

SO_GERICHTE VSBES.2018.214 vom 12. November 2021

SO Obergericht, 2021-11-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.214_d20211112

FR: SO_GERICHTE VSBES.2018.214 du 12 novembre 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2018.214 del 12 novembre 2021

Regeste

Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1966 geborene A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin) meldete sich am 6. April 2006 unter Hinweis auf Diabetes, Rheuma, Arthrose und eine Depression, bestehend seit dem 9. Mai 2005, bei der Invalidenversicherungs-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Bezug von Versicherungsleistungen an (IV-Stellen Beleg Nr. [IV-Nr.] 5). Nach dem Einholen des «Fragebogens zur Rentenabklärung betreffend Erwerbstätigkeit / Haushalt» vom 1. Mai 2006 (IV-Nr. 8), den medizinischen Akten (IV-Nrn. 16) sowie dem Arbeitgeberfragebogen vom 2. Mai 2006 und dem Kündigungsschreiben vom 17. August 2005 (IV-Nr. 17) führte die Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin am 15. Mai 2006 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 21). Nach dem Einholen weiterer medizinischer Akten (IV-Nrn. 27) empfahl Dr. med. B.____, Allgemeine Medizin FMH, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), in seiner Stellungnahme vom 12. Oktober 2006 (IV-Nr. 29) das Einholen eines interdisziplinären Gutachtens. Die in der Folge von Dr. med. C.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, und der Begutachtungsstelle D.____ durchgeführten Begutachtungen wurden am 30. Mai 2007 (Rheumatologie, IV-Nr. 32), 19. Februar 2008 (Psychiatrie, IV-Nr. 35.2) und 23. Januar 2008 (Neuropsychologie, IV-Nr. 35.3) erstattet.

1.2 Mit Vorbescheid vom 14. Mai 2008 (IV-Nr. 36) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin aufgrund eines errechneten IV-Grades von 9 % die Abweisung ihrer Leistungsansprüche auf berufliche Massnahmen und Ausrichtung einer Invalidenrente in Aussicht. Dagegen liess die Beschwerdeführerin am 5. Juni 2008 (IV-Nr. 37) Einwände erheben, die sie am 11. und 16. Juli 2008 ergänzen liess (IV-Nrn. 41 f.). Gestützt auf die Stellungnahme von med. pract. E.____, Praktischer Arzt, RAD, vom 24. Juli 2008 (IV-Nr. 43 S. 2) liess die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle F.____ eine bidisziplinäre Begutachtung durchführen. Das entsprechende Gutachten (Orthopädie und Psychiatrie) datiert vom 13. Oktober 2008 (IV-Nrn. 51.1 ■ 51.3). Mit Verfügung vom 7. Januar 2009 (IV-Nr. 54) wies die Beschwerdegegnerin die Leistungsansprüche der Beschwerdeführerin in Bezug auf berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie die Ausrichtung einer IV-Rente gestützt auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ und eines errechneten Invaliditätsgrades von 15,31 % ab.

Die dagegen am 27. Januar 2009 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) erhobene Beschwerde (IV-Nr. 58 S. 2 ff.) wurde von diesem mit Urteil VSBES.2009.24 vom 21. Juli 2009 (IV-Nr. 63) abgewiesen. Dieses Urteil

erwuchs unangefochten in Rechtskraft.

2. Die Beschwerdeführerin meldete sich am 25. April 2016 (IV-Nr. 68) bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug an. Nach dem Einholen von medizinischen Akten (IV-Nr. 71) führte die Beschwerdegegnerin mit der Beschwerdeführerin am 7. Juni 2016 (IV-Nr. 75) ein Intake-Gespräch durch. Daraufhin wurden weitere medizinische Akten eingeholt (IV-Nrn. 76 f., 85). Gestützt auf die Stellungnahme von Dr. med. G.____, Facharzt Allgemeine Medizin FMH, RAD, vom 30. November 2016 (IV-Nr. 79 S. 2), liess die Beschwerdegegnerin bei der Begutachtungsstelle H.____, am 16. November 2017 (IV-Nr. 91) ein polydisziplinäres Gutachten (Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Chirurgie, Psychiatrie) erstellen. Zu diesem nahmen sodann Dr. med. I.____, Praktische Ärztin FMH, am 14. Dezember 2017 und der RAD-Arzt Dr. med. G.____ am 17. Januar 2018 Stellung (IV-Nrn. 93, 96).

Mit Vorbescheid vom 9. Mai 2018 (IV-Nr. 97) stellte die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin aufgrund eines errechneten IV-Grades von 51 % ab dem 1. Oktober 2016 den Anspruch auf eine halbe Rente in Aussicht. Dies bestätigte sie in der Folge mit Verfügung vom 11. Juli 2018 (A.S. [Akten-Seiten] 1 ff).

3. Dagegen lässt die Beschwerdeführerin am 11. September 2018 (A.S. 7 ff.) beim Versicherungsgericht fristgerecht Beschwerde erheben und folgende Rechtsbegehren stellen:

5. Mit Eingabe vom 15. November 2018 (A.S. 37) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf Einreichung einer begründeten Beschwerdeantwort und schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

6. Mit unaufgefordert eingereichter Eingabe vom 14. Dezember 2018 (A.S. 43) nimmt die Beschwerdegegnerin Stellung zur Eingabe der Beschwerdeführerin vom 30. November 2018.

7. Mit Verfügung vom 25. Januar 2019 (A.S. 45 ff.) teilt der Instruktionsrichter den Parteien mit, zur Beurteilung der Streitfrage, ob der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. Juli 2018 zu Recht eine halbe IV-Rente zugesprochen worden sei, werde ein gerichtliches Gutachten eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der polydisziplinären Begutachtung der Beschwerdeführerin die Begutachtungsstelle J.____ und die Gutachterpersonen Dr. med. K.____ (Orthopädie), Dr. med. L.____ (Psychiatrie), Dr. med. M.____ (Innere Medizin) und Dr. med. N.____ (Viszeralchirurgie) zu beauftragen.

8. Am 20. Februar 2019 nimmt die Beschwerdeführerin zur beabsichtigten Begutachtung Stellung und lässt beantragen, es sei vor der Begutachtung bei Dr. med. O.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein Verlaufsbericht einzuholen. Zudem sei den Gutachtern folgende Zusatzfrage zu stellen: «Sofern allfällige Abweichungen zu den Ausführungen / Beurteilungen im H.____-Gutachten vom 16. November 2017 bestehen, bitte nehmen Sie diesbezüglich begründet Stellung.»

9. Mit Verfügung vom 22. Februar 2019 (A.S. 57 ff.) veranlasst der Instruktionsrichter des Versicherungsgerichts bei der vorgenannten Gutachterstelle ein polydisziplinäres Gutachten. Das Gutachten der J.____ ergeht am 29. April 2019 (A.S. 61 ff.).

10. Mit Eingaben vom 23. Mai 2019 (A.S. 173 ff.) und 10. Juli 2019 (A.S. 183 f.) nehmen die Parteien zum Gutachten Stellung.

