

# **SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/231 vom 3. Oktober 2022**

Sg Versicherungsgericht, 2022-10-03, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg\\_publicationen\\_IV\\_2021\\_231](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/sg_publicationen_IV_2021_231)

FR: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/231 du 3 octobre 2022

IT: SG\_VERSICHERUNGSGERICHT IV 2021/231 del 3 ottobre 2022

## **Regeste**

Art. 7 ATSG; Art. 8 ATSG; Art. 28 IVG; Art. 16 ATSG Auf das polydisziplinäre Gutachten ist abzustellen; es wird durch die Berichte der behandelnden Rheumatologin nicht entkräftet. Gemäss der Rechtsprechung (BGE 148 V 174) ändern neue Studien zum Tabellenlohnabzug nichts an der Massgeblichkeit der LSE (Entscheid des Versicherungsgerichts des Kantons St. Gallen vom 3. Oktober 2022, IV 2021/231).

## **Volltext**

Entscheid vom 3. Oktober 2022 Besetzung Versicherungsrichterinnen Corinne Schambeck (Vorsitz) und Michaela Machleidt Lehmann, Versicherungsrichter Michael Rutz; Gerichtsschreiberin Beatrix Zahner Geschäftsnr. IV 2021/231 Parteien A.\_\_\_\_, Beschwerdeführerin, vertreten durch Rechtsanwalt lic. iur. Pablo Blöchliger, Lutherstrasse 4, Postfach, 8021 Zürich 1, gegen IV-Stelle des Kantons St. Gallen, Postfach 368, 9016 St. Gallen, Beschwerdegegnerin, Gegenstand Rente Sachverhalt A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Versicherte) begab sich im März 2016 in Behandlung bei Dr. med. B.\_\_\_\_, Fachärztin für Physikalische Medizin und Rehabilitation. Diese diagnostizierte ein chronisches cervikospondylogenes Syndrom rechts, ein Thorakovertebralsyndrom und ein Lumbovertebralsyndrom sowie eine funktionell unauffällige Supraspinatustendopathie (Berichte Dr. B.\_\_\_\_ vom 15. März 2016, IV-act. 28-7 ff., Bericht funktionelle Ultraschalluntersuchung der Schulter rechts vom 19. April 2016, IV-act. 104-27 f.; Attest vom 28. November 2016, IV-act. 104-26). Eine vertrauensärztliche Abklärung im Auftrag des Vorsorgeversicherers ergab, dass die Versicherte in wechselbelastenden Tätigkeiten ohne Tragen und Heben von Gewichten, ohne Zwangshaltungen, ohne Überkopf-Arbeiten und ohne stark repetitive Tätigkeiten vollumfänglich arbeits- und leistungsfähig sei (Bericht Dr. med. C.\_\_\_\_, Spezialarzt für Innere Medizin, vom 10. Februar 2017, Fremdakten, act. 4). Die Versicherte verlor auf Ende Mai 2017 ihre Anstellung im Pensum von rund 20 % bei der D.\_\_\_\_ AG wegen Schliessung des Betriebs (Angaben Arbeitgeberin vom 9. März 2019, IV-act. 25). Aus gesundheitlichen Gründen wurde per 31. Oktober 2017 das Arbeitsverhältnis mit der Gemeinde E.\_\_\_\_ aufgelöst, wo die Versicherte als Reinigungskraft in einem Pensum von rund 50 % gearbeitet hatte (Angaben der Arbeitgeberin vom 28. Februar 2019, IV-act. 23). Dr. B.\_\_\_\_ bestätigte der Versicherten bis zum 31. Januar 2018 weiterhin eine volle Arbeitsunfähigkeit (vgl. Arztbericht vom 11. Februar 2019, IV-act. 17 und ärztliche Zeugnisse vom 3. Januar 2018 [Fremdakten, act. 2-5] und ab 1. Februar 2018 eine Arbeitsunfähigkeit von 0 % (ärztliches Zeugnis vom 25. Januar 2018 [Fremdakten, act. 2-6]). Die Versicherte meldete sich am 28. Januar 2019 (Eingang undatierte Anmeldung) bei der Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an (IV-act. 3, 11). Im Arztbericht vom 11. Februar 2019 hielt Dr. B.\_\_\_\_ fest, es bestünden

ein cervicospondylogenes Syndrom rechts bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen C4-C7 mit erosiver Osteochondrose und foraminaler Einengung C7 beidseits, ein lumbospondylogenes Syndrom rechts bei ausgeprägten degenerativen Veränderungen L4-S1 mit Diskushernie L5/S1 und Kompression Nerv L5 und S1 rechts sowie ein Status nach mehrfacher Brust-OP beidseits. Die Versicherte arbeite gegenwärtig stundenweise als Aushilfe in einer Vinothek. Sie leide unter einer schmerzhaften Bewegungseinschränkung der gesamten Wirbelsäule, das Heben und Tragen von Gegenständen sei nicht möglich. Die bisherige bzw. eine angepasste Tätigkeit sei während drei bis vier Stunden täglich zumutbar (IV-act. 17). Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, führte im Arztbericht vom 14. April 2019 zusätzlich aus, die Versicherte weise eine depressive Symptomatologie auf. Es sei nur körperlich leichteste Arbeit möglich. Die Kraft in der rechten Hand sei herabgesetzt, das Bücken sei schwierig. Aktuell arbeite die Versicherte zu 20 % als Assistentin in einer Vinothek. Die bisherige Tätigkeit sei während maximal 4 Std./täglich zumutbar. Im Haushalt seien Bügeln und Fensterputzen nicht möglich, Heben und Tragen sei schwierig (IV-act. 28-1 ff.). Dr. med. G.\_\_\_\_, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, berichtete über eine Behandlung der Versicherten vom 29. Januar bis 10. April 2019, die aus finanziellen Gründen habe abgebrochen werden müssen. Als Diagnose nannte sie eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) bei Trennungssituation und desolater finanzieller Lage (Arztbericht vom 4. Juni 2019, IV-act. 32). Die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, nahm am 18. Juli 2019 dahingehend Stellung, die nicht unwesentlichen degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule schränkten die Arbeitsfähigkeit der Versicherten nachvollziehbar ein. In adaptierten Tätigkeiten (u.a. mit Gewichtslimite von 5 kg beim Heben und Tragen) bestehe per sofort eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (halbtags) mit Steigerungspotential auf etwa 70 % bei günstigem Verlauf und Besserung der Anpassungsstörung (IV-act. 35). Die IV-Stelle sprach der Versicherten die Kostenübernahme für einen Computereinstiegskurs als Frühinterventionsmassnahme (Mitteilung vom 19. September 2019, IV-act. 40), Arbeitsvermittlung (Mitteilung vom 4. Oktober 2019, IV-act. 44), die Kostenübernahme für ein Coaching als Frühinterventionsmassnahme (Mitteilung vom 4. Oktober 2019, IV-act. 45) sowie einen vom 8. Februar bis 31. Mai 2020 geplanten Arbeitsversuch bei I.\_\_\_\_ GmbH im Pensum von 50 % mit Steigerung auf 80 %, zu (Mitteilung vom 11. Februar 2020, IV-act. 53). Wegen Überanstrengung erfolgte vom 28. Februar bis 9. April 2020 ein Aufenthalt in der Klinik J.\_\_\_\_, der zu einer deutlichen Besserung des körperlichen und psychischen Zustands führte (Austrittsbericht vom 28. April 2020, IV-act. 68). Der aufgrund der Coronasituation unterbrochene Arbeitsversuch konnte anschliessend nicht weitergeführt werden (Aktennotiz des Eingliederungsverantwortlichen vom 3. Juni 2020, IV-act. 60). Nachdem sich die Versicherte am 22. Juli 2020 einer weiteren Brustoperation unterzogen hatte (Austrittsbericht Spital K.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2020, IV-act. 93-3 f.; Operationsbericht, IV-act. 94), schloss die IV-Stelle die beruflichen Massnahmen mit Mitteilung vom 17. September 2020 ab, da weitere berufliche Massnahmen weder erfolgsversprechend noch angezeigt seien (IV-act. 77; siehe auch Schlussbericht des Eingliederungsverantwortlichen vom 15. Juli 2020, IV-act. 74; Verlaufsprotokoll berufliche Massnahmen, IV-act. 75; Feststellungsblatt bM vom 17. September 2020, IV-act. 76). Dr. F.\_\_\_\_ führte im Verlaufsbericht vom 14. Februar 2021 aus, der Gesundheitszustand der Versicherten habe sich verschlechtert. Seit Februar 2020 beklage die Versicherte auch im linken Arm Parästhesien. Es lägen eine Polyarthrose, eine Rhizarthrose am Daumen rechts und ein Impingement der Hüfte rechts vor. Die erosive Chondrose der HWS mit

