im psychiatrischen Teilgutachten hinreichend gewürdigt und nachvollziehbar eingeordnet wurde. Aufgrund des festgestellten aggravierenden Verhaltens der Beschwerdeführerin während der Exploration kann nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung überdies ohne Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes auf weitere medizinische Abklärungen verzichtet werden (vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 15. Juni 2020, 9C_836/2019, E. 4.3 mit Hinweisen). 7.3.2 Auch die mit Bericht vom 17. Oktober 2023 von Dr. H. vorgebrachte Kritik am Gerichtsgutachten vermag nicht zu überzeugen.

Entgegen seinen Ausführungen ist die Frage, ob die Spondylolyse in einem kausalen Zusammenhang mit dem erlittenen Verhebetrauma steht, im vorliegenden IV-Verfahren nicht von Relevanz. Im Weiteren ist auch unerheblich, ob die erlittenen Spondylolyse eine Fraktur im medizinischen Sinne darstellt, zumal das Gerichtsgutachten die operativ versorgte Spondylolyse und die damit zusammenhängenden rezidivierenden Lumboischialgien durchaus als Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit anerkennen. Die damalige Operationsindikation wird von den Gutachtern zwar in Frage gestellt, bei der Festlegung des Zumutbarkeitsprofils wird der entsprechenden gesundheitlichen Situation jedoch ausführlich Rechnung getragen. Die weiteren Einwände von Dr. H. betreffen namentlich die psychiatrische Situation und sind damit fachfremd. Indessen kann festgehalten werden, dass die Diagnosen einer posttraumatischen Belastungsstörung, einer komplexen posttraumatischen Belastungsstörung sowie einer Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung im psychiatrischen Teilgutachten auf den Seiten 37 und 38 durchaus diskutiert und mit nachvollziehbarer und schlüssiger Begründung verworfen werden. 7.3.3 Sofern sich die Beschwerdeführerin auf die Berichte des neu behandelnden Orthopäden Dr. I. beruft, kann ihr ebenfalls nicht gefolgt werden. Zwar stellt dieser das im Gerichtsgutachten definierte Zumutbarkeitsprofil unter anderem unter Hinweis auf eine beginnende Coxarthrose im rechten Hüftgelenk in Frage. Diese Kritik wird indessen nicht mit tatsächlichen funktionalen Einschränkungen der Versicherten begründet. Auffallend ist überdies, dass Dr. I. keine operative, physiotherapeutische oder analgetische Behandlungsindikation für die Hüftproblematik erkennt und blosses Zuwarten empfiehlt. Unter diesen Gesichtspunkten vermag seine Behauptung, der Beschwerdeführerin sei eine angepasste Tätigkeit in Wechselbelastung und mit intermittierenden Pausen nicht vollschichtig zumutbar, nicht zu überzeugen. Vielmehr kann ohne Weiteres davon ausgegangen werden, dass der – im Übrigen bloss beginnenden – Hüftarthrose mit dem definierten Verweisprofil genügend Rechnung getragen wird. Damit kann auch auf eine weitere orthopädische Begutachtung verzichtet werden (antizipierte Beweiswürdigung, BGE 141 I 64 E. 3.3, 124 V 94 E. 4b, 122 V 162 E. 1d, 119 V 344 E. 3c in fine mit Hinweisen). Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die neu diagnostizierte Cox-Arthrose einen Gesundheitsschaden darstellt, der augenscheinlich nach dem massgeblichen Verfügungszeitpunkt am 1. Oktober 2021 eingetreten ist, womit er im vorliegenden Verfahren ohnehin nicht zu beurteilen wäre (vgl. E. 2 hiervor). 7.3.4 Der kurzfristig am 22. Januar 2024 eingereichte Bericht von Dr. J. vom 11. Oktober 2023 enthält im Wesentlichen dieselben Befunde, die im Gerichtsgutachten berücksichtigt wurden. So stellt auch der neu behandelnde Rheumatologe fest, dass keine entzündlichrheumatische Erkrankung vorliege. Betreffend die Schmerzsituation stützt sich Dr. J. hauptsächlich auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin, ohne eine Konsistenzprüfung vorzunehmen. Seine letztlich unbegründete Auffassung, dass die Versicherte «massiver beeinträchtigt sei» als im Gerichtsgutachten berücksichtigt, verfängt deshalb nicht. Der RAD-Arzt Dr. K. hat in seiner ausführlichen Stellungnahme vom 30. Januar 2024 im Übrigen zu allen Einwänden des Rheumatologen Stellung genommen und diese nachvollziehbar zurückgewiesen. Darauf kann verwiesen werden. 7.4 Insgesamt sind nach dem Ausgeführten keine Gründe ersichtlich, die Anlass geben könnten, die Ergebnisse des gerichtlichen Gutachtens der ZVMB in Frage zu stellen oder gar davon abzuweichen. Die Gerichtsexpertise lässt eine zuverlässige Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu, weshalb darauf abzustellen ist. Demnach ist davon auszugehen, dass der Beschwerdeführerin eine leidensangepasste, körperlich leichte,

