

NW_GERICHTE 29600 vom 20. Juni 2022

NW Gerichte, 2022-06-20, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/nw_gerichte_29600

FR: NW_GERICHTE 29600 du 20 juin 2022

IT: NW_GERICHTE 29600 del 20 giugno 2022

Regeste

Invalidenversicherung (SV 21 33)

Erwägungen

E. 1.1

Gemäss Art. 69 Abs. 1 lit. a IVG können Verfügungen der kantonalen IV-Stellen direkt vor dem Versicherungsgericht am Ort der IV-Stelle angefochten werden. Die Beschwerde richtet sich gegen die Verfügung der IV-Stelle Nidwalden vom 12. November 2021, womit die örtliche Zuständigkeit des Verwaltungsgerichts Nidwalden gegeben ist. Die sachliche Zuständigkeit obliegt der Sozialversicherungsabteilung (Art. 57 ATSG [SR 830.1] i.V.m. Art. 39 GerG [NG 261.1]), welche in Dreierbesetzung entscheidet (Art. 33 Ziff. 2 GerG). Die Beschwerdeführerin hat als Adressatin der angefochtenen Verfügung ein schutzwürdiges Interesse an deren Aufhebung, weshalb sie zur Beschwerde befugt ist (Art. 59 ATSG). Nachdem auch Frist und Form (Art. 60 und Art. 61 lit. b ATSG) eingehalten sind, ist auf die Beschwerde einzutreten.

E. 1.2

Mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» traten per 1. Januar 2022 diverse neue Bestimmungen im ATSG, im IVG sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV; SR 831.201) in Kraft. Namentlich wurde das abgestufte Rentenmodell durch ein stufenloses System ersetzt. Weil in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtsätze massgebend sind, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben, und weil ferner das Sozialversicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 4. August 2021) eingetretenen Sachverhalt abstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E. 4.1 [zur Publikation vorgesehen]; BGE 132 V 215 E. 3.1.1), sind im vorliegenden Fall die bis zum 31. Dezember 2021 geltenden materiellrechtlichen Bestimmungen anwendbar. Sie werden im Folgenden denn auch in dieser Fassung zitiert. In ihrer revidierten Form zitierte Bestimmungen werden entsprechend hervorgehoben.

5■28

E. 2.1

Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Die Invalidität kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein (Art. 4 IVG). 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 ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die: (a) ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können; (b) während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40% arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und (c) nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40% invalid (Art. 8 ATSG) sind. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40% besteht Anspruch auf eine Viertelsrente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% auf eine halbe Rente, bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 60% auf eine Dreiviertelsrente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 70% auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG).

E. 2.3

Bei der Feststellung des Gesundheitszustandes 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. Ärztliche Aufgabe ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Darüber hinaus bilden ärztliche Stellungnahmen eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2; 132 V 93 E. 4; 125 V 256 E. 4). 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

6■28

Beweismittel – frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Dies bedeutet, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen 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 (BGE 125 V 351 E. 3a). 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 Experten begründet sind (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 134 V 231 E. 5.1; 125 V 351 E. 3a). Dennoch erachtet es die Rechtsprechung mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung als vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen

(BGE 125 V 351 E. 3b; vgl. auch BGE 135 V 465 E. 4.4 f.). So ist 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 m.w.H.; Urteil des Bundesgerichts 9C_847/2014 vom 25. März 2015 E. 2.2.1 mit Hinweisen). Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Fachpersonen kommt hingegen nicht derselbe Beweiswert. Sie sind aber insoweit zu berücksichtigen, als nicht auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen bestehen (BGE 139 V 225 E. 5.2; 135 V 465 E. 4.7). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt. Eine von anderen mit der versicherten Person befassten Ärzten abweichende Beurteilung vermag die Objektivität des Experten nicht in Frage zu stellen. Es gehört vielmehr zu den Pflichten eines Gutachters, sich kritisch mit dem Aktenmaterial auseinanderzusetzen und eine eigenständige Beurteilung abzugeben. Auf welche Einschätzungen letztlich abgestellt werden kann, ist eine im Verwaltungs- und allenfalls Gerichtsverfahren zu klärende Frage der Beweiswürdigung (BGE 132 V 93 E. 7.2.2).

7■28

E. 2.4

Nach dem im Sozialversicherungsprozess geltenden Beweismass der überwiegenden Wahrscheinlichkeit ist ein bestimmter Sachverhalt nicht bereits dann bewiesen, wenn er bloss möglich ist; hingegen genügt es, wenn das Gericht aufgrund der Würdigung aller relevanten Sachumstände, mithin nach objektiven Gesichtspunkten, zur Überzeugung gelangt ist, dass er der wahrscheinlichste aller in Betracht fallenden Geschehensabläufe ■ bei zwei möglichen Sachverhaltsvarianten: die wahrscheinlichere ■ ist und zudem begründeterweise angenommen werden darf, dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern (u.a. Urteil des Bundesgerichtes 9C_717/2009 vom 20. Oktober 2009 E. 3.3 mit weiteren Hinweisen).

E. 2.5

Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis bilden die im Zeitpunkt des Abschlusses des Verwaltungsverfahrens (vorliegend die Verfügung vom 12. November 2021) massgeblichen tatsächlichen Verhältnisse (BGE 132 V 215 E. 3.1.1). Später eingetretene Tatsachen sind soweit zu berücksichtigen, als sie mit dem Streitgegenstand in engem Sachzusammenhang stehen und geeignet sind, die Beurteilung im Zeitpunkt des Erlasses des Einspracheentscheids zu beeinflussen (Urteil des Bundesgerichts 9C_24/2008 vom 27. Mai 2008 E. 2.3.1 mit Hinweisen). Soweit sich während des Verfahrens einbeziehungsweise nachgereichte Arztberichte zum Gesundheitszustand im Zeitpunkt des Verfügungserlasses äussern oder bereits bei den Akten liegende Berichte erläutern und ergänzen, sind auch diese Berichte in die Beurteilung einzubeziehen (BGE 130 V 138 E. 2.1 m.w.H.).

E. 3.1

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung zusammengefasst, laut dem polydisziplinären Gutachten vom 23. Juli 2021 bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80% in der angestammten Tätigkeit in der Lederverarbeitung beziehungsweise eine solche von 90% in einer angepassten Tätigkeit (leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastete Tätigkeit). In ihrer letzten Anstellung habe die Beschwerdeführerin ein jährliches Einkommen von Fr. 53'024.40 erzielt (Valideneinkommen). Gemäss der Schweizerischen Lohnstrukturertabelle (LSE-Tabelle) TA 1, Stand 2018, indexiert auf 2021, erziele eine weibliche Angestellte in einer Hilfsarbeitertätigkeit, Anforderungsniveau 1, bei 41.7 Arbeitsstunden pro Woche ein jährliches Einkommen von Fr. 55'942.15 (Fr. 4'371.– : Index 2732 x 2795 : 40 x 41.7 x 12). Davon

8■28

seien der Versicherten 90% möglich und zumutbar, was zu einem Invalideneinkommen von Fr. 50'347.95 führe. Eine Gegenüberstellung von Validen- und Invalideneinkommen ergebe eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'676.45, mithin einen rentenausschliessenden Invaliditätsgrad von 5%.

E. 3.2

Die Beschwerdeführerin bemängelt im Wesentlichen den Beweiswert des Gutachtens sowie das Invalideneinkommen.