11. Am 26. Juli 2019 verfügt die Vizepräsidentin (A.S. 186 f.), das Gericht erwäge, den das Prozessthema bildenden Streitgegenstand in zeitlicher Hinsicht bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch die J.____ auszudehnen (vgl. BGE 130 V 138). Den Parteien werde Gelegenheit gegeben, sich zur beabsichtigten Ausdehnung des Streitgegenstandes bis 5. September 2019 schriftlich zu äussern.
12. Mit Eingabe vom 30. Juli 2019 (A.S. 188 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin zum beabsichtigten Vorgehen vernehmen und nimmt zur Eingabe der Beschwerdegegnerin vom 10. Juli 2019 Stellung. Die Beschwerdegegnerin lässt sich nicht vernehmen.
13. Mit Verfügung vom 30. Oktober 2019 (A.S. 197 f.) stellt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts fest, das Gutachten der J.____ vom 29. April 2019 bilde keine taugliche Beweisgrundlage für eine abschliessende Anspruchsbeurteilung im vorliegenden Fall, weshalb ein weiteres polydisziplinäres Gutachten in den Disziplinen Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Viszeralchirurgie eingeholt werden müsse. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung die P.____ zu beauftragen.
14. Mit Eingabe vom 19. November 2019 (A.S. 200 f.) nimmt die Beschwerdeführerin zur beabsichtigten Begutachtung Stellung.
15. Mit Verfügung vom 26. November 2019 (A.S. 204 ff.) veranlasst die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts bei der vorgenannten Gutachterstelle ein polydisziplinäres Gutachten. Das Gutachten der P.____ ergeht am 13. Juli 2020 (A.S. 208 ff.).
16. Mit Stellungnahme vom 28. September 2020 (A.S. 346) stellt die Beschwerdegegnerin den Antrag, der Versicherten sei eine reformatio in peius anzudrohen. Sollte die Versicherte die Beschwerde in der Folge zurückziehen, werde es nach der Abschreibung des Beschwerdeverfahrens Sache der IV-Stelle sein, eine wiedererwägungsweise Aufhebung der zugesprochenen Rente zu prüfen.
17. Mit Stellungnahme vom 30. September 2020 (A.S. 347) stellt die Beschwerdeführerin folgende Anträge:
18. Mit Schreiben vom 14. Oktober 2020 (A.S. 369 f.) wird der Beschwerdeführerin mitgeteilt, aufgrund einer vorläufigen Prüfung der Sach- und Rechtslage ziehe auch das Versicherungsgericht ■ unpräjudiziell und nach einer Vorabwürdigung der für eine Schlechterstellung sprechenden Fallumstände ■ in Erwägung, die angefochtene Verfügung zu Ungunsten der Beschwerdeführerin abzuändern. Der Beschwerdeführerin wurde sodann Frist gesetzt, dem Versicherungsgericht bis spätestens 28. Oktober 2020 einen allfälligen Rückzug der Beschwerde zukommen zu lassen oder aber die Erklärung, dass sie ■ trotz Drohen einer Schlechterstellung ■ an der Beschwerde festhalte.
19. Mit Schreiben vom 13. November 2020 (A.S. 375 f.) teilt die Beschwerdeführerin mit, dass sie an der Beschwerde festhalte. Zudem gab sie den Bericht von Prof. Dr. med. Q.____ vom 10. November 2020 zu den Akten.
20. Mit Verfügung vom 5. Februar 2021 (A.S. 382 f.) teilt die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts den Parteien mit, es sei vorgesehen, Dr. med. R.____ (Allgemeine Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates FMH, Spezielle Kompetenzbereiche: Allgemein Chirurgie und Traumatologie, Viszeralchirurgie) von der P.____ bezüglich seines viszeralchirurgischen Teilgutachtens folgende Ergänzungsfrage zur Beantwortung zu unterbreiten: «Im Gutachten wird die Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in einer angepassten Tätigkeit zu Folge der Abdominalbeschwerden auf 20 % beziffert.

Angesichts des vielfältigen im Gutachten als plausibel und nachvollziehbar bezeichneten Beschwerdebildes (persistierende Oberbauchschmerzen, zum Teil repetitives Erbrechen, aktuell vermehrte Stuhlfrequenz, Gehzeit sei wegen Bauchschmerzen und Ausstrahlung in den Rücken auf eine halbe Stunde beschränkt, aus den gleichen Gründen sei das Sitzen eingeschränkt, die Versicherte könne nicht ruhig sitzen, Stehen nur wenige Minuten möglich) ist dieses Ausmass der festgelegten Arbeitsunfähigkeit nicht ohne Weiteres nachvollziehbar. Wir bitten Sie deshalb um eine einlässliche Begründung der festgelegten Arbeitsunfähigkeit.»

21. Mit Stellungnahme vom 11. Februar 2021 (A.S. 385 ff.) lässt die Beschwerdeführerin Ergänzungsfragen für den Gutachter stellen.

22. Mit Verfügung vom 2. März 2021 (A.S. 388 f.) werden die beantragten Ergänzungsfragen abgewiesen und Dr. med. R.____ von der P.____ gebeten, die unter E. I. 20 hiervor erwähnte Ergänzungsfrage zu beantworten.

23. Mit Stellungnahme vom 16. Juli 2021 (A.S. 391 ff.) beantwortet Dr. med. R.____ von der P.____ die gerichtliche Ergänzungsfrage.

24. Mit Eingabe vom 13. September 2021 (A.S. 400 ff.) lässt sich die Beschwerdeführerin abschliessend vernehmen.

25. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird, soweit erforderlich, in den nachstehenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen.

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

E. 2

2.1 Nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) haben jene Versicherte Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a) und zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen sind (lit. b) sowie nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind. Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

2.2 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 ATSG). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG).

2.3 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es,

den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 261 E. 4).

E. 3

3.1 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle, wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.2 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter 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 Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht 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 begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (Urteil des Bundesgerichts 8C_63/2011 vom 27. Mai 2011 E. 4.4.2; BGE 134 V 231 E. 5.1, 125 V 351 E. 3a S. 352; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

E. 4

4.1 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf die Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1

ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 141 V 585 E. 5.3, 134 V 131 E. 3 S. 132, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

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

E. 5

5.1 In der angefochtenen Verfügung vom 11. Juli 2018 führte die Beschwerdegegnerin aus, die medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin seit 9. Mai 2005 in ihrer angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin arbeitsunfähig sei. In einer angepassten Verweistätigkeit sei es ihr jedoch zumutbar gewesen, 100 % arbeitstätig zu sein und dabei ein rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Wie mit Verfügung vom 7. Januar 2009 mitgeteilt, sei somit zu diesem Zeitpunkt kein Rentenanspruch entstanden. Ihr Gesundheitszustand habe sich jedoch im März 2016 verschlechtert. Ab diesem Zeitpunkt sei ihr eine angepasste Verweistätigkeit nur noch zu 50 % zumutbar. Sie habe daher Anspruch auf eine halbe Rente. Der Rentenanspruch entstehe frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs (Art. 29 Abs. 1 IVG). Die Anmeldung sei am 26. April 2016 eingegangen. Die halbe Rente werde somit ab dem 1. Oktober 2016 ausgerichtet.