wechselbelastende Tätigkeit in wechselnder Körperhaltung mit möglichen Pausen ganztägig und ohne Leistungsminderung zumutbar ist. Damit resultiert letztlich eine höhere Arbeitsfähigkeit als bisher angenommen, was indessen im gutachterlichen Ermessen liegt.

E. 8

Die Abklärung der Einschränkungen im Haushalt und die Anwendung der gemischten Methode werden von der Beschwerdeführerin zu Recht nicht beanstandet. Es ist folglich davon auszugehen, dass sie in der Zeit vom 13. Oktober 2012 bis 17. Juli 2017 im Aufgabenbereich nicht eingeschränkt gewesen ist. 9.1 Die Beschwerdegegnerin hat in ihrer Verfügung vom 1. Oktober 2021 einen Einkommensvergleich vorgenommen. Dabei hat sie das Valideneinkommen anhand der Angaben der ehemaligen Arbeitgeberin und das Invalideneinkommen anhand der Tabelle TA1 der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung des Bundesamtes für Statistik (LSE) 2014, Privater Sektor Total, Spalte Frauen, Kompetenzniveau 1, ermittelt. Die Beschwerdeführerin beanstandet – zu Recht – weder das ermittelte Valideneinkommen noch den ermittelten Grundwert für das Invalideneinkommen. An der für das Invalideneinkommen herangezogenen LSE-Tabelle ändert sich durch das neu definierte Zumutbarkeitsprofil nichts, da der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) von seiner Struktur her einen Fächer verschiedenartiger Stellen offenhält, und zwar sowohl bezüglich der dafür verlangten beruflichen und intellektuellen Voraussetzungen wie auch hinsichtlich des körperlichen Einsatzes (BGE 110 V 273 E. 4b S. 276; ZAK 1991 S. 318 E. 3b). Zu beurteilen ist jedoch das Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach beim Invalideneinkommen ein leidensbedingter Abzug von mindestens 23% vorzunehmen sei. 9.2 Gegebenheiten, welche einen Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigen könnten, sind vorliegend nicht ersichtlich. Die gesundheitlichen Beeinträchtigungen sind bereits im leidensangepassten Tätigkeitsprofil berücksichtigt. Nach bundesgerichtlicher Rechtsprechung wirken sich überdies im Kompetenzniveau 1 der Aufenthaltsstatus, die Nationalität sowie die fehlende Berufserfahrung nicht lohnmindernd aus (Urteile des Bundesgerichts vom 2. September 2019, 9C_323/2019, E. 4.2, vom 24. August 2018, 9C_857/2017, E. 4.3, vom 11. Dezember 2017, 8C_579/2017, E. 7.4.2, je mit Hinweisen; vgl. BGE 146 V 16 E. 5, 126 V 75 E. 5a/cc). Ein Abzug vom Tabellenlohn ist deshalb nicht vorzunehmen. 9.3 Setzt man im Einkommensvergleich die – nunmehr einem 100%-Pensum entsprechenden – Invalideneinkommen den korrekt ermittelten Valideneinkommen gegenüber, resultiert ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 21.3% bzw. 12%. Damit hat die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint. Die Beschwerde ist nach dem Ausgeführten abzuweisen. 10.1 Gemäss 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 Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt. Vorliegend ist dem Kantonsgericht ein überdurchschnittlich hoher Verfahrensaufwand entstanden, weshalb es sich rechtfertigt, die Verfahrenskosten auf den gemäss bundesrechtlichem Kostenrahmen maximal zulässigen Betrag von Fr. 1'000.-- festzusetzen. Nach § 20 Abs. 3 VPO werden die Verfahrenskosten in der Regel der unterliegenden Partei in angemessenem Ausmass auferlegt. Vorliegend ist die Beschwerdeführerin unterliegende Partei, weshalb die Verfahrenskosten ihr zu auferlegen sind. Der Beschwerdeführerin ist nun allerdings mit Verfügung vom 2. Dezember 2021 die unentgeltliche Prozessführung bewilligt worden, weshalb die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen werden. 10.2.1 Im Zusammenhang mit den Kosten für