foramineller Einengung schreite fort mit den entsprechend insistierenden, verstärkten Beschwerden. Es bestünden schmerzbedingte Schlafunterbrüche, eine depressive Entwicklung, eine Auffassungsstörung sowie Brustbeschwerden nach mehreren Eingriffen. Die nachhaltig zerstörte Gesamtintegrität der Versicherten lasse eine Restarbeitsfähigkeit von ca. 20 % bis 30 % zu (IV-act. 104-1 ff.). Im Arztbericht vom 16. Februar 2021 hielten die Therapeuten des Psychiatrie-Zentrums L.\_\_\_\_ fest, die Versicherte stehe seit dem 11. September 2020 in ambulanter Behandlung. Sie diagnostizierten eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) und führten aus, es bestehe die Gefahr einer depressiven Entwicklung (ICD-10: F32.1). Die Versicherte fühle sich müde, traurig, orientierungslos und ohnmächtig. Sie habe sich von ihrem Ehemann getrennt und vor kurzem sei ihr [...] an den Folgen eines Motorradunfalles in M.\_\_\_\_ gestorben. Seit drei Jahren sei sie arbeitslos und erhalte nur Absagen (IV-act. 105). Die IV-Stelle gab daraufhin ein dem Begutachtungszentrum (BEGAZ) Basel-Land zugeteiltes polydisziplinäres Gutachten in Auftrag (Gutachten vom 4. August 2021, IV-act. 131 ff.; Dr. med. N.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin; Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt Chirurgie; Dr. med. P.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie; Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie; Untersuchungen vom 1. und 14. Juli und 2. August 2021). Die Gutachter diagnostizierten als Gesundheitsbeeinträchtigungen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ein chronisches zervikales Schmerzsyndrom mit beidseitiger, aktuell linksbetonter Ausstrahlung in die Arme mit/bei (zusammengefasst) Diskusprotrusion, Spondyl- und Unkovertebralarthrosen sowie neuroforaminaler Stenose HWK 5 bis 7 (vgl. IV-act. 132-22) sowie ein chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom rechts mit Ausstrahlung in das rechte Bein mit/bei Osteochondrose, Diskusbulging und Diskusherniation LWK 4 bis SWK 1 mit Kontakt zu den Nervenwurzeln L5 und S1 sowie asymptotische Osteochondrose BWK 8/9 und BWK 11/12 (vgl. IV-act. 132-22). Im Konsens kamen sie zum Schluss, dass die Arbeitsfähigkeit ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht aufgrund der nun seit Jahren dokumentierten degenerativen Veränderung des gesamten Achsenskeletts eingeschränkt sei. In einer ideal adaptierten Tätigkeit sei die Versicherte vollschichtig arbeitsfähig mit einer Leistungseinschränkung von 30 % (IV-act. 135-14). Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ beurteilte das Gutachten als sorgfältig erstellt, umfassend und konklusiv, so dass Arbeits- und Leistungsfähigkeit nun fundiert beurteilt werden könnten. Das Resultat entspreche exakt der Einschätzung des RAD vom 18. Juli 2019 (Stellungnahme vom 9. August 2021, IV-act. 139). Mit Vorbescheid vom 11. August 2021 gewährte die IV-Stelle der Versicherten das rechtliche Gehör zur vorgesehenen Abweisung des Gesuchs (Invaliditätsgrad 35 %; IV-act. 142). Mit Einwand vom 20. September 2021 (IV-act. 146) liess die Versicherte durch Rechtsanwalt lic. iur. P. Blöchliger eine Stellungnahme von Dr. B.\_\_\_\_ vom 26. August 2021 zum Gutachten einreichen. Darin führte die behandelnde Rheumatologin aus, sie habe eine verminderte Arbeitsfähigkeit von 50 % auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit bereits seit 2019 mehrfach bestätigt. Sie äusserte sich zur Diagnostik der Fingerarthrose, zu den Inkonsistenzen bezüglich der Schmerzen in der Untersuchung und zur medikamentösen Behandlung und schloss, aufgrund der genannten Punkte sei die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit erneut zu prüfen (IV-act. 147). Im Einwand liess die Versicherte weiter geltend machen, trotz beruflicher Massnahmen habe keine Wiedereingliederung in den ersten Arbeitsmarkt erreicht werden können. Die gemäss medizinischer Schätzung verbleibende Arbeitsfähigkeit sei somit rein theoretischer Natur. Auch wenn von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt ausgegangen werde, müssten die dem medizinischen Anforderungsprofil entsprechenden Arbeitsstellen mindestens theoretisch