5.2 Mit Beschwerde vom 11. September 2018 machte die Beschwerdeführerin im Wesentlichen geltend, wie den medizinischen Akten entnommen werden könne, leide sie unter massiven/starken und nunmehr seit Jahren anhaltenden Schmerzen sowie unter anhaltender Übelkeit und Erbrechen. Zudem habe sie erhebliche Essstörungen. Unbestritten sei vorliegend der festgelegte Rentenbeginn (Oktober 2016). Bestritten werde hingegen die angenommene, auf dem ersten Arbeitsmarkt verwertbare Restarbeitsfähigkeit von 50 %. Die Aktenlage weise bei korrekter Beurteilung/Würdigung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Einschränkungen ganz klar eine vollständige Arbeitsunfähigkeit aus. Entsprechend sei das Administrativgutachten des H. ___ in diversen Punkten mangelhaft. Des Weiteren werde moniert, dass nicht der vollständige Sachverhalt bis zum Verfügungserlass berücksichtigt worden sei. Schliesslich sei auch der vorgenommene Einkommensvergleich (inkl. Nichtberücksichtigung eines angemessenen leidensbedingten Abzugs) falsch. Die Beschwerdegegnerin habe nämlich bereits in ihrer Verfügung vom 9. Januar 2009 einen Abzug von 10 % gewährt. In der Zwischenzeit habe sich der Gesundheitszustand aber offensichtlich weiter verschlechtert und das Alter der Beschwerdeführerin habe ebenfalls um 10 Jahre zugenommen. Auf jeden Fall wäre eine Restarbeitsfähigkeit heute noch viel schwerer auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt

umzusetzen, als vor rund 10 Jahren. Entsprechend seien keine sachlichen Gründe ersichtlich, nunmehr plötzlich keinen leidensbedingten Abzug mehr zu gewähren. Unter Berücksichtigung der gesamten Umstände wäre vorliegend auf jeden Fall ein 15%iger Abzug angemessen.

6. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 11. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) zu Recht eine halbe IV-Rente zugesprochen hat. Es ist daher zunächst zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten rechtskräftigen Verfügung vom 7. Januar 2009 in anspruchsrelevanter Weise verändert hat.

6.1 Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 7. Januar 2009 (IV-Nr. 54) stellte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 13. Oktober 2008 (IV-Nrn. 51.1 ■ 51.3) ab, welches auch das Versicherungsgericht mit Urteil VSBES.2009.24 vom 21. Juli 2009 (IV-Nr. 63) als beweismässig qualifizierte. Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ vom 13. Oktober 2008 wurden die folgenden Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (IV-Nr. 51.1 S. 19):

1. Panvertebrales Schmerzsyndrom mit / bei

–Vollbild eines Haltungsverfalls mit verkürzter Pectoralis- und Iliopsoasmuskulatur und gleichzeitig chronisch fehlbelastendem deutlichem Übergewicht (BMI 34 kg/m²) sowie klinisch aktuell irrelevante Diskushernie L5/S1 ohne Neurokompression

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien folgende Diagnosen:

2. Anpassungsstörung mit Anspannungen, Ärger, Sorgen, leichte Depressivität und Ängstlichkeit (ICD-10 F43.23)

3. Adipositas

4. Diabetes mellitus Typ 2

5. Anamnestisch Hypercholesterinämie

6. Prurigo

7. Status nach ESWL [extrakorporale Stosswellenlithotripsie] wegen Nephrolithiasis links 2007

8. Status nach laparoskopischer Hysterektomie 2007

9. Status nach Eradikationstherapie bei einer Helicobacter pylori assoziierten Gastritis

Das panvertebrale Schmerzsyndrom mit / bei Vollbild eines Haltungsverfalls mit verkürzter Pectoralis- und Iliopsoasmuskulatur und gleichzeitig chronisch fehlbelastendem deutlichem Übergewicht (BMI 34 kg/m²) sowie klinisch aktuell irrelevanter Diskushernie L5/S1 ohne Neurokompression begründe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem schwere Lasten nicht mehr bewegt werden könnten und ausschliessliches Sitzen oder Stehen bei der Arbeit auf eine Dauer von 60 Minuten limitiert werden sollten. Unter Einhaltung der orthopädisch begründeten qualitativen Einschränkung sei die bisherige Tätigkeit als Lageristin zu 8,5 Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Dokumentiert sei im März 2003 ein subakutes Lumbovertebralsyndrom bei ausgeprägter Schwäche der Rumpfmuskulatur ohne pathologische radiologische

Befunde. Ab Juli 2003 werde eine sukzessive steigende Wiederaufnahme der Arbeit als zumutbar erachtet. Ab August 2003 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Ab dem 2. Februar 2004 eine volle Arbeitsfähigkeit für wenig rückenbelastende Tätigkeit. Ab 9. Mai 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis heute wegen des lumbospondylogenen Syndroms. Daraufhin seien eine weiter zunehmende Haltungsinsuffizienz und weitere Verstärkung der Adipositas sowie eine depressive Stimmungslage dokumentiert. Die durchgehende Arbeitsunfähigkeit sei jedoch nicht nachvollziehbar und sei auch bei fehlenden objektiven Befunden bereits mehrfach angezweifelt worden. Der mehrjährige Verlauf habe zu einem Teufelskreis mit Inaktivität und zunehmender Adipositas, zunehmender Dekonditionierung und Haltungsverfall geführt. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Akten sei nicht plausibel, warum nicht bereits im Verlauf des Jahres 2005 eine steigende Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten habe erreicht werden können. Nach der Rehabilitation (Austritt 9. Dezember 2005) sei eine Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten attestiert worden. Die Beschwerdeführerin sei ihrem Arbeitsumfeld aufgrund ihrer psychischen Störung zumutbar. Es seien keine Rehabilitationsmassnahmen möglich bzw. vorgesehen (S. 22). Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne durch die Einhaltung der orthopädisch begründeten qualitativen Einschränkungen verbessert werden. Es bestehe dabei eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten zumutbar. Geeignet seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wobei das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit 15 kg limitiert sei. Besonders geeignet seien wechselbelastende Tätigkeiten. Phasen, in denen die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz ausschliesslich sitzen oder stehen müsse, sollten eine Dauer von 60 Minuten nicht überschreiten. Solche angepassten Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin zu 8,5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (S. 23). Psychiatrischerseits werde eine ein- bis zweimonatige stationäre, psychosomatische Rehabilitation vorgeschlagen. Unter dieser therapeutischen Massnahme wäre sowohl mit einer Verbesserung der psychischen Beschwerden als auch der körperlichen Leistungsfähigkeit und dadurch einer Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 24).

6.2 Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung vom 11. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.2.2 Im Operationsbericht vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 71 S. 22 f.) hielt Prof. Dr. med. Q.____ aufgrund des am 30. November 2015 erfolgten operativen Eingriffs im Sinne eine Neuanlage der Roux-Y Fusspunktanastomose mit Dünndarmsegmentresektion und Narbenhernien-Netzplastik (IPOM) folgende Diagnosen fest: 1. Narbige Fusspunktobstruktion nach Roux-Y Magenbypass, 2. Rezidiv innere Hernie, 3. Mediane Narbenhernie periumbilikal. Operationsindikation: Bei der Beschwerdeführerin bestehe die Klinik der mechanischen Dünndarmobstruktion mit typischen Dünndarmkrämpfen 10 ■ 30 Minuten nach Einnahme der Nahrung. In der radiologischen Abklärung gestauter alimentärer wie auch gestauter biliopankreatischer Schenkel und deshalb dringender Verdacht auf Obstruktion im Bereich des Fusspunkts. Dazu geselle sich eine an Grösse zunehmende Narbenhernie peri- und supraumbilikal.

6.2.3 Im Bericht vom 12. Januar 2016 (IV-Nr. 76 S. 29) hielt Prof. Dr. med. Q.____ folgende Diagnosen fest:

Die Beschwerdeführerin sei noch nicht beschwerdefrei, die präoperative postprandiale Symptomatik sei allerdings verschwunden. Die Beschwerdeführerin klage immer noch über

Beschwerden im linksseitigen Hemiabdomen. Aufgrund der klinischen Untersuchung handle es sich am ehesten um Schmerzen im Bereich des implantierten Netzes. Eine Erklärung für die neu aufgetretenen Beschwerden vor der Defäkation fehle allerdings. Es sei der Beschwerdeführerin vorgeschlagen worden, vorderhand konservativ zu bleiben.