gerichtliche Abklärungen ist Art. 45 Abs. 1 ATSG zu beachten. Dieser Bestimmung zufolge hat der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung zu übernehmen, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen veranlasst, so hat er deren Kosten dennoch zu übernehmen, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Wie das Bundesgericht in BGE 137 V 210 entschieden hat, sind in jenen Fällen, in denen zur Durchführung der vom Gericht als notwendig erachteten Beweismassnahme an sich eine Rückweisung in Frage käme, eine solche indessen mit Blick auf die Wahrung der Verfahrensfairness entfällt, die Kosten der durch das Gericht in Auftrag gegebenen Begutachtung den IV-Stellen aufzuerlegen. Dies sei, so das Bundesgericht weiter, mit der zitierten Bestimmung von Art. 45 Abs. 1 ATSG durchaus vereinbar (vgl. BGE 137 V 210 E. 4.4.2). In BGE 139 V 496 hat das Bundesgericht präzisierend Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können, zu berücksichtigen sind. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe; wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder wenn sie auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (vgl. BGE 125 V 351 E. 3a). Wenn die Verwaltung dagegen den Untersuchungsgrundsatz respektiert und ihre Auffassung auf objektive konvergente Grundlagen oder auf die Ergebnisse einer rechtsgenügenden Expertise gestützt habe, sei die Überbindung der Kosten des erstinstanzlichen Gerichtsgutachtens an sie nicht gerechtfertigt, aus welchen Gründen dies auch immer erfolge (zum Beispiel aufgrund der Einreichung neuer Arztberichte oder eines Privatgutachtens; zum Ganzen: BGE 139 V 496 E. 4.4 mit Hinweisen).

10.2.2 Vorliegend ist das Kantonsgericht anlässlich der Urteilsberatung vom 4. August 2022 zum Ergebnis gelangt, dass ein Sachentscheid gestützt auf die damals vorhandene Aktenlage nicht möglich war. Hintergrund bildete der Umstand, dass die rheumatologische Beurteilung von Dr. E. in Bezug auf die Diagnosestellung und den Heilverlauf Ungereimtheiten und Lücken aufwies und nicht zu überzeugen vermochte. Bei der psychiatrischen Beurteilung fehlte sowohl die Auseinandersetzung mit einer mehrfach gestellten Diagnose als auch eine Überprüfung der Standardindikatoren bzw. eine Beurteilung der Inkonsistenzen. Ferner wies auch die Konsensbesprechung Mängel auf (vgl. zum Ganzen: Beschluss vom 4. August 2022, E. 5.3 hiervor). Da auch die übrigen bei den Akten liegenden medizinischen Berichte keine verlässliche Entscheidungsgrundlage bildeten, waren die Abklärungsergebnisse aus dem Verwaltungsverfahren hinsichtlich des Diagnosebilds und den daraus resultierenden funktionellen Einbussen mit Auswirkung auf das Leistungsvermögen unklar und nicht ausreichend beweiskräftig. Demnach wies das Verwaltungsverfahren Untersuchungsmängel auf, die eine ergänzende Abklärung mittels einer Gerichtsexpertise notwendig machten. Dafür spricht letztlich auch, dass die beauftragten Gutachter die medizinische Abklärung in weiteren Fachdisziplinen als notwendig erachteten. Im Lichte der geschilderten bundesgerichtlichen Rechtsprechung sind die resultierenden Kosten für die polydisziplinäre Begutachtung, welche sich auf insgesamt Fr. 24'732.10 belaufen (vgl. Honorarrechnung vom 22. September 2023), der IV-Stelle aufzuerlegen.