vorhanden sein. Dies sei nicht der Fall. Im Gutachten werde nicht eingehend begründet, weshalb abweichend von der Einschätzung von Dr. B.\_\_\_\_ eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vorliegen solle. Aufgrund ihrer Einschränkungen und der Teilzeitarbeit sei ihr ein Tabellenlohnabzug von mindestens 20 % zu gewähren, was zu einer Viertelsrente führe (IV-act. 146). Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ nahm ihrerseits am 26. Oktober 2021 im Wesentlichen dazu Stellung, bezüglich der Fingergelenke habe die Gutachterin unauffällige Befunde erhoben. Bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 50 % durch die behandelnde Rheumatologin handle es sich um eine abweichende Einschätzung bei identischem medizinischen Sachverhalt. Somit würden keine neuen medizinischen Erkenntnisse oder Informationen vorgebracht, die nicht bereits im Gutachten erwähnt und abgeklärt worden seien (IV-act. 150). Mit Verfügung vom 2. November 2021 wies die IV-Stelle das Leistungsgesuch ab (IV-act. 151). Die Versicherte trat am 22. November 2021 einen Einsatz für maximal 3 Monate als Abfüllerin bei R.\_\_\_\_ AG in einem Pensum von 1 bis 8 Stunden pro Woche an (act. G 1.4). Mit Beschwerde vom 2. Dezember 2021 beantragt die Versicherte (nachfolgend: Beschwerdeführerin), weiterhin vertreten durch Rechtsanwalt Blöchlinger, die Verfügung vom 2. November 2021 sei unter Kosten- und Entschädigungsfolgen aufzuheben, es sei ihr eine Rente auszurichten; eventualiter sei das Verfahren zur Ergänzung des Sachverhalts an die IV-Stelle (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zurückzuweisen. Sodann sei ihr die unentgeltliche Prozessführung und Prozessverbeiständung zu gewähren. Zur Begründung lässt sie vorbringen, die von Dr. B.\_\_\_\_ klinisch diagnostizierte Arthrose der Finger sei im Gutachten mehrfach erwähnt worden, habe aber weder in die Diagnosestellung noch in die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit Eingang gefunden. Das Gutachten sei widersprüchlich und unvollständig. Die Beschwerdegegnerin habe nicht nachgewiesen, dass ihr zumutbare Stellen überhaupt existierten. Die Beurteilung der Verwertbarkeit der Arbeitsfähigkeit mit den von den Gutachtern festgehaltenen Einschränkungen auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt falle nicht in die Kompetenz des RAD und sei vorliegend nicht gegeben. Der Durchschnittslohn (Mittelwert) wie auch der Medianlohn von Erwerbstätigen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen ohne Zugang zu einer IV-Rente sei im Vergleich zu den Löhnen von voll leistungsfähigen Erwerbstätigen um rund 10 % tiefer. Zuzüglich eines Teilzeitabzuges von 5 % resultiere ein Invaliditätsgrad von 45 % (act. G 1). Das Gesuch um unentgeltliche Rechtspflege wird am 11. Januar 2022 zurückgezogen, da die Kosten durch die Krankenkasse gedeckt seien (act. G 4). Mit Beschwerdeantwort vom 2. Februar 2022 beantragt die Beschwerdegegnerin, die Beschwerde sei abzuweisen. Die nach Verfassung des BEGAZ-Gutachtens eingereichten Berichte von Dr. B.\_\_\_\_ vermöchten die gutachterliche Einschätzung gemäss der RAD-Stellungnahme vom 26. Oktober 2021 nicht in Frage zu stellen. Aufgrund des Belastungsprofils seien für die Beschwerdeführerin etwa leichtere Maschinenbedienungs-, Kontroll-, Sortier- und Prüfarbeiten geeignet. Es sei somit von einer Verwertbarkeit der medizinisch-theoretisch festgestellten Resterwerbsfähigkeit auszugehen. Die Beschwerdeführerin müsse ausgehend von einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt in adaptierten Tätigkeiten im Vergleich zu gesunden Mitbewerbern keine Lohneinbusse in Kauf nehmen. Zudem würden auf dem massgebenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt im Kompetenzniveau 1 auch Arbeiten angeboten, die vorwiegend sitzend ausgeführt werden könnten. Der Umstand, dass die Beschwerdeführerin zwar ganztags arbeitsfähig, hierbei aber nur reduziert leistungsfähig sei, rechtfertige grundsätzlich keinen Abzug vom Tabellenlohn (act. G 6). Mit Replik vom 3. März 2022 lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, sowohl die Gutachter wie auch der RAD hätten sich

nicht mit der abweichenden Meinung Dr. B.\_\_\_\_s auseinandergesetzt. Insbesondere sei im Gutachten nicht ausgeführt worden, weshalb sich die Arthrose nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirke. Die beruflichen Massnahmen seien auch eingestellt worden, weil die Eingliederungsverantwortlichen eine Eingliederung für nicht erfolgsversprechend gehalten hätten. Das Entgegenkommen des Arbeitgebers bei einem Nischenarbeitsplatz schliesse eine mit einem Tabellenlohnabzug zu berücksichtigende Lohneinbusse nicht aus. Die geltend gemachten Abzüge vom Tabellenlohn seien statistisch belegt und gerechtfertigt (act. G 8). Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 6. April 2022 auf eine Duplik (act. G 10). Auf die Vorbringen der Verfahrensbeteiligten zur Begründung ihrer Anträge sowie die Akten wird, soweit für den Entscheid relevant, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Erwägungen Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG; SR 831.20) Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 Prozent arbeitsunfähig gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf des Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (lit. c). Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG; SR 830.1) umschreibt Invalidität als voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Erwerbsunfähigkeit ist der durch die gesundheitliche Beeinträchtigung verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende 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 nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Nach Art. 28 Abs. 2 IVG (in der vorliegend anwendbaren, bis zum 31. Dezember 2021 gültigen Fassung; vgl. Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2022, 8C\_803/2021, E. 3.2) besteht Anspruch auf eine ganze Invalidenrente, wenn die versicherte Person mindestens zu 70 %, auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens zu 60 %, auf eine halbe Rente, wenn sie mindestens zu 50 %, und auf eine Viertelsrente, wenn sie mindestens zu 40 % invalid ist. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte (Invalideneinkommen), in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, 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 (BGE 132 V 93 E. 4 mit Hinweisen). Die urteilenden Instanzen haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und der medizinischen Situation

einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen der Fachperson begründet sind (BGE 125 V 352 E. 3a mit Hinweisen). Rechtsprechungsgemäss ist den im Rahmen des Verwaltungsverfahrens gemäss Art. 44 ATSG eingeholten Gutachten von externen Spezialärzten und -ärztinnen, welche aufgrund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten Bericht erstatten und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangen, volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 227 E. 1.3.4; Urteil des Bundesgerichts vom 13. Februar 2019, 8C\_801/2018, E. 4.3). Ebenfalls ist bei der Würdigung der medizinischen Aktenlage der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Dies gilt für Hausärzte wie auch für spezialärztliche behandelnde Medizinalpersonen (Urteil des Bundesgerichts vom 3. Mai 2021, 8C\_164/2021, E. 3.2.1). Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Anders verhält es sich nur, wenn objektiv feststellbare Gesichtspunkte vorgebracht werden, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt geblieben waren und die geeignet sind, zu einer anderen Beurteilung zu führen (vgl. statt vieler: Urteile des Bundesgerichts vom 17. Februar 2021, 8C\_783/2020, E. 5.2 und vom 15. Oktober 2020, 8C\_370/2020., E. 7.2). Ferner kann eine psychiatrische Exploration von der Natur der Sache her nicht ermessensfrei erfolgen. Sie eröffnet einer psychiatrischen Fachperson – sei sie nun in therapeutischer oder in begutachtender Funktion – daher praktisch immer einen gewissen Spielraum, innerhalb dessen verschiedene medizinisch-psychiatrische Interpretationen möglich, zulässig und zu respektieren sind, sofern die Beurteilung des Experten oder der Expertin die Beweisanforderungen erfüllt (BGE 145 V 365 E. 4.1.2). Im Sozialversicherungsrecht gelten der Untersuchungsgrundsatz und der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c ATSG). Verwaltung und Sozialversicherungsgericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhaltes zu sorgen. Rechtserheblich sind alle Tatsachen, von deren Vorliegen es abhängt, ob über den streitigen Anspruch so oder anders zu entscheiden ist. In diesem Rahmen haben Verwaltungsbehörden und das Versicherungsgericht zusätzliche Abklärungen stets dann vorzunehmen oder zu veranlassen, wenn hierzu aufgrund der Parteivorbringen oder anderer sich aus den Akten ergebenden Anhaltspunkte hinreichender Anlass besteht (Ueli Kieser, ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Bern/St. Gallen/Zürich 2020, Art. 61 N 107). Im Sozialversicherungsrecht hat das Gericht seinen Entscheid, sofern das Gesetz nicht etwas Abweichendes vorsieht, nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu fällen (vgl. BGE 126 V 353 E. 5b; BGE 125 V 193 E. 2, je mit Hinweisen). Medizinische Grundlage der angefochtenen Verfügung bildet das BEGAZ-Gutachten vom 4. August 2021. Es ist zunächst zu prüfen, ob es beweistauglich und somit auf dieses abgestellt werden kann. In ihrer Konsensbeurteilung kamen die Gutachter zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich aus rheumatologischer Sicht eingeschränkt. Die nun seit Jahren dokumentierten degenerativen Veränderungen des gesamten Achsenskeletts führten seit ihrer Erstdokumentation im Jahr 2015 zu qualitativen Einschränkungen. Zusätzlich bestehe aufgrund der nun jahrelangen, nur bedingt angehbaren Schmerzproblematik eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 30 % bei