6.2.4 Im Operationsbericht vom 26. Januar 2016 (IV-Nr. 71 S. 24 f.) hielt Prof. Dr. med. Q.____ folgende Diagnosen fest: «Chronische Jejunitis unklarer Ätiologie». Es seien am 22. Januar 2016 eine mediane Laparotomie und offene Neuanlage des Magenbypasses sowie eine Dünndarmresektion erfolgt. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine Patientin mit einem Status nach Magenbypass und Status nach mehrmaliger Neuanlage der Fusspunktanastomose, welche sich mit starken Schmerzen im Bereich des Hemiabdomens links vorstelle. Die durchgeführte CT-Untersuchung habe den Verdacht auf eine innere Hernie gehegt, weshalb die Indikation zur Laparotomie gestellt worden sei.

6.2.5 Dr. med. U.____, Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, hielt im Bericht vom 17. Februar 2016 (IV-Nr. 71 S. 8 f.) folgende Diagnosen fest:

Vorschläge

Beurteilung: Das Ruhe-EKG sei normal. In der Echokardiographie erhaltene linksventrikuläre Funktion ohne Wandbewegungsabnormalitäten, Perikarderguss, Klappenvitien oder Aortenerweiterung. Karotis-Atheromatose einer 50 (Vorwert: 56) Jährigen. Im Arbeitsversuch zu 47 % (Vorwert: 61 %) der Soll-Arbeitskapazität belastbar mit subjektiv normaler und objektiv normaler Ergometrie, Abbruch wegen Ermüdung und Schmerzen im Abdomen. Somit bestehe kein Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz sowie eine regredierte Karotis-Atheromatose sowie eine gute Blutzuckereinstellung. Im Vordergrund stünden die Abdominalbeschwerden sowie die tiefen Blutdruckwerte. Hier könnten Kochsalzzulagen und Gutron hilfreich sein. Es sei zu hoffen, dass die massiven Abdominalbeschwerden bald gelindert werden könnten. Eine Statinindikation bestehe zurzeit nicht.

6.2.6 Im Bericht vom 1. März 2016 (IV-Nr. 71 S. 5 f.) hielt Prof. Dr. med. V.____, Leitender Arzt der Endokrinologie, aufgrund der Sprechstunde vom 22. Februar 2016 folgende Diagnosen fest:

Beurteilung: Die Beschwerdeführerin stelle sich nach zweimaliger Revision und Neuanlage des Magenbypasses zur Verlaufskontrolle vor. Nach initialer Besserung im Anschluss an die erste Operation sei es erneut zu Beschwerden gekommen. Ein erneuter operativer Eingriff habe keine signifikante Beschwerdeverbesserung gebracht. Die Beschwerdeführerin klagte weiterhin über abdominale Schmerzen und Übelkeit mit Erbrechen. Hausärztlicherseits sei begonnen worden, die Medikation mit Targin zu reduzieren. Hierdurch sistiere das Erbrechen. Übel sei der Beschwerdeführerin aber weiterhin. Sie könne seit der Reduktion von Targin allerdings mehr essen. Stuhlgang habe sie 3 ■ 4 x / Tag, dieser sei breiig. Die versuchte Einnahme von Creon sei nicht toleriert worden. Hier würde es die Beschwerdeführerin würgen und schütteln. Insgesamt fühle sie sich sehr müde und kraftlos. Im abgenommenen Labor zeige sich erfreulicherweise kein Hinweis auf eine Malabsorption oder einen Vitamin- oder Mineralstoffmangel.

7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 11. Juli 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 16. November 2017 (vgl. II. E. 5.2.22 hiervor) abgestellt hat, ist zunächst zu prüfen, ob diesem Beweiswert

zukommt. Die Beschwerdeführerin bringt in diesem Zusammenhang vor, das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ basiere auf einer unvollständigen Aktenlage. So datiere der letzte zur Verfügung gestandene Bericht vom 26. Oktober 2016. Die ambulanten Untersuchungen seien am 18. September 2017 erfolgt. Es sei unerklärlich und nicht nachvollziehbar, weshalb vor den Begutachtungen keine aktuellen Beurteilungen eingeholt worden seien (A.S. 17 f.). Die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen sind nicht von der Hand zu weisen. So beruht das H.____-Gutachten nicht auf sämtlichen medizinischen Vorakten. Die im Jahr 2017 verfassten medizinischen Akten wurden im Gutachten nicht aufgelistet und offensichtlich auch nicht berücksichtigt, obwohl das Gutachten erst am 16. November 2017 erstattet wurde. Dadurch wurde unter anderem auch der erneute operative Eingriff vom 17. Februar 2017 nicht in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen. Dies, obschon die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. AA.____ explizit auf den operativen Eingriff vom Februar 2017 hingewiesen hat. Dieser hielt indes einzig fest: «Akten fehlen» (vgl. IV-Nr. 91 S. 22 oben). Zudem litt die Beschwerdeführerin, wie aus den Vorakten ersichtlich, auch nach dieser Operation weiterhin unter Beschwerden und befand sich vom 31. März bis 5. April 2017 in stationärer Behandlung (IV-Nr. 85 S. 10 f.). Sodann führte die Hausärztin am 8. Juni 2017 aus, die Beschwerdeführerin leide unter anhaltenden Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen (IV-Nr. 85, S. 1). Bereits aus diesen Gründen erscheint eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gestützt auf das H.____-Gutachten nicht möglich. Sodann bestehen im H.____-Gutachten noch weitere Unzulänglichkeiten. So wurden im chirurgischen Teilgutachten u.a. der «Status nach Adipositas permagna mit BMI 41 (aktuell 28)» und die «Diabetes mellitus, Insulinpflichtig» diagnostiziert. Bei diesen Diagnosen handelt es sich indes nicht um chirurgische Diagnosen, so dass der Zusammenhang mit dem medizinischen Fachgebiet der Chirurgie nicht nachvollziehbar ist. Ungereimtheiten bestehen des Weiteren in Bezug auf den Diabetes mellitus. So hielt Dr. med. AA.____ fest, der Diabetes sei «bis Februar 2014 insulinpflichtig» gewesen (IV-Nr. 91 S. 25), während Dr. med. AD.____ in seinem chirurgischen Teilgutachten ausführte, der Diabetes mellitus sei «insulinpflichtig» (IV-Nr. 91 S. 39). Auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. AB.____ erwähnte in ihrem Teilgutachten, der Diabetes sei «insulinpflichtig», dieser sei bei der Beschwerdeführerin aufgetreten, als sie noch 58 kg gewogen habe (IV-Nr. 91 S. 45 oben). Aufgrund dieser unterschiedlichen Angaben vermag die im Konsens der Gutachter ausgewiesene Diagnose «Diabetes mellitus Typ 2, ED 1998, Insulinpflichtig 2001- Februar 2014» nur bedingt zu überzeugen. Die gutachterliche Beurteilung ist somit im Resultat nicht nachvollziehbar.