E. 4

Für die Beurteilung des medizinischen Sachverhaltes stehen zahlreiche medizinische Akten zur Verfügung, welche allesamt vom Gericht gewürdigt wurden. In der Folge werden indessen lediglich jene wiedergegeben, die sich nach Auffassung des Gerichts für die Beurteilung der Sache als relevant erweisen.

E. 4.1

Dr. med. C. __, leitender Radiologe des Spitals D. __, hält mit Bericht vom 5. Februar 2019 (IV-act. 5 S. 3 f.) nach Untersuchung der Versicherten wie folgt fest: – Bandscheibenprotrusion mit rezessaler Enge links und Kompression der S1-Wurzel links bei L5/S1 – Breitbasige Bandscheibenextrusion bei L4/5 mit rezessaler Kompression der L5-Wurzel bds., rechts betont (Klinik?) – Flache Bandscheibenprotrusion L3/L4 mit geringer diskogener Einengung des linken Neuroforamens ohne Nervenkompression

E. 4.2

Chiropraktor Dr. med. chiro. E. __ berichtet dem Hausarzt am 19. Februar 2019 (IV-act. 5 S. 1 f.) den Verdacht auf Bursitis trochanterica rechts und Tractus iliotibialis Syndrom rechts sowie die Diagnose lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts, bei osteochondrotischen Veränderungen mit Protrusionen bei L3-S1, ohne objektivierbare neurologische Ausfälle. Die Versicherte gebe an, seit ungefähr Mitte Dezember 2018 an rechtsseitigen glutealen Schmerzen mit Ausstrahlungen entlang des rechten Oberschenkels zu leiden, welche ohne besonderen Auslöser aufgetreten seien. Die von der Versicherten geklagten Beschwerden würden am ehesten zu einer Bursitis trochanterica rechts passen, bei ausgesprochen starker Druckdolenz im Bereich des rechten Trochanters mit leichtem Schwellungsgefühl im selbigen Bereich und

9■28

bei unauffälliger Neurologie der unteren Extremitäten. Bezüglich der LWS würden nur leichte Dysfunktionen betont distal bestehen sowie eine leichte Dysfunktion des rechten Iliosakralge- lenks, welche möglicherweise ebenfalls einen Teil der Beschwerden erklären würden, jedoch aktuell nicht das Hauptproblem zu sein scheinen.

E. 4.3

Die Versicherte stellte sich am 25. März 2019 zur Sprechstunde im Spital D.___, Klinik für Orthopädie/Traumatologie, vor. Im Bericht an den Hausarzt wird von Orthopäde/Traumatologe Dr. med. F.__ folgender Befund festgehalten (IV-act. 15 S. 11 f.): «Hüfte rechts/LWS: Es zeigt sich ein flüssiger, hinkfreier Barfußgang, Haken- und Zehenspitzenstand problemlos möglich. Im Stand Geradstand des Beckens, Trendelenburg bds. Negativ. Im Liegen symmetrische Beinlänge. DDo über dem Trochanter major und leicht distal davon. Hier zeigt sich auch eine leichte subkutane Weichteilschwellung. Keine DDo oder Durchfederungsschmerz über der ganzen LWS. Hüfte frei beweglich, Flexion/Extension 100-0-0° seitensymmetrisch. IRO/ARO 60-0-50°. Kein coxogener Schmerz, Impingement Test negativ. Kein Traktus Springen. Anamnestisch Hyposensibilität im Bereich des lateralen Oberschenkels und lateralen als auch medialen Unterschenkels, Fuss keine Hyposensibilität. Fussheber und Fussheber nicht kraftgemindert im Vergleich zur Gegenseite. PSR und ASR bds. lebhaft seitensymmetrisch. Keine Kaudasymptomatik. Lasègue bds. negativ, Bragard ebenso negativ». Bildgebend lägen Röntgenaufnahmen (BÜS und Hüfte rechts axial von 25. März 2019; LWS ap/seitlich vom 25. März 2019) sowie ein MRT (LWS vom 5. Februar 2019) vor. Die Versicherte zeige lumboradikuläre Ausstrahlungen im Bereich der S1-Wurzel, jedoch ohne Kraftminderung oder Parästhesien. Zusätzlich aber auch eine klare Druckdolenz im Bereich des Trochanter major und ggf. zusätzlich einer dortigen Bursitis trochanterica. Da bislang noch keine suffiziente Physiotherapie erfolgt sei, sei eine erneute Verordnung mit konsekutiver Stabilisierung der rumpf-, rücken- als auch beckenumgebenden Muskulatur inkl. analgetischer Massnahme ausgestellt worden. Zusätzlich könne eine lokale Infiltration im Bereich der Bursa trochanterica vorgenommen werden, dies wünsche die Versicherte jedoch nicht. Sollte eine konservative Therapie im Bereich der LWS nicht zu einer ausreichenden Beschwerdelinderung führen, so wäre ggf. auch hier im Bereich der S1-Wurzel eine lokale Infiltration zu diskutieren. Auch hier möchte die Versicherte noch zuwarten.

10■28

E. 4.4

Nach Infiltration Bursa trochanterica Hüfte rechts am 15. April 2019 (IV-act. 15 S. 10) berichtete die Klinik für Orthopädie/Traumatologie des Spitals D.__ am 23. April 2019 (IV-act. 14 S. 7) nunmehr: Freie Beweglichkeit, keine Veränderung zur Voruntersuchung. Noch leichte Druckdolenz über dem Trochanter major. Flüssiger, hinkfreier Barfußgang. Produktionsstelle reizfrei. Es erfolgten im Rahmen der Schmerztherapie weitere Vorstellungen und Infiltrationen (u.a. IV-act. 15 S. 7 ff. und unten E. 4.6).

E. 4.5

Auf Anfrage der IV-Stelle berichtete der Hausarzt der Versicherten, Dr. med. G.__, am 19. Juli 2019 (IV-act. 15 S. 3 ff.) die Diagnosen einer Bursitis trochanterica rechts (ED März 2019) sowie einer Bandscheibenprotrusion LWS (ED März 2019). Die Versicherte sei seit dem 15. Januar 2019 bis auf Weiteres zu 100% arbeitsunfähig, indes sei die

Schmerzsymptomatik aktuell unter Therapie (Physiotherapie) rückläufig und die Arbeitsfähigkeitsprognose gut.

E. 4.6

Dr. med. H. ___ berichtete am 9. August 2019 (IV-act. 63 S. 3) betreffend die im Spital D. ___ durchgeführte Schmerztherapie. Als ursächlich für die Beschwerden der Versicherten sehe er am ehesten ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom L5 und S1 rechts. Am ehesten ausgelöst durch breitbasige Bandscheibenprotrusion auf jeweiliger Höhe. Zur Behandlung sei zunächst eine epidurale Steroidinfiltration durchgeführt worden. Mittels dieser Intervention habe das Beschwerdebild jedoch lediglich für 24 Stunden positiv beeinflusst werden können, so dass zwei Wochen später eine Wurzelinfiltration L5 und S1 rechts durchgeführt worden sei. Mittels dieser Infiltration seien die radikulären Beschwerden der Patienten suffizient behandelt. Persistierend seien weiterhin lumbale Rückenschmerzen vorhanden gewesen. Mittels Physiotherapie und selbstständigen Übungen hätten auch diese Beschwerden auf ein für die Versicherte erträgliches Mass reduziert werden können. Seines Erachtens sei es wichtig, dass die Versicherte möglichst rasch in den Arbeitsalltag mit einem Pensum von 50% für ein bis zwei Wochen zurückkehre. Des Weiteren habe er mit der Versicherten besprochen, dass es wichtig sei, auf täglicher Basis Spaziergänge beziehungsweise Lauftraining zu machen, um zum einen die verspannte Rückenmuskulatur und zum anderen die Muskulatur in Bezug auf die Ausdauer zu trainieren.