vollschichtiger Arbeitsfähigkeit (IV-act. 135-14). Die behandelnde Dr. B. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit zunächst ein Eingliederungspotential von 3 bis 4 Stunden pro Tag (Arztbericht vom 11. Februar 2019, IV-act. 17) und später eine Arbeitsfähigkeit von 50 % (Bericht vom 13. Oktober 2020, IV-act. 104-23 f.; Stellungnahme vom 26. August 2021, IV-act. 147). Anlässlich der rheumatologischen Begutachtung beklagte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen Schmerzen bzw. ein Druckgefühl in Nacken und Schultern, ausstrahlend vor allem in den linken Arm, die auch einen Taubheitsdruck in den Ohren und Schwindel auslösten, Kreuzschmerzen mit Ausstrahlung ins rechte Bein, Schlafprobleme und Schmerzen im rechten Knie und in den Gelenken der Mittelfinger (IV-act. 132-11 f.). Bildgebend fanden sich im Bereich C5 bis C7 Spondyl- und Unkarthrosen, erosive Osteochondrosen und Diskusprotrusionen mit deutlicher neuroforaminaler Stenose und möglicher Beeinträchtigung der entsprechenden Nervenwurzeln (zusammengefasst; Röntgen vom 2. Juni 2020 und MRI HWS vom 3. März 2021; IV-act. 132-21; IV-act. 134-4). Der Röntgenbefund der Hände war osteoartikulär regelrecht ohne signifikante Arthrosezeichen, Erosionen, Usuren oder Weichteilverkalkungen (IV-act. 132-21, IV-act. 134-2). Am rechten Kniegelenk zeigte das Röntgenbild kleinste Osteophyten am Patellaoberpol und medialen Tibiakopf (IV-act. 132-21). Klinisch war eine Untersuchung der HWS im Sitzen wegen starker Gegenspannung nicht möglich; im Liegen war die Beweglichkeit frei. Es zeigten sich Irritationszonen C5/6 und C6/7 rechtsbetont und ein deutlich erhöhter Tonus des Trapezius. Die Extension der BWS führte zu vermehrten Schmerzen lumbal. Die LWS war frei beweglich bei vermehrten Schmerzen bei Extension. Der Tonus in der Paravertebralmuskulatur des unteren Drittels der Brustwirbelsäule sowie der gesamten Lendenwirbelsäule rechts, des Quadratus lumborum rechts sowie der gesamten Glutealmuskulatur rechts war deutlich erhöht. Die Palpation schmerzhaft, jedoch waren keine Triggerpunkte feststellbar. Die Quadrantenteste waren zervikal nicht durchführbar, lumbal zeigten sich vermehrte Schmerzen, aber keine Schmerzausstrahlung (IV-act. 132-19). Die Schultern waren passiv frei beweglich, bei der Prüfung der Rotatorenmanschette zeigten sich nicht reproduzierbare Einschränkungen und Kraftdefizite. Ellbogen-, Hand- und Fingergelenke waren unauffällig. Faustschluss und Spitzengriff waren komplett, das Fingerspreizen kräftig und es liessen sich keine Synovitiden oder Tendovaginitiden feststellen (IV-act. 132-20). Alle Bewegungen, insbesondere Flexion und Aussenrotation im Hüftgelenk rechts verursachen Schmerzen lumbogluteal rechts, ebenso die Innenrotation im Hüftgelenk links. Beide Gelenke waren frei beweglich, Impingement-Zeichen negativ. Flexion und Extension im MTP 1 waren beidseits um zwei Drittel eingeschränkt (IV-act. 132-20). Die rheumatologische Gutachterin führte aus, seit 2015 seien in den Akten degenerative Veränderungen am gesamten Achsenskelett betont in den Segmenten HWK5/6 und HWK6/7 sowie LWK4/5 und LWK5/SWK1 dokumentiert, die durchaus auch zu radikulären Problematiken führen könnten. Allerdings seien solche nie beschrieben worden und auch in der aktuellen Untersuchung fänden sich keine sicheren Hinweise dafür. Aktuell zeige sich eine Einschränkung der Beweglichkeit der HWS, die vorwiegend auf Gegenspannen beruhe; im Liegen und bei spontanen Bewegungen sei die Beweglichkeit frei. Auffallend sei der muskuläre Hartspann (IV-act. 132-23). Die aktuellen neurologischen Befunde sprächen nicht für eine radikuläre Problematik. Auch werde momentan die Berührungssensibilität links an der oberen und unteren Extremität vermindert angegeben, während bis anhin vor allem rechtsseitig entsprechende Beschwerden dokumentiert gewesen seien. Die Muskelkraft in allen Kennmuskeln der

rechten oberen Extremität sei im Vergleich zur linken Seite vermindert. Beim Lasègue-Manöver und umgekehrten Lasègue-Manöver habe die Beschwerdeführerin rechts lumbalbetont vermehrte Schmerzen angegeben, nicht aber bei der entsprechenden Untersuchung im Sitzen. Somit fänden sich zum Teil inkonsistente Untersuchungsbefunde, zum anderen lasse sich auch eine Inkonsistenz zwischen den spontan zu beobachtenden Bewegungen und Bewegungen im Rahmen der klinischen Untersuchung oder in gewissen Positionen bei der klinischen Untersuchung feststellen. Auch kontrastiere die von der Versicherten angegebene Schmerzintensität (Dauerschmerz von 10 auf einer Skala von 0-10) mit ihrer Anwendung von Analgetika (vorwiegend lokale Analgetika, nur gelegentlich 500 mg Dafalgan). Es sei somit davon auszugehen, dass die muskulotendinöse Problematik deutlich im Vordergrund stehe. Gerade bei solchen Beschwerden lasse sich häufig eine deutliche Abhängigkeit von psychosozialen Faktoren und auch eine Variabilität in der klinischen Untersuchung abhängig von der jeweiligen Situation feststellen (IV-act. 132-24). Die in den Akten aufgeführte Diagnose eines femoroacetabulären Impingements könne aufgrund der aktuellen Untersuchung nicht bestätigt werden, der entsprechende klinische Test sei unauffällig gewesen. Die in den Akten beschriebenen degenerativen Veränderungen der Fingergelenke hätten sich auf den aktuellen Aufnahmen nicht bestätigen lassen (IV-act. 132-25). Dr. B.\_\_\_\_ begründete ihre Einschätzung der Arbeitsfähigkeit wie folgt: aufgrund des chronischen cervikoradikulären Syndroms, des Thorakovertebralsyndroms, des Lumbovertebralsyndroms, der dauerhaften Bewegungseinschränkung der rechten Schulter und der Kraftminderung im rechten Arm (Funktionshand) sei die Arbeitsfähigkeit stark eingeschränkt (Bericht vom 13. Oktober 2020, IV-act. 104-13 f.). In ihrer Stellungnahme vom 26. August 2021 führte sie zwar aus, klinisch sei – bei typischer Schmerzhaftigkeit und Auftreibung der Gelenke – eine Arthrose der Finger zu diagnostizieren gewesen. Die Arbeitsfähigkeit schätzte sie indes unverändert auf 50 % (vgl. IV-act. 147); auch schilderte sie nicht, dass die Fingergelenksarthrose die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin einschränke oder formulierte entsprechende Adaptationskriterien (wie etwa den Ausschluss feinmotorisch anspruchsvoller manueller Tätigkeiten, vgl. insbesondere Verlaufsbericht vom 5. Januar 2021, IV-act. 95-3 f.). Die RAD-Ärztin Dr. H.\_\_\_\_ betonte, bezüglich der Fingergelenke seien im Rahmen der Begutachtung sowohl der bildgebende als auch der klinische Befund unauffällig gewesen (Stellungnahme vom 26. Oktober 2021, IV-act. 150-1). Dementsprechend ist festzuhalten, dass die Beurteilungen der begutachtenden und der behandelnden Rheumatologin insoweit übereinstimmen, als die Fingerbeschwerden nicht zu einer qualitativen oder quantitativen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen. Insoweit kann dem Vorbringen, die Fingerpolyarthrose sei bei der Arbeitsfähigkeitsschätzung nicht berücksichtigt worden, nicht gefolgt werden. Die Beschwerdeführerin lässt rügen, die Arbeitsfähigkeitsschätzung der rheumatologischen Gutachterin sei in sich widersprüchlich. Es werde nicht erklärt, weshalb eine zusätzliche Arbeitseinschränkung festgestellt werde, diese aber nicht zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit führen sollte (act. G 1, Ziff. 2d). Die Gutachterin führte aus, aus rheumatologischer Sicht könne die Beschwerdeführerin eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit ohne Arbeiten mit monotonen Haltungen, Zwangshaltungen insbesondere des Oberkörpers, ohne dauernde oder wiederholte Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen und in dauernder Kauerstellung vollschichtig mit einer Leistungsverminderung von 30 % ausüben. (...) Es bestünden qualitative Einschränkungen aufgrund der nun seit Jahren dokumentierten degenerativen Veränderung des gesamten Achsenskeletts. Zusätzlich bestehe eine gewisse Einschränkung der Leistungsfähigkeit