E. 6

Prurigo

E. 7

Status nach ESWL [extrakorporale Stosswellenlithotripsie] wegen Nephrolithiasis links 2007

E. 8

8.1 Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts ein polydisziplinäres Gutachten bei der J.____ in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Orthopädie und Psychiatrie veranlasst. Im Gutachtensbericht vom 24. April 2019 (A.S. 61 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, vergleiche man die aktuellen orthopädischen Befunde mit denjenigen, wie sie anlässlich der Begutachtung im H.____ Mitte November 2017 hätten erhoben werden können, so zeige sich, dass hier, abgesehen von der Situation am rechten Schultergelenk, vergleichbare Befunde vorlägen. Spätestens seit März 2016 liege aus rein psychischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Aus viszeralchirurgischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit der Roux-Y-Magenbypass Operation im Oktober 2014. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe ab der Whipple-Operation im 08/2018 bzw. spätestens ab Zeitpunkt des jetzigen Gutachtens eine volle Arbeitsunfähigkeit. Polydisziplinär könne gesagt werden, dass ab Oktober 2014 aufgrund der gesundheitlichen Verschlechterung in jeglichen Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe.

8.2 Das Gutachten der J.____ vom 29. April 2019 (A.S. 61 ff.) wird den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweismässige gutachterliche Beurteilung nicht gerecht. Das gastroenterologische Teil-Gutachten (Gutachten S. 11 ff.) beinhaltet kaum eine Begründung für die Schlussfolgerungen des Gutachters, obwohl der Gutachter im Resultat zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gelangt. Zudem findet darin keine Auseinandersetzung mit den Vorakten statt, obwohl noch im H.____-Gutachten aus somatischer Sicht von keiner Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde. Der Gutachter der J.____ schreibt lediglich, seit der H.____-Begutachtung habe sich eine erhebliche Verschlechterung ergeben. Dies reicht als Begründung nicht aus. Das gastroenterologische Teilgutachten erscheint deswegen aus beweismässiger Sicht kaum brauchbar. Sodann fehlt es auch im internistischen Teilgutachten an einer nachvollziehbaren Begründung für die dort ebenfalls attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb darauf auch nicht abgestellt werden kann. Des Weiteren ist das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls nur marginal begründet (Gutachten S. 30 ff.). Gestützt auf die darin gemachten Angaben ist es zudem nicht möglich, eine Indikatorenprüfung nach BGE 143 V 418 vorzunehmen. Der psychiatrische Gutachter hat sich mit den Indikatoren denn auch nicht auseinandergesetzt. Eine Auseinandersetzung mit den psychiatrischen Vorakten findet ebenfalls kaum statt, obwohl der behandelnde Arzt Dr. med. O.____ entgegen dem psychiatrischen Gutachter, welcher von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgeht, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (IV-Nr. 77). Der J.____-Gutachter schliesst sich einfach der Beurteilung aus dem H.____-Gutachten an, worin aus psychiatrischer Sicht auch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde. Das psychiatrische Teilgutachten ist damit im Resultat kaum beweismässig. Die interdisziplinäre Beurteilung (Gutachten S. 5 ff.) folgt schliesslich in der geringen Begründungsdichte den überwiegend mangelhaften Teilgutachten und kann gestützt auf die Teilgutachten nicht als Entscheidungsgrundlage dienen. Im Übrigen kann die umfassende Mangelhaftigkeit des Gutachtens ■ entgegen der von der Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 19. November 2019 geäusserten Ansicht ■ auch nicht mit gezielten Rückfragen an die Gutachter behoben werden. So sind die Mängel im Gutachten der J.____ schlicht zu gravierend, als dass durch «Nachbesserung» der Gutachter daraus eine verlässliche Entscheidungsgrundlage entstehen könnte.

9. Aus den vorgenannten Gründen und aufgrund der bereits erwähnten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei der P.____ in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Viszeralchirurgie ein polydisziplinäres gerichtliches Obergutachten veranlasst.

9.1 Im Gutachten der P.____ vom 13. Juli 2020 (A.S. 208 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt (A.S. 251):

9.2 Das Gutachten der P.____ vom 13. Juli 2020 (A.S. 208 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

9.2.1 Im orthopädischen Teilgutachten stützt sich die Beurteilung auf eine umfangreiche Befunderhebung (S. 64 ff. des Gutachtens). Zudem wird im Teilgutachten durch eingehende Begründung überzeugend dargelegt, dass die gezeigten Funktionseinschränkungen aus orthopädischer Sicht nicht im gezeigten Ausmass objektiviert werden könnten und die Beschwerdeführerin in der Lage sei, in einer leidensadaptierten Tätigkeit ein ganztägiges Pensum mit einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu absolvieren: Nach Angaben der Versicherten leide sie seit ca. 1998 unter Wirbelsäulenbeschwerden. Ohne äusseren Anlass hätten sich die Beschwerden 2003 gezeigt. Die objektiven Untersuchungen hätten ein lumbospondylogenes Syndrom mit einer ausgeprägten Fehlhaltung und Haltungsinsuffizienz mit einer zunehmenden Chronifizierung gezeigt. Dieses Beschwerdebild durchziehe den gesamten Krankheitsverlauf auf orthopädischem Gebiet. Bis zum jetzigen Zeitpunkt würden teilweise erhebliche Beschwerden geäussert, wie zu Beginn der Behandlungskonsequenzen. Objektiv könne eine deutliche Fehlhaltung der Wirbelsäule festgehalten werden bei einem kranial verstärkten Rundrücken. Eine erhebliche muskuläre Dysbalance sei festzustellen. Die Beschwerdeführerin zeige eine Dekonditionierung und es komme zu pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Arme und Beine. Das früher erhebliche Übergewicht habe die Versicherte zwischendurch abbauen können, so dass dieses nicht mehr zu einer zusätzlichen Schmerzverstärkung beitrage. Radiologisch zeigten die im Februar 2020 angefertigten Kontrollaufnahmen der HWS, der LWS und des Kniegelenkes einen konstant gebliebenen Befund bei nur leichten degenerativen Veränderungen, die die angegebenen erheblichen Beschwerden und gezeigten Funktionseinschränkungen nicht belegen könnten. Im gleichen Zeitraum, als sich die orthopädischen Beschwerden entwickelt hätten, seien auch erhebliche ausserorthopädische Beschwerden auf internistischem Fachgebiet aufgetreten. Zudem sei eine mentale und psychische Problematik angegeben worden, die die Beschwerden auf rheumatologischem / orthopädischem Gebiet weitgehend überlagert habe. Die Versicherte habe eine erhebliche Therapieresistenz trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlungsmassnahmen sowie einer Schmerztherapie und Injektionsbehandlung gezeigt. Selbst eine stationäre Behandlung habe zu keiner Linderung ihrer Beschwerden auf orthopädischem Gebiet geführt. Der angegebene Schmerzpegel habe nicht wesentlich gesenkt werden können. Er sei trotz der intensiven Behandlungskonsequenzen unter Belastung, aber auch in Ruhe in gleicher Höhe verblieben. Die Versicherte zeige genügend Ressourcen anhand des orthopädischen Befundes für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Aus diesem Grund könne aufgrund des orthopädischen Befundes in einer angepassten Verweistätigkeit keine Minderung der Arbeits- und Leitungsfähigkeit bei ganztägigem Pensum begründet werden. Insgesamt zeige der bisherige Verlauf keine wesentliche Veränderung zu 2009. Es würden fast die gleichen Beschwerden angegeben. Die radiologischen Untersuchungen seit 2003 zeigten im Vergleich zu der letzten radiologischen Untersuchung keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. Die