11■28

E. 4.7

Die Versicherte stellte sich am 18. September 2019 zur Sprechstunde I. ___ vor. Dr. med. J. ___, Oberarzt Wirbelsäulenchirurgie und Orthopädie, berichtete diesbezüglich am 24. September 2019 (IV-act. 24 S. 3 f.), dass die anamnestischen Angaben insgesamt etwas vage seien, am ehesten handle es sich um ein lumboradikuläres Schmerzsyndrom vorwiegend die rechte Seite betreffend, wobei es sich um eine Radikulopathie L5 rechts handeln könnte. Dies korreliere auch einigermaßen mit dem MRI-Befund, welcher eine recessale Stenose L4/5 mit möglicher Kompression der Wurzel L5 rechts anzeige. Allerdings seien gemäss Angaben der Versicherten die periradikulären Nervenwurzelinfiltrationen, insbesondere L5 rechts, bislang erfolglos gewesen, auch im diagnostischen Sinne. Somit sei aktuell auch anhand des klinischen Befundes (keine Nervendehnungszeichen, keine sensomotorischen Defizite) die genaue Schmerzgenese noch unklar, zumal es auch keinen ausgeprägten strukturellen MR-tomographischen Befund für die axialen Rückenschmerzen gebe. Am 2. Oktober 2019 wurde eine diagnostische Wurzelinfiltration L5 rechts durchgeführt (IV-act. 77). Gemäss Bericht vom 20. November 2019 (IV-act. 75) wurde die Infiltration als positiv bewertet. Allerdings sei die konservative Therapie erfolglos geblieben, sodass bei der jetzigen Therapie und aktuellen Situation eine relative Indikation für eine mikrochirurgische Dekompression der Nervenwurzel L5 rechts durch Fenestration L4/5 rechts bestehe. Allerdings bestehe möglicherweise teils sprachlich, teils kognitiv der Versicherten die Situation genau zu schildern. Ausserdem bestehe eine gewisse Ausweitung der Symptome bei tendenziellem Ganzkörper- respektive Grenzwirbelsäulenschmerz. Per 10. Dezember 2019 werden keine wesentlichen Veränderungen berichtet (IV-act. 76).

E. 4.8

Der Neurochirurg PD Dr. med. K. __, Spital D. __, erläutert dem Hausarzt der Versicherten mit Bericht vom 6. Februar 2020 (IV-act. 39) von einer aktuell komplizierten Situation. Die Versicherte mache einen sehr klagsamen Eindruck und beschreibe Schmerzen, die weit über eine Ischialgie auf der rechten Seite hinausgehen würden. Immerhin könnte etabliert werden, dass es sich um ein Lumbovertebralsyndrom sowie ein lumboradikuläres Syndrom handle, also die Schmerzen zwischen Rücken und Bein etwas ausgewogen seien. Aktuell seien die Rückenschmerzen fast mehr im Vordergrund. Die Ausstrahlung sei einseitig rechts und werde in etwa dem Dermatome L5 rechts entsprechend beschrieben. Bei der Untersuchung hätten keine motorischen Ausfälle gefunden werden können. Der Nervendehnungsschmerz lasse sich gar nicht richtig bestimmen, weil links und rechts Schmerzen angegeben würden. Die Sensibilität

12■28

im ganzen rechten Bein sei subjektiv herabgesetzt, also nichts dermatomal zugeordnet. PSR und ASR seien symmetrisch auslösbar, keine Pyramidenzeichen. Das letzte MRI vom 4. Dezember 2019 (I. __) zeige eine Diskushernie L4/5 rechts rezessal mit einer diskreten L5-Kompression. Dieser Befund korreliere durchaus mit der gesamten Geschichte, auch wenn die Schmerzausformung mittlerweile über das Dermatome L5 hinausgehe. Der ursprüngliche Ausgangspunkt dieses Problems werde schon dort gewesen sein. Jetzt habe eine gewisse Chronifizierung stattgefunden. Es sei, obwohl es sich hier um ein recht langfristig chronifiziertes radikuläres Problem handle, eine mikrotechnische Fenestration und Dekompression dieses Bereichs sinnvoll. Die Chance, dass man die Beinschmerzen wegbekomme, sei sicher nicht mehr so gross nach einem einjährigen Chronifizierungsprozess. Andererseits werde diese Frage immer wieder gestellt werden und ohne dass man etwas mache, werde man nicht wissen, ob es auch etwas helfen könne. Er habe aber ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Rückenschmerzen mit einem solchen Eingriff viel weniger gut, vielleicht gar nicht behandelbar sind, eventuell nicht mehr in befriedigendem Ausmass zurückgehen würden. Vor allem sei nicht eine sofortige Schmerzbehandlung, wie das bei einer akuten Ischialgie postoperativ gelingt, zu erwarten. Eine Diskushernieoperation sei empfohlen, die Versicherte sei aber noch verunsichert und müsse sich erst noch entscheiden.

E. 4.9

Hausarzt Dr. med. G. __ bestätigte in seinem Verlaufsbericht vom 21. Februar 2020 (IV-act. 40 S. 5) den stationären Zustand des chronifizierten Leidens (Untersuchung vom 2. Februar 2020).

E. 4.10

Die Versicherte war vom 11. bis zum 28. August 2020 in der Klinik L. __ zur stationären Rehabilitation hospitalisiert. Im Austrittsbericht vom 2. September 2020 (IV-act. 72 S. 3 ff.; vorläufiger Austrittsbericht vom 28. August 2020: IV-act. 66) werden im Wesentlichen die bekannten Diagnosen wiederholt (1. Chronifiziertes lumboradikuläres Reizsyndrom L5-betont bei Diskushernie L4/5 rechts; 2. St. n. mehreren radiologisch kontrollierten diagnostisch-therapeutischen Wurzelinfiltrationen L5 und S1 rechts [anamnestisch erfolglos]; 3. Chron. myofasziale Rückenschmerzen bei muskulären Verspannungen [im HWS/Schulter/BWS/LWS-Bereich]). In der zuletzt bildgebenden Diagnostik habe sich genannter Befund passend zu den in der Eintrittsuntersuchung erfassten Beschwerden mit moderater Immobilitätseinschränkungen und Einschränkungen

in den Aktivitäten des täglichen Lebens gezeigt.