aufgrund der nun jahrelangen, nur bedingt angehbaren Schmerzproblematik, eine darüberhinausgehende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne jedoch rein aufgrund der Befunde am Bewegungsapparat nicht gerechtfertigt werden (IV-act. 132-27). Interdisziplinär wird die Arbeitsfähigkeit in einer adaptierten Tätigkeit verständlich erklärt (IV-act. 135-14): So handelt es sich bei den Adaptionkriterien um qualitative Einschränkungen aufgrund der degenerativen Veränderungen des gesamten Achsenskeletts und zusätzlich der Schmerzproblematik. Insgesamt führt dies auch zu einer quantitativen Einschränkung im Rahmen einer 30%igen Leistungseinbusse. Das Wort "zusätzlich" betrifft lediglich die qualitativen Einschränkungen und bedeutet nicht, dass noch eine höhere Arbeitsunfähigkeit rein aufgrund der Schmerzproblematik attestiert wird. Die rheumatologische Gutachterin erhob Anamnese und Befunde umfassend. Sie berücksichtigte auch die bei der klinischen Untersuchung zu Tage getretenen Inkonsistenzen und führte diese zumindest teilweise auf den muskulotendinösen Charakter der Beschwerden zurück (vgl. IV-act. 132-24, E. 4.2). Die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit durch Dr. B. \_\_\_ vermag nicht zu überzeugen. So weist die Behandlerin im Wesentlichen lediglich darauf hin, dass sie eine Verminderung der Arbeitsfähigkeit auch in einer leidensadaptierten Tätigkeit auf 50 % seit 2019 mehrfach dokumentiert habe. Weshalb die Arbeitsfähigkeit in diesem Masse eingeschränkt sein soll, begründet sie weder in den Akten liegenden Arzt- und Verlaufsberichten noch in ihrer Stellungnahme. Die von ihr attestierte 50%ige Arbeitsunfähigkeit ist weder bildgebend noch funktionell nachvollziehbar, insbesondere konnten die Beschwerden an den Händen und an der Hüfte bildgebend und klinisch gutachterlich nicht bestätigt werden. Im Übrigen fehlt eine objektive Konsistenz- und Ressourcenprüfung, zumal gewissen Inkonsistenzen durch die Gutachter festgestellt werden konnten. Wahrscheinlicher erscheint die von den Gutachtern geäußerte Möglichkeit, dass die von der Behandlerin attestierte Arbeitsunfähigkeit auch unter Berücksichtigung der Depression bzw. der psychosozialen Faktoren angenommen wurde. Einigkeit besteht immerhin darin, dass auch die Behandlerin die Beschwerdeführerin für arbeitsfähig hält. So besteht im Vergleich zur gutachterlichen Einschätzung nur eine Differenz von 20 %, was auch dadurch erklärt werden kann, dass die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit gewisse Ermessenszüge aufweist und Behandler eher zugunsten ihrer Patienten aussagen. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 28. Januar 2019 bei der IV zum Leistungsbezug an (IV-act. 3). Ein allfälliger Rentenanspruch besteht – unter Voraussetzung des dannzumal bestandenen Wartejahres nach Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG – nach Ablauf der Karenzfrist von Art. 29 Abs. 1 und 3 IVG ab dem 1. Juli 2019. Die rheumatologische Gutachterin hielt zum Verlauf fest, die (von ihr attestierte, schmerzbedingte) quantitative Einschränkung (von 30 %) bestehe seit April 2020 (IV-act. 132-27). Es ist somit der Verlauf zwischen dem 1. Juli 2019 und April 2020 näher zu betrachten, insbesondere ob in diesem Zeitraum eine Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten und daher befristet von einer höheren, rentenbegründenden Erwerbsunfähigkeit auszugehen ist. Entgegen den Ausführungen der Gutachterin attestierte Dr. B. \_\_\_ nicht ab Oktober 2010 (richtig wohl: 2020, aus dem Jahr 2010 sind gar keine Akten vorhanden, vgl. IV-act. 132-4 ff.), sondern bereits ab Februar 2019 eine Arbeitsfähigkeit in adaptierten Tätigkeiten von drei bis vier Stunden täglich bzw. von 50 % (Arztbericht vom 11. Februar 2019, IV-act. 17; Verlaufsbericht vom 16. Juni 2020, IV-act. 62-1 ff.; Bericht vom 13. Oktober 2020, IV-act. 104-23 f.; Stellungnahme vom 26. August 2021, IV-act. 147). Dies spricht jedoch nicht gegen die Einschätzung der Gutachterin, zumal Dr. B. \_\_\_ ihre Einschätzung im Wesentlichen lediglich mit Hinweisen