gleichen radiologischen Befunde unterschieden sich in der Interpretation, trotzdem habe dies keine wesentliche Auswirkung auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gehabt. Lediglich das Gutachten von 2019 zeige eine ganz leichte Verschlechterung mit einer um 20%igen verminderten Leistungsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Lageristin sei von Anfang an der Versicherten nicht mehr zumutbar angesehen worden. Anhand des jetzigen orthopädischen Befundes könnten ebenfalls keine wesentlichen Veränderungen beschrieben werden. Auch die im März beschriebene Schulterproblematik sei anhand der jetzigen Untersuchung nicht mehr nachweisbar. Sie sei in der Lage, den rechten Arm normal einzusetzen. Eine Impingement-Symptomatik könne momentan nicht objektiviert werden. Es falle auch die erhebliche Passivität und geringe Therapieaktivität auf, sowohl was die Physiotherapie aber auch den Schmerzmitteleinsatz betreffe. Jedoch wäre eine konsequente physiotherapeutische Behandlung sinnvoll zur Verbesserung des muskulären Korsetts und damit einer besseren Belastbarkeit. Anhand des orthopädischen Befundes bestünden aber genügend Ressourcen, bei konsequenter Mitarbeit der Versicherten eine wesentlich bessere Stabilität der Rumpfmuskulatur, aber auch der Beinmuskulatur und des Schultergürtels zu erreichen, die weiterhin eine Verweistätigkeit ohne Einschränkung erlauben dürfte. Zusammenfassend könne zwar ein chronisches vertebrales Schmerzsyndrom angenommen werden, jedoch nicht in der von der Versicherten angegebenen hohen Ausprägung. Sodann weist der orthopädische Gutachter auf weitere Diskrepanzen in dem von der Beschwerdeführerin gezeigten Verhalten hin: Bei entspannter Lage und manueller Untersuchung zeige sich ein deutlich besseres Gelenkspiel, das Hinweise gebe auf ein wesentlich besseres Funktionsausmass, als die Versicherte demonstriere. Die Versicherte zeige auf orthopädischem Gebiet ein mässiggradiges chronisches vertebrales Schmerzsyndrom bei altersentsprechend geringen degenerativen Veränderungen, eine deutliche Fehllage der Wirbelsäule mit deutlichem Rundrücken und erheblicher Muskeldysbalance, eine beginnende Chondropathie des rechten Kniegelenkes ohne Funktionseinschränkung, ein leichtes, gut kompensierbares Schulter-Arm-Syndrom und einen beginnenden Knick- Spreizfuss mit einem beginnenden Digitus quintus varus superductus rechts stärker links. Zustand nach Vorderarmfraktur links 2009. Bereits im Gutachten der F. ___ von 2008 sei festgehalten worden, dass die Versicherte in der zuletzt ausgeübten körperlich schweren Tätigkeit als Lagermitarbeiterin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dies könne auch anhand der jetzigen orthopädischen Begutachtung bestätigt werden. Die Versicherte sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten und Gewichten bis zu 15 kg in rückenschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen in temperierten Räumen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwerere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, ausserhalb des Körperlotes, Vibration, Erschütterungen sowie ruckartige Bewegungen, ständiges Heben des rechten Armes über Schulterhöhe, vorwiegend kniende Tätigkeiten speziell auf dem rechten Kniegelenk. Sie sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Wie bereits im Fähigkeitsprofil beschrieben, seien die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeiten der Versicherten nicht mehr zumutbar. Sie sollte die Möglichkeit haben, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu bewegen, deswegen sei eine wechselnde Tätigkeit zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu empfehlen. Sie sei in der Lage, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten auch ganztägig weiter auszuüben. Zum H. ___-Gutachten vom 16. November 2017 ergebe sich anhand der jetzigen Befunde keine wesentliche Veränderung. Es bestehe auf orthopädischem Gebiet eine Übereinstimmung.

10.2.1 Da es der Beschwerdeführerin möglich ist, eine Tätigkeit zu 80 % auszuüben, sie aber bislang keine Tätigkeit im zumutbaren Ausmass aufgenommen hat, muss das Invalideneinkommen aufgrund der Tabellenlöhne gemäss der vom Bundesamt für Statistik periodisch herausgegebenen Lohnstrukturerhebungen (LSE) festgesetzt werden. Gemäss der unbestrittenermassen anwendbaren LSE 2014, TA1_tirage_skill Level, Medianlohn für Frauen im Total Niveau 1, ist von einem ordentlichen Bruttolohn von CHF 4'300.00 auszugehen. Dieser Betrag ist entsprechend aufzurechnen (x 12; Aufrechnung Wochenstunden :40 x 41.7; Aufrechnung Nominallohnindex Frauen :103.6 x 104.1). Damit ergibt sich unter Einbezug einer 80%igen Arbeitsfähigkeit ■ und vorbehaltlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. 10.2.2 hiernach) ein Invalideneinkommen von CHF 43■242.10.

10.2.2 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin überhaupt keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich aus den genannten Gründen ein Abzug vom Tabellenlohn rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht demnach mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen.

Im vorliegenden Fall gebietet das Alter der Beschwerdeführerin von 54 Jahren zur keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Ebenso nicht gerechtfertigt ist ein Abzug unter dem Titel «Teilzeit», da die Beschwerdeführerin ihre Arbeitsfähigkeit von 80 % gemäss gutachterlicher Beurteilung ganztägig ausüben kann. Schliesslich ist auf die Frage einzugehen, ob aufgrund der bei der Beschwerdeführerin bestehenden Einschränkungen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist. Im Gutachten der P.____ wurde folgendes Zumutbarkeitsprofil erstellt: Das Rendement sei infolge eines vermehrten Pausenbedarfs (häufigere Toilettengänge, Ruhepausen wegen der schmerzhaften Beschwerden) um 20 % eingeschränkt. Auch in einer adaptierten Verweistätigkeit bestünden aufgrund der Abdominalbeschwerden leichte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit um 20 %. Zumutbar seien wechselbelastende Tätigkeiten mit Belastungen bis 15 kg. Die notwendigen häufigeren Toilettengänge und die

Ruhepausen wegen der schmerzhaften Beschwerden wurden somit bereits mit der gutachterlich attestierten Einschränkung der Leistungsfähigkeit von 20 % berücksichtigt, weshalb diese Umstände bei einem leidensbedingten Abzug nicht noch einmal berücksichtigt werden können. Demnach wäre nur noch der im Zumutbarkeitsprofil genannten Einschränkung «wechselbelastende Tätigkeiten mit Belastungen bis 15 kg» Rechnung zu tragen. Da der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbaren Kompetenzniveau 1 bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten beinhaltet, ist alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt (Urteil des Bundesgerichts vom 24. August 2012, 8C_870/2011 E 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil ist denn auch nur leicht eingeschränkt, weshalb aus diesem Grund kein leidensbedingter Abzug vorzunehmen ist.

Demnach bleibt es bei den oben errechneten Valideneinkommen von CHF 59'416.30 und Invalideneinkommen von CHF 43'242.10 woraus ein Invaliditätsgrad von abgerundet 27 % resultiert. Somit besteht kein Rentenanspruch, weshalb die Beschwerde abzuweisen ist.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

11.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens sowie der ergänzenden Stellungnahme der P.____ vom 13. Juli 2020 und 16. Juli 2021 von gesamthaft CHF 18'286.90 zu tragen. Des Weiteren wurde vorgängig ein polydisziplinäres Gutachten bei der J.____ veranlasst, welches jedoch, wie unter E. II 8 hiavor ausgeführt, aufgrund fehlenden Beweiswerts nicht verwertbar ist. Die diesbezüglichen Gutachtenskosten von CHF 13'468.80 sind deshalb vom Kanton Solothurn zu tragen.

Demnach wird erkannt:

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

5. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat die Kosten des Gerichtsgutachtens sowie der ergänzenden Stellungnahme der P.____ von total CHF 18'286.90 zu bezahlen.