13■28

Zudem hätten sich ein deutlicher panparavertebraler muskulärer Hartspann und eine Haltunginsuffizienz gefunden. Die Schwerpunkte der stationären Rehabilitation hätten bei der Rekonditionierung, Bewegungsschulung, im Bereich der segmentalen und funktionellen Stabilisation besonders lumbal, in der Verbesserung der aktiven und passiven Beweglichkeit der unteren Lendenwirbelsäule sowie bei der Kräftigung der unteren Extremitäten und der globalen Rumpfmuskulatur gelegen. Eine Schmerzreduktion habe laut der Versicherten während des stationären Aufenthalts nicht erreicht werden können. Sie sei für die vorgeschlagenen Copings-Strategien nicht zugänglich gewesen. Am 28. August 2020 habe die Versicherte wunschgemäss in hämodynamisch stabilem Allgemeinzustand nach Hause entlassen werden können. In seinem rheumatologischen Konsilium erläuterte der hausinterne Rheumatologe Dr. med. M. ___ am 27. August 2020 (IV-act. 72 S. 6 ff.), bei der Versicherten fänden sich strukturelle Diskusprotrusionen und degenerative Veränderungen im Bereich L4/L5 und L5/S1. Zudem würden in den MRI-Untersuchungen vom Februar und auch Dezember 2019 Neuroforaminalstenosen mit Teilkompression der Nervenwurzel L5 und zum Teil auch S1 beschrieben. Die aktuellen Beschwerdeangaben der Versicherten seien jedoch nicht konklusiv beziehungsweise übereinstimmend mit diesen strukturell nachweisbaren Veränderungen. Zudem finde er momentan keine eindeutigen Hinweise für ein klassisches radikuläres sensomotorisches Ausfallsyndrom. Eine intermittierend radikuläre Reizung sei durchaus möglich, könne aber aus seiner Sicht nicht konklusiv und abschliessend beurteilt werden. Auffallend sei eine extreme Schmerzgeneralisierung. Einige Angaben der Versicherten hätten dabei nicht einem strukturellen organischen Korrelat zugeordnet werden können. Auch im Rahmen sogenannter Scheinmanöver (Waddell-Zeichen) komme es zu Schmerzverstärkungen, die rein anatomisch nicht nachvollziehbar seien. Der Hinweis der Versicherten, wonach es in den letzten drei Wochen anlässlich der stationären Rehabilitation zu einer Schmerzzunahme gekommen sei, könne er aus rheumatologischer Sicht ebenfalls nicht erklären. Es bestehe eine ausserordentliche Generalisierung und in Anbetracht des Hinweises, dass die Versicherte seit Januar 2020 in einem gekündigten Arbeitsverhältnis sei, aktuell auch noch IV-Abklärungen mit Einschluss eines Anwaltes hängig seien und dem Umstand, dass die Versicherte wahrscheinlich auch aufgrund ihrer nur ungenügenden Sprachkompetenzen wohl schwierig wiederum in den Arbeitsprozess integriert werden könne, müssten hier weitere psychosoziale Belastungsfaktoren miteinbezogen werden.

14■28

E. 4.11

In einem weiteren Verlaufsbericht hielt Hausarzt Dr. med. G. ___ am 3. September 2020 (IV-act. 66) fest, der Gesundheitszustand der Versicherten sei auch nach der Behandlung in der Klinik L. ___ stationär (letzte Kontrolle: 1. September 2020).

E. 4.12

Hausärztin Dr. med. N. ___ erstellte auf Wunsch der Versicherten respektive deren Rechtsvertretung am 25. September 2020 beziehungsweise dem 5. Oktober 2020 neuerliche Arztberichte (IV-act. 90 S. 3 f./5 f.). Als Diagnosen werden genannt: D5 Wirbelsäule exkl. D3 Chronifiziertes lumboradikuläres Reizsyndrom – MRI LWS 02/2019: Bandscheibenprotrusion, rezessale Enge links und Kompression der S1 Wurzel links bei

L5/S1. Breitbasige Bandscheibenextrusion bei L4/5 mit rezessaler Kompression der L5-Wurzel bds. – St. n. mehreren radiologisch kontrollierten Wurzelinfiltrationen L5 und S1 rechts, gemäss Patientin ohne Besserung – Ausgeprägte Schmerzgeneralisierung D1 Muskeln / Sehnen Chronische myofasziale Rückenschmerzen bei muskulären Verspannungen M2 Psychische Erkrankungen Psychosoziale Belastungssituation mit depressiver Episode – im Rahmen chronifizierter Rückenschmerzen, Arbeitslosigkeit B1 Anämie St. n. Eisenmangel 03/2019 Die psychische Belastungssituation mit Symptomen einer depressiven Episode seien Folge der Rückenschmerzen, des Arbeitsplatzverlustes (als Folge der fehlenden Arbeitsfähigkeit bei Rückenschmerzen) und der finanziellen Probleme. Aufgrund der Rückenbeschwerden und der psychischen Beschwerden bestehe bei der Versicherten weiterhin eine Arbeitsunfähigkeit von 100%. Nicht nur schwere körperliche Arbeit sei ausgeschlossen, aufgrund der depressiven Episoden sei momentan auch eine Bürotätigkeit nicht möglich (Stand: 5. Oktober 2020).

15■28

E. 4.13

Die Versicherte begab sich auf hausärztliche Empfehlung in psychiatrische Behandlung (IV-act. 90 S. 21 f.). Die Psychiater O.____ und P.____, Psychiatrie Q.____, hielten nach dem Erstgespräch die Diagnose «F 32.1 Mittelgradige depressive Episode, reaktive Depression im Zusammenhang mit chronifiziertem lumbovertebralem Schmerzsyndrom, V.a.» fest. Im Verlaufsbericht vom 27. November 2020 wird die Diagnose bestätigt (IV-act. 90 S. 21 ff.)

E. 4.14

Das polydisziplinäre Gutachten der R.____ GmbH vom 23. Juli 2021 («R.____») basiert auf den Untersuchungen des fallführenden Internisten Dr. med. S.____, des orthopädischen Chirurgen Dr. med. T.____, der Psychiaterin/Psychotherapeutin Dr. med. U.____ sowie des Neurologen Dr. med. V.____ (IV-act. 108). Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Gutachter als Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit fest (Ziff. 4.2a S. 8). Leichte depressive Episode ohne somatisches Syndrom (ICD-10 F32.00) Nicht arbeitsfähigkeitsrelevant seien hingegen die Diagnosen (Ziff. 4.2b S. 9): 1. Anhaltende Schmerzstörung (ICD-10 F45.4) – Chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (ICD-10 R52.9) 2. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) – radiologisch Diskusprotrusion LWK4/5/SWK1 mit möglicher Affektion der Nervenwurzel L5 beidseits und S1 links (MRI 05.02.2019 und 04.12.2019 – anamnestisch kein Ansprechen auf wiederholte periradikuläre Infiltration Aus Sicht des Bewegungsapparats, orthopädisch und neurologisch evaluiert, seien bei der Versicherten, entgegen der subjektiv präsentierten Beschwerden, nur leichte bis mässiggradige Befunde objektivierbar. Diagnostisch könne ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne radikuläre Symptomatik festgestellt werden bei Status nach erfolglosen Infiltrationen. In der Bildgebung würden sich ebenfalls keine gravierenden Befunde darstellen lassen. Die weiteren Beschwerden seien einem unspezifischen multilokulärem Schmerzsyndrom zuzuordnen. Es seien lediglich körperlich schwere Tätigkeiten ungeeignet. In körperlich leichten, wechselbelasteten Tätigkeiten, ohne wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 10 Kilogramm, ohne Einnahme von Zwangshaltungen bestehe keine Einschränkung auf die Arbeitsfähigkeit. Aus allgemeininternistischer und anderweitiger somatischer Sicht bestünden ebenfalls keine Befunde und Diagnosen, die