auf das chronische cervicospodylogene Syndrom rechts, das Thorakovertebralsyndrom und das Lumbovertebralsyndrom ohne nähere Ausführungen zu erhobenen klinischen Befunden und den daraus folgenden funktionellen Einschränkungen begründete (vgl. insbesondere Arztbericht vom 11. Februar 2019, IV-act. 17; Verlaufsbericht vom 16. Juni 2020, IV-act. 62-1 ff.; Bericht vom 13. Oktober 2020, IV-act. 104-23 f.; Verlaufsbericht vom 5. Januar 2021, IV-act. 95; Stellungnahme vom 26. August 2021, IV-act. 147). Bildgebend fand sich bereits im MRI vom 19. September 2018 eine rechtsseitig erosive Osteochondrose HWK 6/7 mit breiter, rechts paramedianer bis rechts intraforaminaler Diskusherniation und einer diskalen Enge im rechten Foramen HWK 6/7 mit Irritation der rechten Nervenwurzel C7 (IV-act. 70). Folglich lag ein stationärer Gesundheitszustand vor. Klinisch-befundlich berichtete Dr. B.\_\_\_\_ im Arztbericht vom 11. Februar 2019 von Einschränkungen der HWS- und BWS Beweglichkeit, einer endgradig schmerzhaften Einschränkung der Schultergelenke und von einer reduzierten Innen- und Aussenrotation der Hüftgelenke (IV-act. 17-4). Im Bericht vom 21. März 2019 verneinte sie hingegen explizit Einschränkungen der Wirbelsäulenbeweglichkeit und hielt fest, es bestünden Triggerpunkte bzw. eine Schmerzauslösung bei Palpitation im Schulter-Nackengebiet, gluteal bds. und in den M. iliopsoas und iliocostalis rechts (IV-act. 104-21). Erst im Bericht vom 13. Oktober 2020 war wieder von Einschränkungen der HWS-Beweglichkeit die Rede. Zusätzlich war der Impingement-Test für beide Schultern positiv (IV-act. 104-23). Dies, obwohl die Beschwerdeführerin angab, die Schmerzen hätten sich seit der Brustoperation (im Juli 2020, vgl. Austrittsbericht Spital K.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2020, IV-act. 93) gebessert (IV-act. 132-14, 27). Im Zeitraum vom 1. Juli 2019 bis April 2020 ist gestützt auf die vorliegenden Behandlerberichte vom selben Gesundheitszustand auszugehen wie er im Gutachten erhoben wurde. Dass eine Veränderung bzw. insbesondere eine Verbesserung des Gesundheitszustands eingetreten sein soll, ist nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit ausgewiesen. Folglich erweist sich die rheumatologische Einschätzung auch retrospektiv als nachvollziehbar und es ist bereits ab 1. Juli 2019 von einer Arbeitsunfähigkeit von nicht mehr als 30 % auszugehen. Der psychiatrische Gutachter erhob einen bis auf einen etwas umständlichen Gedankengang unauffälligen psychopathologischen Befund (IV-act. 137-8, 10). Anhand der Diagnosekriterien verneinte er nachvollziehbar eine depressive Störung (IV-act. 137-10) und bestätigte die frühere Diagnose einer Schmerzstörung mit körperlichen und psychischen Faktoren (ICD-10: F45.41; vgl. IV-act. 137-12). Bezüglich der Persönlichkeit könnten keine Auffälligkeiten gefunden werden und würden in den Unterlagen auch keine erwähnt. Es sei anzunehmen, dass die Beschwerdeführerin eine eher pflichtbewusste Persönlichkeitsstruktur aufweise (IV-act. 137-10, 12). Hinweise auf eine zusätzliche weitere psychiatrische Störung könnten nicht gefunden werden (IV-act. 137-11). Er würdigte den Tagesablauf, die Fähigkeiten gemäss Mini-ICF-App (IV-act. 137-11 ff.) und die gegebene Möglichkeit, Ressourcen zu mobilisieren, wobei es an der Unterstützung durch die entfernt lebende Ursprungsfamilie mangle (IV-act. 137-11). Schliesslich verneinte er Hinweise auf Inkonsistenzen (IV-act. 137-13). Wie der psychiatrische Gutachter zu Recht festhält, wurde der Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht bisher nie eine Arbeitsunfähigkeit attestiert (vgl. IV-act. 137-13). Im Verlauf wurde über eine kurze, aus finanziellen Gründen abgebrochene Therapie berichtet. Die Beschwerdeführerin habe unter Anhedonie mit Energielosigkeit ohne Antrieb und Freude, Gedankendrängen, grossen Zukunftsängsten sowie Enttäuschung über die fehlende Unterstützung gelitten. Die Psychiaterin stellte keine Diagnosen (Arztbericht Dr. G.\_\_\_\_ vom 4. Juni 2019, IV-act. 32). Im Arztbericht des

Psychiatrie-Zentrums S. \_\_\_ vom 16. Februar 2021 hielten die Behandelnden fest, die Beschwerdeführerin sei seit dem 11. September 2020 ein- bis zweimal monatlich in Behandlung. Sie fühle sich müde, orientierungslos, traurig, ohnmächtig, ständig nervös, angetrieben und habe Mühe, einzuschlafen. Sie berichte über grosse Zukunftsängste und diffuse Angstgefühle. Die Stimmung sei ein wenig niedergeschlagen, traurig, besorgt. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei gut. Antrieb, Interesse und Freudeempfinden seien zum Teil ungestört, die Beschwerdeführerin berichte aber von wiederkehrenden Down's, wenn sie an ihre körperliche Gesundheit und ihre Zukunft denke. Im Übrigen war der psychopathologische Befund unauffällig (IV-act. 105-2 f.). Es sei am 11. September 2020 eine Anpassungsstörung (ICD-10: F43.2) diagnostiziert worden und es bestehe die Gefahr einer depressiven Entwicklung (IV-act. 105-3). Zur Arbeits- bzw. Eingliederungsfähigkeit äusserten sie sich nicht (IV-act. 105-4). Die vom Psychiatriezentrum am 16. Februar 2021 mitgeteilten Befunde weichen nicht massgeblich von jenen des psychiatrischen Gutachters ab. Dem Bericht kann auch nicht entnommen werden, dass bei Beginn der Therapie ein gravierenderer, die Arbeitsfähigkeit relevant einschränkender psychiatrischer Zustand vorgelegen hätte. Solches wird auch nicht geltend gemacht. Der Einschätzung des psychiatrischen Gutachters ist somit zu folgen. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es sei nicht nachvollziehbar, dass eine internistische Untersuchung durchgeführt worden sei, ohne dass deren Ergebnisse in die interdisziplinäre Beurteilung eingeflossen seien (vgl. act. G 1, Ziff. 2e). Gemäss Ziff. 2077 des Kreisschreibens über das Verfahren in der Invalidenversicherung (KSVI, in der ab 1. Januar 2018 gültig gewesenen Fassung) ist die Allgemeine / Innere Medizin immer vertreten, wenn ein polydisziplinäres Gutachten angezeigt ist. Das Bundesgericht führte aus, die umfassende administrative Erstbegutachtung sei grundsätzlich polydisziplinär anzulegen. In begründeten Fällen könne davon abgesehen werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlage; weder dürften weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch dürfe ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen (vgl. BGE 139 V 352, E. 3.2). Die RAD-Ärztin Dr. H. \_\_\_ hielt zur Notwendigkeit einer polydisziplinären Begutachtung fest, dass die vorliegenden Arbeitsfähigkeitseinschätzungen beträchtlich voneinander abweichen würden und die berufliche Eingliederung sehr schwierig und letztlich ergebnislos verlaufen sei (Stellungnahme vom 12. März 2021, IV-act. 114-3). Die internistische Untersuchung dient der Abklärung des Allgemeinzustandes. Die Beschwerdeführerin beklagte Antriebsblockaden, Schlafstörungen und Konzentrationsschwierigkeiten und es war auch ein Eisenmangel behandelt worden (Austrittsbericht Klinik J. \_\_\_ vom 28. April 2020, IV-act. 68-2), so dass eine internistische (Mit-)Ursache ihrer Beschwerden nicht von vornherein ausgeschlossen werden konnte. Dass sich eine solche dann nicht fand, führte wohl dazu, dass die unauffälligen Befunde im Gutachten nicht ausführlicher dargestellt wurden. Als fallführender Gutachter nahm der Internist selbstredend auch an der Konsensbesprechung teil, zu welcher in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung festgehalten wurde, dass die Arbeitsfähigkeitsschätzung nach "eingehender Konsensbesprechung" zustande gekommen sei (IV-act. 135-14). Insofern ist auch seine Beurteilung in die Würdigung eingeflossen. Die internistische (IV-act. 136-7 ff.) und die chirurgische Einschätzung (IV-act. 131-9) sind sodann ohne Weiteres nachvollziehbar. Die Operation vom Juli 2020 verlief - bis auf einen aber gut verheilten Morbus mondor, Formdefizite und vorübergehend persistierende Schmerzen - komplikationslos (Sprechstundenberichte Spital K. \_\_\_ vom 1. Oktober 2020, IV-act. 104-13 f.; vom