6. Die Kosten des Gerichtsgutachtens der J.____ von CHF 13'468.80 werden vom Kanton Solothurn übernommen.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art.

92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 8C_811/2021 vom 27. April 2022 bestätigt.

E. 9

Status nach Eradikationstherapie bei einer Helicobacter pylori assoziierten Gastritis Das panvertebrale Schmerzsyndrom mit / bei Vollbild eines Haltungsverfalls mit verkürzter Pectoralis- und Iliopsoasmuskulatur und gleichzeitig chronisch fehlbelastendem deutlichem Übergewicht (BMI 34 kg/m²) sowie klinisch aktuell irrelevanter Diskushernie L5/S1 ohne Neurokompression begründe eine qualitative Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, indem schwere Lasten nicht mehr bewegt werden könnten und ausschliessliches Sitzen oder Stehen bei der Arbeit auf eine Dauer von 60 Minuten limitiert werden sollten. Unter Einhaltung der orthopädisch begründeten qualitativen Einschränkung sei die bisherige Tätigkeit als Lageristin zu 8,5 Stunden pro Tag zumutbar. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Dokumentiert sei im März 2003 ein subakutes Lumbovertebralsyndrom bei ausgeprägter Schwäche der Rumpfmuskulatur ohne pathologische radiologische Befunde. Ab Juli 2003 werde eine sukzessive steigende Wiederaufnahme der Arbeit als zumutbar erachtet. Ab August 2003 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Ab dem 2. Februar 2004 eine volle Arbeitsfähigkeit für wenig rückenbelastende Tätigkeit. Ab 9. Mai 2005 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bis heute wegen des lumbospondylogenen Syndroms. Daraufhin seien eine weiter zunehmende Haltungsinsuffizienz und weitere Verstärkung der Adipositas sowie eine depressive Stimmungslage dokumentiert. Die durchgehende Arbeitsunfähigkeit sei jedoch nicht nachvollziehbar und sei auch bei fehlenden objektiven Befunden bereits mehrfach angezweifelt worden. Der mehrjährige Verlauf habe zu einem Teufelskreis mit Inaktivität und zunehmender Adipositas, zunehmender Dekonditionierung und Haltungsverfall geführt. Für adaptierte Tätigkeiten bestehe eine volle Arbeitsfähigkeit. Aufgrund der Akten sei nicht plausibel, warum nicht bereits im Verlauf des Jahres 2005 eine steigende Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten habe erreicht werden können. Nach der Rehabilitation (Austritt 9. Dezember 2005) sei eine Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten attestiert worden. Die Beschwerdeführerin sei ihrem Arbeitsumfeld aufgrund ihrer psychischen Störung zumutbar. Es seien keine Rehabilitationsmassnahmen möglich bzw. vorgesehen (S. 22). Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne durch die Einhaltung der orthopädisch begründeten qualitativen Einschränkungen verbessert werden. Es bestehe dabei eine volle Arbeitsfähigkeit. Der Beschwerdeführerin seien andere Tätigkeiten zumutbar. Geeignet seien leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wobei das Heben, Tragen und Bewegen von Lasten mit 15 kg limitiert sei. Besonders geeignet seien wechselbelastende Tätigkeiten. Phasen, in denen die Beschwerdeführerin am Arbeitsplatz ausschliesslich sitzen oder stehen müsse, sollten eine Dauer von 60 Minuten nicht überschreiten. Solche angepassten Tätigkeiten seien der Beschwerdeführerin zu 8,5 Stunden pro Tag zumutbar, wobei keine verminderte Leistungsfähigkeit bestehe (S. 23). Psychiatrischerseits werde eine ein- bis zweimonatige stationäre, psychosomatische Rehabilitation vorgeschlagen. Unter dieser therapeutischen Massnahme wäre sowohl mit einer Verbesserung der psychischen

Beschwerden als auch der körperlichen Leistungsfähigkeit und dadurch einer Erhaltung der vollen Arbeitsfähigkeit zu rechnen (S. 24). 6.2 Im Zeitpunkt der aktuellen Verfügung vom 11. Juli 2018 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt wie folgt:

6.2.1 Im Bericht vom 29. Oktober 2015 (IV-Nr. 76 S. 43 f.) hielt Prof. Dr. med. Q.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie, Berner Viszeralchirurgie, anlässlich der Sprechstunde vom 27. Oktober 2016 folgende Befunde fest: 1. Status nach Roux-Y Magenbypass 2014 (S.____, fecit Dr. med. T.____) mit / bei – Adipositas WHO Grad II – III, initialer BMI 35,8 kg/m² aktueller BMI 25,3 kg/m² – Status nach Resektion blind loop im Bereich der Entero-Enteroanastomie, Verschluss der Mesolücke September 2014 – aktuell: Verdacht auf mechanisches Hindernis im Bereich der Fusspunktanastomose bei dilatiertem alimentären Schenkel im CT Abdomen Oktober 2015 – umbilikale Narbenhernie 2. Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose November 2005 – aktuell ohne Therapie 3. Hypercholesterinämie 4. Chronisches Schmerzsyndrom, wahrscheinlich im Sinne eines Weichteilrheumas 5. Depression (Erstdiagnose 2005) 6. Asthma bronchiale (Erstdiagnose 2011) Die Beschwerdeführerin stelle sich heute in der Sprechstunde bei Persistenz der Schmerzen periumbilikal und im linken Hemiabdomen vor, die jeweils postprandial 10 – 30 Minuten danach auftraten und anschliessend bis 40 Minuten persistierten. Kein Erbrechen, Stuhlgang regelmässig, einmal pro Tag. Die Beschwerdeführerin verneine eine Dysphagie, bejahe jedoch, dass sie nur kleine Nahrungsmengen zu sich nehmen könne. Aktuelles Gewicht 71 kg. Klinisch finde sich in der heutigen Untersuchung eine supraumbilikale Narbenhernie mit einer Bruchpforte von circa 5 cm, gleichzeitig auch eine Druckdolenz im linken Hemiabdomen ohne Resistenz. In der Computertomografie fielen dilatierte Dünndarmschlingen im Bereiche des alimentären Schenkels auf. Somit werde vermutet, dass ein mechanisches Hindernis im Bereiche der Fusspunktanastomose (Y-Roux) vorliege bei gleichzeitiger Narbenhernie. Somit sei die nochmalige Laparoskopie mit Neuanlage der Y-Roux Anastomose und gleichzeitiger Narbenhernienrepair mit Netz gegeben.

6.2.2 Im Operationsbericht vom 1. Dezember 2015 (IV-Nr. 71 S. 22 f.) hielt Prof. Dr. med. Q.____ aufgrund des am 30. November 2015 erfolgten operativen Eingriffs im Sinne eine Neuanlage der Roux-Y Fusspunktanastomose mit Dünndarmsegmentresektion und Narbenhernien-Netzplastik (IPOM) folgende Diagnosen fest: 1. Narbige Fusspunktobstruktion nach Roux-Y Magenbypass, 2. Rezidiv innere Hernie, 3. Mediane Narbenhernie periumbilikal. Operationsindikation: Bei der Beschwerdeführerin bestehe die Klinik der mechanischen Dünndarmobstruktion mit typischen Dünndarmkrämpfen 10 – 30 Minuten nach Einnahme der Nahrung. In der radiologischen Abklärung gestauter alimentärer wie auch gestauter biliopankreatischer Schenkel und deshalb dringender Verdacht auf Obstruktion im Bereich des Fusspunkts. Dazu geselle sich eine an Grösse zunehmende Narbenhernie peri- und supraumbilikal.