sich auf die Arbeitsfähig-

16■28

keit auswirken würden. Aus psychiatrischer Sicht könne auf affektiver Ebene eine leichte depressive Episode festgestellt werden, welche die Leistungsfähigkeit leicht beeinträchtige. Die Schmerzstörung per se bewirke keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, wie der ausführlichen Evaluation des psychiatrischen Teilgutachtens zu entnehmen sei (Ziff. 4.3 S. 9). Bei der Versicherten seien keine wesentlichen Belastungsfaktoren feststellbar. Die Ressourcen seien sowohl medizinisch wie auch beruflich gegeben (Ziff. 4.4 S. 9). Im Rahmen der Konsistenzprüfung ergänzen die Gutachter, dass die subjektive Limitierung der Versicherten mit subjektiv wesentlicher Einschränkung im Haushalt und subjektiv gänzlicher Arbeitsunfähigkeit im Erwerbsbereich aufgrund der objektivierbaren Befunde nicht nachvollzogen werden können (Ziff. 4.5 S. 9). Schlussendlich sehen die Gutachter die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit bei 80% (Arbeits- und Leistungsfähigkeit), bei einer Anwesenheit von 7-8 Stunden pro Tag und einem etwas erhöhten Pausenbedarf sowie gering reduziertem Rendement. Nach vorangehend gar nicht eingeschränkter Arbeitsfähigkeit könne diese Einschätzung seit dem Januar 2019 angenommen werden (Ziff. 4.6 S. 9 f.). In einer angepassten Tätigkeit bestehe dagegen eine 90%-ige Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Leichte bis selten mittelschwere, wechselbelastende Tätigkeiten seien möglich. Eine maximale tägliche Präsenz von 8 Stunden sei möglich. Es bestehe ein gering erhöhter Pausenbedarf im Sinne einer Leistungseinbusse. Nach vorangehend gar nicht eingeschränkter Arbeitsfähigkeit könne diese Einschätzung seit dem Januar 2019 angenommen werden (Ziff. 4.7 S. 10). Eine Diskussion der Gesamt-Arbeits(un)fähigkeit erübrige sich bei einer lediglich psychiatrisch bedingten Einschränkung (Ziff. 4.8 S. 10). Die Möglichkeit medizinischer oder beruflicher Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit seien im Falle der Versicherten ausgeschlossen (Ziffn. 4.8-4.10 S. 10).

E. 4.15

RAD-Arzt Dr. med. W. ___ schloss sich in seinen Stellungnahmen vom 9. September 2021, vom

E. 4.16

In ihrer an den Rechtsvertreter übermittelten E-Mail vom 29. November 2021 hält die Hausärztin Dr. med. N. ___ fest (BF-Bel. 4), die Diagnoseliste des R. ___-Gutachtens sei grundsätzlich korrekt. Sie teile aber die Ansicht nicht, wonach die Diagnosen 2-5 (Anhaltende Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]; chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom [ICD-10 R52.9]; chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom [ICD-10 M54.5]; radiologische Diskusprotrusion LWK4/5/SWK1 mit Affektion der Nervenwurzel L5 beidseitig und S1 links) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Die depressive Episode werde auch durch die chronischen Schmerzen aufrechterhalten und sei auch dadurch erst entstanden. Die initiale Arbeitsunfähigkeit habe aufgrund der Schmerzproblematik bestanden, die depressive Episode sei dann erst als Folge der Schmerz-Chronifizierung hinzugekommen. Der Alltag der Versicherten drehe sich sehr um die Schmerzen, die quasi zum Lebensmittelpunkt geworden seien. Eine leidensangepasste Tätigkeit wäre rein bezogen auf die Rückenschmerzen eventuell in einem niedrigen Pensum möglich, das hiesse aber eine wechselbelastende Tätigkeit (Gehen, Stehen, Sitzen) ohne schwer Heben. Da es aufgrund der chronifizierten Schmerzen jedoch

auch zur Entwicklung einer Depression gekommen sei, sehe sie aktuell auch eine solche Tätigkeit als nicht möglich an.

E. 4.17

Die Radiologin Dr. med. X.___, Spital D.___, berichtete am 1. Dezember 2021 (BF-Bel. 5) eine leicht ausgeprägte Osteochondrose mit Bulging HWK5/6 sowie Unkovertebralarthrosen beidseits mit leicht ausgeprägten Retrospondylosen. Minimale Einengung am Eingang der Neuroforamina HWK5/6 beidseits für die C6-Wurzeln beidseits. Keine absolute Foramenstenose. Kein relevanter Diskusprolaps. Keine Wurzelkompression. Keine Spinalkanalstenose. Keine Myelopathie.

E. 5

Wie bereits ausgeführt (E. 2.3 hiervor) ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten Gutachten externer Spezialärztinnen und -ärzte, die 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. Solche sind hier nicht gegeben. Das polydisziplinäre R.___-Gutachten vom

18.7.2021

23. Juli 2021 weist weder formale noch inhaltliche Mängel auf. Die Gutachter haben alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen erfasst und die sich daraus ergebenden Einschränkungen im Rahmen einer Konsensbeurteilung in ein Gesamtergebnis gebracht. Es ist für die Beantwortung der gestellten Fragen umfassend und beruht auf den erforderlichen allseitigen Untersuchungen. Die geklagten Beschwerden wurden im Gutachten berücksichtigt, die Schlussfolgerungen sind nachvollziehbar begründet, wobei sich die Gutachter in diesem Zusammenhang auch soweit notwendig mit der medizinischen Aktenlage, die ihnen vollständig zur Verfügung gestanden hat, auseinandersetzen. Das Gutachten und die darin gezogenen Schlüsse genügen damit den bundesgerichtlichen Kriterien und sind entsprechend voll beweiswertig (BGE 143 V 124 E. 2.2.2; 125 V 351 E. 3a). Darauf ist abzustellen. Was die Beschwerdeführerin vorbringt ist, wie sich nachfolgend zeigen wird, nicht geeignet, die ausschlaggebende Beweiskraft des R.___-Gutachtens in Frage zu stellen.

E. 5.1.1

Seitens Beschwerdeführerin wird eingewendet, es sei nicht nachvollziehbar, weshalb der Fachbereich Rheumatologie nicht untersucht worden sei, obwohl sie nachweislich an rheumatologischen Beschwerden leide und ursprünglich auch eine rheumatologische Untersuchung geplant gewesen sei. Die Gutachter seien als Auftragnehmer an die von der beauftragenden IV-Stelle gestellten Fragen gebunden. Unter Verweis auf eine nicht-juristische Publikation aus Deutschland und einem Beitrag in einer zivilprozessrechtlichen Fachzeitschrift kommt die Beschwerdeführerin zum Schluss, dass nur beantwortet werden dürfe, was gefragt werde.