10.3 Gemäss Art. 61 lit. g Satz 1 ATSG hat nur die obsiegende

Beschwerde führende Person Anspruch auf Ersatz ihrer Parteikosten. Dem Prozessausgang entsprechend ist der Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zu Lasten der IV-Stelle zuzusprechen. Da der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 2. Dezember 2021 jedoch auch die unentgeltliche Verbeiständung mit ihrer Rechtsvertreterin bewilligt wurde, ist diese für ihre Bemühungen aus der Gerichtskasse zu entschädigen. Die Rechtsvertreterin der Versicherten ist mit Verfügungen des Kantonsgerichts vom 21. Dezember 2021 und 7. Dezember 2023 aufgefordert worden, innert unerstreckbarer 14-tägiger Frist ihre detaillierte Honorarnote nach Zeitaufwand einzureichen. Gleichzeitig ist sie darauf hingewiesen worden, dass das Honorar nach Ermessen festgesetzt werde, falls bis zum genannten Termin keine Honorarnote eingehen sollte. In der Folge hat die Rechtsvertreterin keine Kostennoten eingereicht, sodass das Honorar ankündigungsgemäss nach richterlichem Ermessen festzusetzen ist. In Anbetracht der sich stellenden Sachverhalts- und Rechtsfragen, der von der Rechtsvertreterin erbrachten Bemühungen und im Quervergleich zu Parteientschädigungen, die vom Kantonsgericht in der Vergangenheit in vergleichbaren invalidenversicherungsrechtlichen Beschwerdeverfahren mit Anordnung eines gerichtlichen Gutachtens zugesprochen worden sind, erscheint es angemessen, das Honorar der Rechtsvertreterin auf der Basis eines Zeit-aufwands von insgesamt 15 Stunden festzusetzen. Die Bemühungen sind zu dem in § 3 Abs. 2 der Tarifordnung für die Anwältinnen und Anwälte vom 17. November 2003 festgesetzten Ansatz bei unentgeltlicher Verbeiständung von Fr. 200.-- pro Stunde zu entschädigen. Der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ist demnach ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'231.-- (15 Stunden à Fr. 200.-- zuzüglich 7,7% Mehrwertsteuer) auszurichten.

10.4 Die Beschwerdeführerin wird ausdrücklich auf § 53a Abs. 1 des Gesetzes über die Organisation der Gerichte (GOG) vom 22. Februar 2001 aufmerksam gemacht, wonach eine Partei, der die unentgeltliche Rechtspflege gewährt wurde, zur Nachzahlung verpflichtet ist, sobald sie dazu in der Lage ist. Demgemäss wird e r k a n n t : 1. Die Beschwerde wird abgewiesen. 2. Die Verfahrenskosten in der Höhe von Fr. 1'000.-- werden der Beschwerdeführerin auferlegt. Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Prozessführung werden die Verfahrenskosten vorläufig auf die Gerichtskasse genommen. 3. Die Kosten der gerichtlichen Begutachtung in der Höhe von Fr. 24'732.10 werden der IV-Stelle Basel-Landschaft auferlegt. 4. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen. Zuzufolge Bewilligung der unentgeltlichen Verbeiständung wird der Rechtsvertreterin der Beschwerdeführerin ein Honorar in der Höhe von Fr. 3'231.-- (inklusive Auslagen und 7,7% Mehrwertsteuer) aus der Gerichtskasse ausgerichtet.

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