30. Dezember 2020, IV-act. 98-19 f., und vom 21. Januar 2021, IV-act. 102). Nach Angaben der Beschwerdeführerin bewirkte der Eingriff eine Verbesserung der Schmerzen (IV-act. 132-4, 27). Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das BEGAZ-Gutachten in Kenntnis der Vorakten, insbesondere der Berichte der behandelnden Rheumatologin Dr. B.\_\_\_\_, erstellt wurde. Die Gutachter untersuchten die Beschwerdeführerin persönlich und berücksichtigten nebst den klinischen Befunden die geklagten Beschwerden. Das Gutachten ist umfassend und die medizinische Beurteilung einleuchtend; namentlich ist die Arbeitsfähigkeitsschätzung nachvollziehbar begründet. Die im Einwandverfahren eingereichten medizinischen Stellungnahme der behandelnden Rheumatologin bringt keine objektiv relevanten Aspekte (keine neuen Diagnosen, Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder Aufnahme notwendiger Therapien), welche von den Gutachtern nicht berücksichtigt worden wären (vgl. zur abweichenden Beurteilung auch E. 3.1.5). Daher vermögen weder diese Stellungnahme, in der die Behandlerin im Wesentlichen ausschliesslich an ihrer Einschätzung der Arbeitsfähigkeit festhält, noch ihre Arztberichte ernsthaften Zweifel an den Ergebnissen der Begutachtung zu wecken. Hinzu kommt, dass bereits der Eingliederungsverantwortliche festhielt, die Beschwerdeführerin scheine nicht sonderlich unter den körperlichen Beschwerden zu leiden und habe angegeben, seit der Trennung gehe es ihr auch körperlich einiges besser (IV-act. 73-1). Zudem erklärte sie, lediglich ab und zu (Schmerz)medikamente einzunehmen, da sie eigentlich gegen Medikamente sei (IV-act. 132-17). Damit erscheint ebenfalls plausibel, dass die Arbeitsfähigkeit nicht über das gutachterlich festgestellte Ausmass hinaus eingeschränkt ist. Folglich ist das Gutachten beweiskräftig und es kann darauf abgestellt werden. Die Beschwerdeführerin lässt vorbringen, auch in einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt lasse sich keine Stelle finden, die ihrem medizinischen Zumutbarkeitsprofil entspreche (act. G 1, Ziff. 3). Die Möglichkeit einer versicherten Person, das verbliebene Leistungsvermögen auf dem allgemeinen ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten, hängt von den konkreten Umständen des Einzelfalls ab. Massgebend sind rechtsprechungsgemäss die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch die Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder die Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Beim ausgeglichenen Arbeitsmarkt handelt es sich um eine theoretische Grösse, so dass nicht leichtthin angenommen werden kann, die verbliebene Leistungsfähigkeit sei unverwertbar. Er umfasst auch sogenannte Nischenarbeitsplätze, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei denen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen des Arbeitgebers rechnen können. Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist insbesondere dann anzunehmen, wenn die zumutbare Tätigkeit in nur so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher zum Vornherein als ausgeschlossen erscheint (Urteile des Bundesgerichts vom 2. Dezember 2020, 8C\_416/2020, E. 4 mit Verweisen, vom 20. Januar 2020, 9C\_644/2019, E. 4.2 und vom 21. August 2019, 8C\_143/2019, E. 5.2 mit Hinweisen). An die Konkretisierung von Arbeitsgelegenheiten betreffend Verweistätigkeiten sind rechtsprechungsgemäss keine übermässigen Anforderungen zu stellen (Urteil des Bundesgerichts vom 22. Dezember 2016, 9C\_469/2016, E. 3.2). Das Bundesgericht selbst bezeichnet die Hürden für die Annahme der Unverwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit als hoch (vgl. Urteile des Bundesgerichts vom 25. August 2017,

8C\_403/2017, E. 5.3 f., vom 31. August 2018, 8C\_117/2018, E. 3.3.1, vom 6. Juli 2016, 8C\_113/2016, E. 4.3 und vom 28. Mai 2009, 9C\_918/2008, E. 4.3). Massgebend für die Beurteilung der Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ist der Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)erwerbstätigkeit. Dies ist gegeben, sobald die medizinischen Unterlagen eine zuverlässige Sachverhaltsfeststellung erlauben (BGE 138 V 461 f. E. 3.3 f.). Die rheumatologische Gutachterin befand, die Beschwerdeführerin könne aus rheumatologischer Sicht eine leichte, wechselbelastende Tätigkeit unter Ausschluss aller Arbeiten mit monotonen Haltungen, Zwangshaltung, insbesondere des Oberkörpers, dauernder oder wiederholter Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen und in dauernder Kauerstellung ausüben (IV-act. 132-27; IV-act. 135-13). Ein mit dem vorliegenden vergleichbares Zumutbarkeitsprofil lag dem Bundesgerichtsurteil 8C\_55/2021 vom 9. Juni 2021 zugrunde: Gemäss gutachterlicher Einschätzung konnte die Beschwerdeführerin aufgrund einer Polyarthrose an Fingern und Handgelenken keine körperliche Schwerarbeit verrichten. Gelegentliche körperlich mittelschwere und leichte Tätigkeiten seien zumutbar, wenn Positionen mit häufiger Vorneigung oder Drehung des Oberkörpers, die den Nacken oder die Brust- und Lendenwirbelsäule belasten, sowie Überkopfarbeiten mit reklinierter Halswirbelsäule vermieden würden. Ungünstig waren auch Tätigkeiten in langanhaltenden Zwangspositionen im Sitzen oder Stehen, auf Leitern, Gerüsten, Dächern oder an vibrierenden Maschinen, in nass-kalter Witterungsexposition, häufige Verrichtungen mit den Armen "kranial der Schulterhorizontalen" sowie manuell kraftaufwändige, monoton-repetitive oder ausgeprägt feinmotorische Arbeiten. Das Bundesgericht erwog, mit Blick auf dieses Belastungsprofil könne nicht gesagt werden, eine zumutbare Tätigkeit sei nur in so eingeschränkter Form möglich, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennen würde oder nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre, und dass das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheinen würde (E. 5.2.1). Entsprechend sind auch vorliegend keine medizinischen Einschränkungen gemäss dem Zumutbarkeitsprofil ersichtlich, welche gegen eine Verwertbarkeit sprechen. Auch das Alter der Beschwerdeführerin (Jahrgang 1966) bzw. die verbleibende Aktivitätszeit vermögen keine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit zu begründen. Selbst die bisherige Tätigkeit als Reinigungskraft wäre der Beschwerdeführerin aus rheumatologischer Sicht noch zu 50 % zumutbar (IV-act. 132-26 f.; IV-act. 135-12). Angepasst erscheinen etwa Kontroll- und Konfektionierungsarbeiten, Montage von Kleinteilen, das Verpacken von verschiedenen Produkten sowie das Bedienen und Überwachen von Produktionsanlagen. Weitere Faktoren, die eine Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit begründen könnten, sind weder ersichtlich, noch werden sie geltend gemacht. Abschliessend zu prüfen bleibt der Einkommensvergleich. Beim Valideneinkommen stützte sich die Beschwerdegegnerin zu Recht auf den Auszug aus dem individuellen Konto (IK; IV-act. 12-1: Reinigungskraft bei der Gemeinde E. \_\_\_ und Tätigkeit bei der D. \_\_\_ AG) und ging unter Berücksichtigung der Nominallohnentwicklung von Fr. 60'140.-- aus. Dieses Einkommen wird denn von der Beschwerdeführerin auch nicht bestritten. Für die Bemessung des Invalideneinkommens stellte die Beschwerdeführerin – ebenfalls unbestrittenermassen – auf das Durchschnittseinkommen gemäss Lohnstrukturerhebung ab und kam umgerechnet auf die gemäss Gutachten geschätzte Arbeitsfähigkeit von 70 % ohne Tabellenlohnabzug auf Fr. 39'008.-- Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, gemäss einer Studie (J. Guggisberg, M. Schärler, C. Gerber, S. Bischof, Büro für Arbeits- und sozialpolitische Studien, BASS (Hrsg.):