E. 5.1.2

Die beauftragten Sachverständigen sind letztverantwortlich einerseits für die fachliche Güte und die Vollständigkeit der interdisziplinär erstellten Entscheidungsgrundlage, andererseits aber auch für eine wirtschaftliche Abklärung. Den Gutachtern muss es also freistehen, die

von der IV-Stelle beziehungsweise dem RAD (oder im Beschwerdefall durch ein Gericht) bezeichneten Disziplinen gegenüber der Auftraggeberin zur Diskussion zu stellen, wenn ihnen die Vorgaben nicht einsichtig sind (BGE 139 V 349 E. 3.3). Schliesslich wäre es mit der Gutachterpflicht nicht vereinbar, wenn den Sachverständigen eine Disziplinauswahl aufgezwungen würde, die sie als (versicherungs-)medizinisch nicht vertretbar erachteten (MASSIMO ALIOTTA, Begutachtungen im Bundessozialversicherungsrecht, 2017, S. 118). Sodann hielt das Bundesgericht auch fest, dass den Gutachtern – was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft –

19■28

ein weiter Ermessensspielraum zukommt. Das beinhaltet auch die Auswahl der vorzunehmenden fachärztlichen Abklärungen. Es liege demnach im Ermessen der Gutachter, ob der Beizug weiterer Experten notwendig ist (Urteile des Bundesgerichts 8C_820/2016 vom 27. September 2017 E. 5.5; 8C_780/2014 vom 25. März 2015 E. 5.1). Die diesbezügliche sozialversicherungsrechtliche Rechtsprechung des Bundesgerichts hat im Übrigen mit der Gesetzesnovelle «Weiterentwicklung der IV» per 1. Januar 2022 auch Eingang in das Gesetz gefunden (vgl. Art. 44 Abs. 1 lit. c i.V.m. Abs. 5 nATSG, wonach die Fachdisziplinen bei polydisziplinären Gutachten abschliessend von der Gutachterstelle festgelegt werden).

E. 5.1.3

Die R.__-Gutachter erachteten die zunächst geplante (IV-act. 101) rheumatologische Untersuchung nach erfolgtem internistischen sowie orthopädischen Untersuchen als nicht mehr notwendig, was der IV-Stelle per E-Mail mitgeteilt wurde (IV-act. 102). Die Wahl respektive Festlegung der zu untersuchenden Disziplinen oblag der – zufällig ausgewählten (unten E. 5.2) – Gutachterstelle. Es besteht diesbezüglich weder eine Bindung an die von der IV-Stelle getroffene Vorauswahl der Fachdisziplinen (IV-act. 96) noch an die Wünsche der Versicherten und deren Rechtsvertreter. Überdies bestand aufgrund der medizinischen Aktenlage keine Indikation für eine rheumatologische Begutachtung. Den Gutachtern lag mit dem Bericht des Rheumatologen M.__ vom 27. August 2020 (vorstehende E. 4.10; IV-act. 72 S. 6 ff.) eine ausführliche Beurteilung (ohne rheumatologische Diagnose) eines spezialisierten Facharztes vor. Dieser hatte die Beschwerdeangaben der Versicherten als nicht konklusiv beziehungsweise übereinstimmend mit den strukturell nachweisbaren Veränderungen beschrieben. Auffallend sei eine extreme Schmerzgeneralisierung, wobei namentlich auch die anlässlich der dreiwöchigen stationären Rehabilitation beschriebene Schmerzzunahme aus rheumatologischer Sicht nicht nachvollziehbar gewesen sei. Er sah denn auch eher weitere psychosoziale Belastungsfaktoren als ursächlich an. Ohnehin ist nicht ersichtlich – und wird von der Beschwerdeführerin auch nicht erläutert –, inwiefern eine rheumatologische Begutachtung notwendig gewesen wäre beziehungsweise zu einem anderen Ergebnis geführt hätte, zumal betreffend die im Zentrum stehende LWS-Schmerz-Problematik eine gutachterliche Befunderhebung (internistisch, orthopädisch) beziehungsweise Diagnosestellung (orthopädisch) erfolgte. Gegenstand der Rheumatologie ■ als Teildisziplin der Inneren Medizin ■ sind (chronische) Schmerzen des Bewegungsapparates; dies trifft unter anderem auch auf die Orthopädie zu (Urteile 8C_835/2014 vom 16. Januar 2015 E. 3.3 m.w.H.).

20■28

E. 5.2.1

Die Beschwerdeführerin ist der Auffassung, dass das Gutachten eine simple Parteibehauptung sei, weil die Gutachter von der IV-Stelle bezahlt werden.

E. 5.2.2

Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz (Art. 43 Abs. 1 ATSG). Ist dies notwendig, holt der Sozialversicherungsträger ein medizinisches Gutachten ein (Art. 44 ATSG). Medizinische Gutachten, an denen drei und mehr Fachdisziplinen beteiligt sind, werden nach dem Zufallsprinzip vergeben (Art. 72bis Abs. 2 IVV). Der Versicherungsträger übernimmt die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat (Art. 45 Abs. 1 Satz 1 ATSG). Ausschlaggebend für den Beweiswert eines ärztlichen Gutachtens sind die in E. 2.3 genannten Kriterien. Die Herkunft des Beweismittels ist für den Beweiswert nicht relevant, auch wenn das Parteigutachten nicht den gleichen Rang wie ein vom Gericht oder einem Versicherungsträger nach vorgegebenem Verfahrensrecht eingeholtes Gutachten hat (BGE 143 V 124 E. 2.2.2, vgl. auch E. 5.4).

E. 5.3.1

Es wird moniert, die persönliche Begutachtung habe im März 2021 stattgefunden, das Gutachten sei jedoch erst im September 2021 vorgelegt worden. Rund 6 Monate nach einer Untersuchung könnten offensichtlich keine verlässlichen Aussagen mehr gemacht werden.

E. 5.3.2

Ist seit der Begutachtung einige Zeit verstrichen, vermag das Alter des Gutachtens – als formelles Kriterium – keinen Zweifel an dessen Beweiswert zu begründen. Massgebend ist vielmehr die materielle Frage, ob Gewähr dafür besteht, dass sich die Ausgangslage seit der Erstellung des Gutachtens nicht gewandelt hat. Soweit ein früheres Gutachten mit Ablauf der Zeit und zufolge veränderter Verhältnisse an Aktualität eingebüsst hat, sind neue Abklärungen unabdingbar. Die Rechtsprechung hat es denn auch abgelehnt, eine Art «Verfallsdatum» für ein Gutachten zu definieren (Urteil des Bundesgerichts 8C_295/2021 vom 9. August 2021 E. 6.3.1).

21■28

E. 5.3.3

Die persönlichen Untersuchungen der beteiligten Gutachter fanden am 9. März 2021 (allgemeine innere Medizin; Psychiatrie; Neurologie) sowie am 16. März 2021 (Orthopädie) statt. Das Gutachten wurde am 23. Juli 2021 fertiggestellt (IV-act. 108 S. 5) und ging bei der IV-Stelle schlussendlich am 6. September 2021 ein (IV-act. 108 S. 1). Nach Durchführung der Untersuchung wurden zunächst die Teilgutachten erstellt, anschliessend erfolgte die Konsensbeurteilung mit Erstellung des Gesamtgutachtens (anschl. redaktionelle Bearbeitung; elektronische Zirkulation der finalen Version zur Freigabe; physische Unterzeichnung der finalen Version; Einreichung [IV-act. 108 S. 11]). Die Beschwerdeführerin zeigt nicht konkret auf, welche Nachteile ihr wegen der Verzögerung der schriftlichen Niederschreibung des Gutachtens entstanden sind beziehungsweise aufgrund welcher Änderungen der Verhältnisse das Gutachten nicht mehr aktuell ist. Solche lassen sich auch den Akten nicht entnehmen.

E. 5.4.1

Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, dass im Gutachten vom 23. Juli 2021 nicht dargelegt werde, weshalb die erhobenen Diagnosen (leichte depressive Episode [ICD-

E. 5.4.2

Für den Begriff der Arbeitsunfähigkeit und die Beweismittelwürdigung im Sozialversicherungsrecht wird zunächst auf die vorstehenden E. 2.1 und E. 2.3 verwiesen. Zu beachten ist im Weiteren, dass zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsunfähigkeit – und zwar sowohl bei somatisch dominierten als auch bei psychisch dominierten Leiden – keine Korrelation besteht. Deshalb weist die medizinische Folgenabschätzung notgedrungen eine hohe Variabilität auf und trägt unausweichlich Ermessenszüge (BGE 140 V 193 E. 3.1). Die Arbeitsunfähigkeit ergibt sich aus den vorhandenen – objektivierten oder plausibilisierten – Funktionseinschränkungen (Urteil des Bundesgerichts 9C_474/2017 vom 4. Oktober 2017 E. 4.1 m.H. auf BGE 140 V 290 E. 3.3.1). Die rein subjektive Einschätzung betreffend die eigene Arbeitsfähigkeit ist nicht massgebend. Vielmehr ist es primär ärztliche Aufgabe, anhand der objektiven Befunderhebung die sich daraus ergebenden Auswirkungen auf die Leistungsfähigkeit zu bestimmen (Urteil des Bundesgerichts 8C_101/2014 vom 3. April 2014 E. 5.1). Der Zweck polydisziplinärer Gutachten besteht darin, alle relevanten gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erfassen und die sich daraus je einzeln ergebenden Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit in ein Gesamtergebnis zu bringen. Der abschliessenden, gesamthaften Beurteilung von Gesundheitszustand und Arbeitsfähigkeit kommt damit dann grosses Gewicht zu, wenn sie auf der Grundlage einer Konsensdiskussion der an der Begutachtung mitwirkenden Fachärzte erfolgt (Urteil des Bundesgerichts 8C_483/2020 vom 26. Oktober 2020 E. 4.1 m.w.H.).

E. 5.4.3

Richtig ist, dass die Hausärztin eine von den Gutachtern abweichende Auffassung vertritt. Dabei ist zunächst zu beachten, dass in der Medizin vorherrschend von einem umfassenden bio-psycho-sozialen Krankheitsbegriff ausgegangen wird, der auch invaliditätsfremde Faktoren berücksichtigt, die bei der versicherungsmedizinischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auszuklammern sind. Überdies ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteil des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.3.2). Deshalb ist ein Administrativgutachten nicht stets in Frage zu stellen, wenn die behandelnden Arztpersonen zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen wichtige, nicht rein subjektiver Interpretation entspringende Aspekte benannt werden, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (u.a. Urteil 8C_630/2020 vom 28. Januar 2021 E. 4.2.1). Dies ist vorliegend nicht der Fall. Im Übrigen

23■28

handelt es sich bei der Hausärztin um eine Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin. Die vollständige Arbeitsunfähigkeit begründet sie jedoch hauptsächlich mit psychischen Beschwerden, ohne sich konkret mit den Überlegungen des psychiatrischen Teilgutachters auseinanderzusetzen. Soweit die Beschwerdeführerin moniert, es werde nicht dargelegt, weshalb die erhobenen Diagnosen keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit hätten,

übersieht sie die fehlende Korrelation zwischen ärztlich gestellter Diagnose und Arbeitsfähigkeit. Für die Frage der Arbeitsfähigkeit sind vielmehr die vorhandenen, objektivier- oder plausibilisierbaren Funktionseinschränkungen massgebend. Damit haben sich die Gutachter, anders als die Hausärztin, konkret befasst (vgl. IV-act. 108 Ziff. 4.3 S. 9 [Konsensbeurteilung]; Ziffn. 6.3 und 7 S. 33 ff. [Teilgutachten Psychiatrie]; Ziff. 7 S. 43 ff. [Teilgutachten Orthopädie]). Exemplarisch wird im Teilgutachten Orthopädie etwa Folgendes festgehalten: «Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen, radiologischen und infiltrativen Befunde keinesfalls klar begründen lassen. Nachvollziehbar ist grundsätzlich ein gewisser Leidensdruck angesichts tieflumbaler Diskopathie, doch lässt die äusserst diffuse anamnestiche und klinische Präsentation einschliesslich erheblicher Inkonsistenzen dezidiert an eine im Vordergrund stehende nicht-organische Beschwerdekompone- nte denken» (IV-act. 108 Ziff. 7.3.1 S. 44). Die Behauptung, dass sich die gesundheitlichen Beschwerden in ihrem Fall ohne Weiteres objektivieren liessen und dies folgerichtig zwingend einen Einfluss auf ihre Arbeitsfähigkeit haben müssten, findet in den medizinischen Akten keine Stütze.

E. 5.5

Damit ist gestützt auf das R.__-Gutachten vom 23. Juli 2021 erstellt, dass die Beschwerdeführerin seit Januar 2019 in einer angepassten Tätigkeit (leichte bis selten mittelschwere, wechselsebelastende Tätigkeiten, bei einer maximalen täglichen Präsenz von 8 Stunden mit einem gering erhöhten Pausenbedarf im Sinne einer Leistungseinbusse) zu 90% arbeitsfähig ist. Davon ging legitimerweise auch die IV-Stelle in der angefochtenen Verfügung aus.

E. 5.6

Für die von der Beschwerdeführerin beantragten Beweisergänzungen (Einvernahme der Hausärztin Dr. med. N.__ als Zeugin, Einholung eines Gerichtsgutachtens) besteht bei diesem (Beweis-)Ergebnis keine Veranlassung, zumal die Hausärztin ihre Einschätzungen – wie in Sozialversicherungsverfahren üblich – ohnehin bereits in Berichtform eingebracht hat.

24■28

6.

Abschliessend ist der Invaliditätsgrad und damit das ermittelte Validen- sowie Invalideneinkommen zu überprüfen.

7.

7.1

Gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung ist für die Ermittlung des Valideneinkommens entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdient hätte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da es empirischer Erfahrung entspricht, dass die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 139 V 28 E. 3.3.2; 135 V 58 E. 3.1; 134 V 322 E. 4.1). Hingegen ist nicht

massgebend, was die versicherte Person im massgebenden Zeitpunkt des Rentenbeginns bestenfalls verdienen könnte (Urteil des Bundesgerichts 8C_504/2018 vom 19. Oktober 2018 E. 3.5.2).

7.2

Die IV-Stelle erwog in der angefochtenen Verfügung, dass die Versicherte in ihrer letzten Anstellung bei der B. __, in __ ein jährliches Einkommen von Fr. 53'024.40 erzielen könnte. Das von der IV-Stelle angenommene Valideneinkommen wird von der Beschwerdeführerin nicht beanstandet. Mit Blick auf den IK-Auszug (IV-act. 8) und den Arbeitgeberfragebogen (IV-act. 22) besteht dazu auch keine Veranlassung. Es ergeben sich keine Anhaltspunkte dafür, dass sich das Einkommen zugunsten der Versicherten entwickelt hätte. Es ist deshalb davon auszugehen, dass die Versicherte ohne Gesundheitsschaden in ihrer bisherigen Tätigkeit in der Lederverarbeitung ein jährliches Einkommen \approx Fr. 53'024.– erzielen würde.

25■28

8.

8.1

Bezüglich des Invalideneinkommens beanstandet die Beschwerdeführerin, es sei nicht ersichtlich, wie sie angesichts der vielfältigen medizinischen Beschwerden ein Erwerbseinkommen von rund Fr. 50'000.– erzielen solle. In einer angepassten Tätigkeit könne ihr auch aufgrund der psychischen Beschwerden keine Arbeitstätigkeit zugemutet werden. Selbst ohne psychische Beschwerden sei in einer leidensangepassten Tätigkeit lediglich ein niedriges Pensum von 50% möglich, was einem Invalideneinkommen von höchstens Fr. 25'000.– entspreche.