Nutzung Tabellenmedianlöhne LSE zur Bestimmung der Vergleichslöhne bei der IV-Rentenbemessung; Bern, 8. Januar 2021, Seite III ff.; abrufbar unter [www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/invaliditaetsbemessung-mittels-tabellenloehnen-der-lohnstrukturierung-lse/project-view](http://www.buerobass.ch/kernbereiche/projekte/invaliditaetsbemessung-mittels-tabellenloehnen-der-lohnstrukturierung-lse/project-view)) sei sowohl der Durchschnittslohn (Mittelwert) wie auch der Medianlohn von Erwerbstätigen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen ohne Zugang zu seiner IV-Rente um rund 10 % tiefer als die Löhne von voll Erwerbstätigen (act. G 1, Ziff. 4). Weiter sei ein Teilzeitabzug von 5 % begründet. Bezüglich des im Zusammenhang damit verfassten Rechtsgutachtens von Th. Gächter, Ph. Egli, M. E. Meier und M. Filippo (Fakten oder Fiktion? Die Frage des fairen Zugangs zu Invalidenleistungen, abrufbar unter [www.wesym.ch](http://www.wesym.ch)) bestätigte das Bundesgericht die Rechtmässigkeit der Verwendung der LSE im Rahmen der Invaliditätsbemessung (BGE 142 V 178 E. 2.5.7) und führte aus, die Voraussetzungen für eine Änderung der Rechtsprechung aufgrund des Gutachtens seien nicht erfüllt (BGE 148 V 192 ff., E. 9.2.4 ff.; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 29. Mai 2018, 9C\_266/2017, E. 3.4.3 und Entscheid des Versicherungsgerichts vom 4. April 2022, E. 6.2). Immerhin steht als Korrekturinstrument bei der Verwendung der Tabellenlöhne ein Abzug von ebendiesem zur Verfügung. Nach der Rechtsprechung können die statistischen Löhne um bis zu 25 % gekürzt werden, um dem Umstand Rechnung zu tragen, dass versicherte Personen mit einer gesundheitlichen Beeinträchtigung in der Regel das durchschnittliche Lohnniveau nicht erreichen (RKUV 1999 Nr. U242 S. 412 E. 4b/bb) bzw. ihre Restarbeitsfähigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nur mit einem unterdurchschnittlichen erwerblichen Erfolg zu verwerten in der Lage sind. Dabei handelt es sich um einen allgemeinen behinderungsbedingten Abzug (BGE 146 V 16 E. 4.1). Bestehen über das ärztlich beschriebene Beschäftigungspensum hinaus zusätzliche Einschränkungen, wie beispielsweise ein vermindertes Rendement pro Zeiteinheit wegen verlangsamter Arbeitsweise oder ein Bedarf nach ausserordentlichen Pausen oder ist die funktionelle Einschränkung ihrer besonderen Natur nach nicht ohne weiteres mit den Anforderungen vereinbar, wie sie sich aus den gewöhnlichen betrieblichen Abläufen ergeben, kann dies bei der Bemessung des leidensbedingten Abzugs vom statistischen Tabellenlohn berücksichtigt werden (Urteil des Bundesgerichts vom 18. Januar 2018, 8C\_552/2017, E. 5.3.1). Gemäss dem interdisziplinär führenden rheumatologischen Adaptionsprofil sind der Beschwerdeführerin leichte, wechselbelastende Tätigkeiten unter Ausschluss aller Arbeiten mit monotonen Haltungen, Zwangshaltung, insbesondere der des Oberkörpers, dauernden oder wiederholten Arbeiten mit den Armen in und über der Horizontalen, dauernder Kauerstellung zumutbar (IV-act. 132-27). Dieses Profil ist im Kompetenzniveau 1 nach der Rechtsprechung nicht dermassen einschränkend, dass die Beschwerdeführerin mit einem unterdurchschnittlichen Lohn zu rechnen hätte. Eine teilzeitbedingte Lohneinbusse ist statistisch nicht ausgewiesen (vgl. BFS, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht - Privater und öffentlicher Sektor zusammen [T18], Frauen, Jahre 2018 und 2020, wonach das auf 100 % hochgerechnete Einkommen einer Tätigkeit im Umfang von 50 bis 74 % dasjenige eines Vollpensums übersteigt; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts vom 15. April 2020, 9C\_782/2019, E. 3.2). Überdies attestierten die Gutachter der Beschwerdeführerin in einer ideal adaptierten Tätigkeit eine vollschichtige Arbeitsfähigkeit mit einer Leistungseinschränkung von 30 % (IV-act. 135-14). Damit kommt ein so genannter Teilzeitabzug nicht in Betracht (Urteil des Bundesgerichts vom 20. April 2018, 9C\_833/2017, E. 5.3). Weitere abzugsrelevante Aspekte sind nicht ersichtlich und werden auch nicht geltend gemacht. Damit hat die Beschwerdegegnerin zu Recht keinen

Tabellenlohnabzug vorgenommen. Entsprechend resultiert aus dem Einkommensvergleich kein rentenbegründender Invaliditätsgrad und die angefochtene Verfügung erweist sich als korrekt. Nach dem Gesagten ist die Beschwerde abzuweisen. Das Beschwerdeverfahren ist kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von Fr. 200.-- bis Fr. 1'000.-- festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Eine Gerichtsgebühr von Fr. 600.-- erscheint in der vorliegend zu beurteilenden Angelegenheit als angemessen. Der unterliegenden Beschwerdeführerin sind die Gerichtskosten vollumfänglich aufzuerlegen. Mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist die geschuldete Gerichtsgebühr getilgt. Bei diesem Verfahrensausgang hat die Beschwerdeführerin keinen Anspruch auf eine Parteienschädigung (vgl. Art. 61 lit. g ATSG). Entscheid im Zirkulationsverfahren gemäss Art. 39 VRP Die Beschwerde wird abgewiesen. Die Beschwerdeführerin hat die Gerichtskosten von Fr. 600.-- zu bezahlen; der in gleicher Höhe geleistete Kostenvorschuss wird angerechnet.

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