8.2

8.2.1 Für die Festsetzung des Invalideneinkommens ist gemäss der Rechtsprechung primär von der beruflich-erwerblichen Situation auszugehen, in der die versicherte Person konkret steht. Übt sie nach Eintritt der Invalidität eine Erwerbstätigkeit aus, bei der – kumulativ – besonders stabile Arbeitsverhältnisse gegeben sind und anzunehmen ist, dass sie die ihr verbleibende Arbeitsfähigkeit in zumutbarer Weise voll ausschöpft, und erscheint zudem das Einkommen aus der Arbeitsleistung als angemessen und nicht als Soziallohn, gilt grundsätzlich der tatsächlich erzielte Verdienst als Invalidenlohn. Ist kein solches Erwerbseinkommen gegeben, namentlich, weil die versicherte Person nach Eintritt des Gesundheitsschadens keine oder jedenfalls keine ihr an sich zumutbare neue Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, können gemäss Rechtsprechung die Tabellenlöhne der LSE herangezogen werden. Dabei wird in der Regel der Totalwert angewendet. Praxisgemäss ist beim anhand der LSE vorgenommenen Einkommensvergleich sodann von der Tabellengruppe A (standardisierte Bruttolöhne) auszugehen, wobei üblicherweise auf die Tabelle TA1_tirage_skill_level, Privater Sektor, abgestellt wird. Dieser Grundsatz gilt jedoch nicht absolut, sondern kennt Ausnahmen. Es kann sich rechtsprechungsgemäss durchaus rechtfertigen, auf die Tabelle TA7 resp. T17 (ab 2012) abzustellen, wenn dies eine genauere Festsetzung des Invalideneinkommens erlaubt und wenn der versicherten Person der öffentliche Sektor auch offensteht. Bei der Verwendung der standardisierten Bruttolöhne ist gemäss Rechtsprechung jeweils vom sogenannten Zentralwert (Median) auszugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E. 6.2 m.w.H. [zur

Publikation vorgesehen]).

26■28

8.2.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Lohndaten wie namentlich der LSE ermittelt, ist der so erhobene Ausgangswert gemäss Rechtsprechung 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 und die versicherte Person je nach Ausprägung deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann. Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25% nicht übersteigen. Die Rechtsprechung gewährt insbesondere dann einen Abzug vom Invalideneinkommen, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfs- arbeiter Tätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist. Allfällige bereits in der Beurteilung der medizinischen Arbeitsfähigkeit enthaltene gesundheitliche Einschränkungen dürfen nicht zusätzlich in die Bemessung des leidensbedingten Abzugs einfließen und so zu einer dop- pelten Anrechnung desselben Gesichtspunkts führen (Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2021 vom 9. März 2022 E. 6.3 m.w.H. [zur Publikation vorgesehen]). Nach ständiger Rechtsprechung darf das (kantonale) Sozialversicherungsgericht sein Ermessen, wenn es um die Beur- teilung des Tabellenlohnabzuges geht, nicht ohne triftigen Grund an die Stelle desjenigen der Verwaltung setzen; es muss sich auf Gegebenheiten abstützen können, welche seine abwei- chende Ermessensausübung als naheliegender erscheinen lassen (BGE 137 V 71 E. 5.2 und 126 V 75 E. 6).

8.3

Unbestrittenermassen erzielt die Beschwerdeführerin aktuell keinen Verdienst, auch nicht im Umfang der ihr attestierten Teilarbeitsfähigkeit von 90% in einer Verweistätigkeit. Damit ist für die Berechnung des Invalideneinkommens auf Tabellenlöhne gemäss den vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) abzustellen. Dieses Vorgehen entspricht der geltenden, zwischenzeitlich ausdrücklich bestätigten Bundesgerichts- praxis (Urteil des Bundesgerichts 8C_256/2021 vom 9. März 2022 [zur Publikation vorgese- hen]). Die IV-Stelle erwog gestützt die LSE 2018, TA 1, privater Sektor, Niveau 1 (einfache Tätigkeit, Fr. 4'371.–), dass eine weibliche Angestellte in einer Hilfsarbeiter Tätigkeit nominallohnbereinigt

27■28

und unter Berücksichtigung der wöchentlichen Durchschnittsarbeitszeit von 41.7 Stunden jähr- lich durchschnittlich Fr. 55'942.15 (Fr. 4'371.– ÷ Index 2732 x 2795 ÷ 40 x 41.7 x 12) verdienen können. Bei einer Restarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 90% (vorne E. 5.5) sei die Beschwerdeführerin demnach in der Lage, ein Invalideneinkommen (Einkommen ohne Behinderung) von Fr. 50'347.95 zu erzielen (IV-act. 123). Soweit die Beschwerdeführerin das Invalideneinkommen im Ergebnis als zu hoch moniert, ist entgegenzuhalten, dass die Berech- nung der IV-Stelle in Einklang mit der bundesgerichtlichen Rechtsprechung steht und damit nicht zu beanstanden ist. Anlass für die Gewährung eines Leidensabzugs besteht nicht. Es ist demnach von einem Invalideneinkommen von Fr. 50'348.– auszugehen.

8.4

Aus der Gegenüberstellung des Validen- und des Invalideneinkommens ergibt sich eine Erwerbseinbusse von Fr. 2'676.– und damit ein rentenausschliessender Invaliditätsgrad von 5% (Fr. 53'024.– ÷ Fr. 2'676.– x 100; Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG e contrario).

9.

Insgesamt erweist sich die angefochtene Verfügung als rechens. Die Beschwerde ist unbegründet und vollumfänglich abzuweisen.

E. 10

F32.00]; anhaltende Schmerzstörung [ICD-10 F45.4]; chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom [ICD-10 R52.9]; chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom [ICD-10 M54.5]; radiologische Diskusprotrusion LWK4/5/SWK1 mit Affektion der Nervenwurzel L5 beidseitig und S1 links) keine Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit haben. Namentlich habe Dr. med. N. in ihrer E-Mail vom 13. Oktober 2021 klargestellt, dass sämtliche Diagnosen sehr wohl einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit hätten. Sie führe aus, dass die psychischen Beschwerden grundsätzlich einer Erwerbstätigkeit entgegenstehen würden. Sie sei schlicht nicht arbeitsfähig, weder in der bisherigen noch in einer angepassten Tätigkeit. Schliesslich habe das Bundesgericht klargestellt, dass bereits geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der ärztlichen Feststellungen genügen, um ein Gerichtsgutachten anzuordnen. Dies sei hier der Fall. Schliesslich würden sich die gesundheitlichen Beschwerden ohne Weiteres objektivieren lassen. Folgerichtig müsse dies zwingend einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben.

22■28

E. 10.1

Abweichend von Art. 61 lit. a ATSG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.■ bis Fr. 1'000.■ festgelegt. Die Kosten für das vorliegende Verfahren werden auf Fr. 800.– festgesetzt und ausgangsmässig der Beschwerdeführerin auferlegt. Sie werden mit dem Kostenvorschuss der Beschwerdeführerin in gleicher Höhe verrechnet und sind bezahlt.

E. 10.2

Der unterliegenden Beschwerdeführerin ist keine Parteientschädigung zuzusprechen (Art. 61 lit. g ATSG e contrario).

28■28

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