6.2.3 Im Bericht vom 12. Januar 2016 (IV-Nr. 76 S. 29) hielt Prof. Dr. med. Q.____ folgende Diagnosen fest: 1. Status nach Roux-Y Magenbypass 2014 (S.____) mit / bei – Adipositas WHO Grad II – III, initialer BMI 35,8 kg/m² – Status nach Neuanlage der Roux-Y Fusspunktanastomose mit Dünndarmresektion am 30. November 2015 2. Status nach Narbenherniennetzplastik (IPOM) am 30. November 2015 3. Diabetes mellitus Typ II, seit November 2005 4. Hypercholesterinämie 5. Chronisches Schmerzsyndrom, wahrscheinlich im Sinne eines Weichteilrheumas 6. Depression (Erstdiagnose 2005) 7. Asthma bronchiale (Erstdiagnose 2011) Die Beschwerdeführerin sei noch nicht beschwerdefrei, die präoperative postprandiale Symptomatik sei allerdings verschwunden. Die Beschwerdeführerin klage immer noch über Beschwerden im linksseitigen Hemiabdomen. Aufgrund der klinischen

Untersuchung handle es sich am ehesten um Schmerzen im Bereich des implantierten Netzes. Eine Erklärung für die neu aufgetretenen Beschwerden vor der Defäkation fehle allerdings. Es sei der Beschwerdeführerin vorgeschlagen worden, vorderhand konservativ zu bleiben.

6.2.4 Im Operationsbericht vom 26. Januar 2016 (IV-Nr. 71 S. 24 f.) hielt Prof. Dr. med. Q.____ folgende Diagnosen fest: «Chronische Jejunitis unklarer Ätiologie». Es seien am 22. Januar 2016 eine mediane Laparotomie und offene Neuanlage des Magenbypasses sowie eine Dünndarmresektion erfolgt. Bei der Beschwerdeführerin handle es sich um eine Patientin mit einem Status nach Magenbypass und Status nach mehrmaliger Neuanlage der Fusspunktanastomose, welche sich mit starken Schmerzen im Bereich des Hemiabdomens links vorstelle. Die durchgeführte CT-Untersuchung habe den Verdacht auf eine innere Hernie gehegt, weshalb die Indikation zur Laparotomie gestellt worden sei.

6.2.5 Dr. med. U.____, Innere Medizin FMH, speziell Kardiologie, hielt im Bericht vom 17. Februar 2016 (IV-Nr. 71 S. 8 f.) folgende Diagnosen fest: 1. Extrakardiale Brustbeschwerden – Januar 2014: 72 %, objektiv normale Ergometrie – Februar 2016: LVEF 74 %, objektiv normale Ergometrie und Belastungs-Echokardiographie 2. Diabetes mellitus Typ 2 3. Mässige Karotis-Atheromatose 4. Arterielle Hypotonie 5. Adipositas (127 kg -> 72 kg), persistierende Abdominalbeschwerden Vorschläge 1. Medikamente: Nexium 40 mg 1-0-0, Trajenta 5 mg 1-0-0, Targin und Novalgin 2. Allgemeine Massnahmen: regelmässige körperliche Aktivität, gesunde Ernährung 3. Verlaufskontrolle: Januar 2015 [recte: 2017] Beurteilung: Das Ruhe-EKG sei normal. In der Echokardiographie erhaltene linksventrikuläre Funktion ohne Wandbewegungsabnormitäten, Perikarderguss, Klappenvitien oder Aortenerweiterung. Karotis-Atheromatose einer 50 (Vorwert: 56) Jährigen. Im Arbeitsversuch zu 47 % (Vorwert: 61 %) der Soll-Arbeitskapazität belastbar mit subjektiv normaler und objektiv normaler Ergometrie, Abbruch wegen Ermüdung und Schmerzen im Abdomen. Somit bestehe kein Hinweis auf eine Koronarinsuffizienz sowie eine regredierte Karotis-Atheromatose sowie eine gute Blutzuckereinstellung. Im Vordergrund stünden die Abdominalbeschwerden sowie die tiefen Blutdruckwerte. Hier könnten Kochsalzzugaben und Gutron hilfreich sein. Es sei zu hoffen, dass die massiven Abdominalbeschwerden bald gelindert werden könnten. Eine Statinindikation bestehe zurzeit nicht.

6.2.6 Im Bericht vom 1. März 2016 (IV-Nr. 71 S. 5 f.) hielt Prof. Dr. med. V.____, Leitender Arzt der Endokrinologie, aufgrund der Sprechstunde vom 22. Februar 2016 folgende Diagnosen fest: 1. Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose November 2005) – diabetische Retinopathie – diabetische Nephropathie im Stadium der Mikroalbuminurie – diabetische periphere Neuropathie – Metformin-Unverträglichkeit (Juckreiz) – Aktuell: HbA1c 6,0 % 2. Normalgewicht nach WHO – Status nach Roux-Y-Magenbypass am 11. Februar 2014 (KSO) – Status nach Revision einer narbigen Fusspunktobstruktion mit Neuanlage und Dünndarmsegmentresektion (November 2015) – Status nach Neuanlage des Magenbypasses und erneuter Dünndarmteilresektion (22. Januar 2016) – präoperativ: Gewicht 114,8 kg, BMI 38,4 kg/m² – aktuell: – Gewicht 73,8 kg; BMI 24,7 kg/m² – persistierende abdominale Schmerzen und Übelkeit mit – Verdacht auf exokrine und endokrine Pankreasinsuffizienz – Vitamin B12-Mangel 3. Hypercholesterinämie – LDL-Cholesterin 4,4 mmol/l 4. Chronisches Schmerzsyndrom – wahrscheinlich im Sinne eines Weichteilrheumatismus 5. Depression (Erstdiagnose 2005) 6. Asthma bronchiale (Erstdiagnose 2011) Beurteilung: Die Beschwerdeführerin stelle sich nach zweimaliger Revision und Neuanlage des Magenbypasses zur Verlaufskontrolle vor. Nach initialer Besserung im Anschluss an die erste Operation sei es erneut zu Beschwerden gekommen.

Ein erneuter operativer Eingriff habe keine signifikante Beschwerdebesserung gebracht. Die Beschwerdeführerin klagte weiterhin über abdominale Schmerzen und Übelkeit mit Erbrechen. Hausärztlicherseits sei begonnen worden, die Medikation mit Targin zu reduzieren. Hierdurch sistierte das Erbrechen. Übel sei der Beschwerdeführerin aber weiterhin. Sie könne seit der Reduktion von Targin allerdings mehr essen. Stuhlgang habe sie 3 – 4 x / Tag, dieser sei breiig. Die versuchte Einnahme von Creon sei nicht toleriert worden. Hier würde es die Beschwerdeführerin würgen und schütteln. Insgesamt fühle sie sich sehr müde und kraftlos. Im abgenommenen Labor zeige sich erfreulicherweise kein Hinweis auf eine Malabsorption oder einen Vitamin- oder Mineralstoffmangel. 6.2.7 Anlässlich des CT des Abdomens vom 27. Juni 2016 (IV-Nr. 76 S. 8 f.) hielt Dr. med. W.____, FMH Radiologie und Kinderradiologie, Rodiag, die folgende Beurteilung fest: Kein Hinweis für eine Passagestörung bei Status nach Y-Roux-Anastomose und Magenbypass. Generalisierte mesenteriale Lymphadenopathie unklarer Ätiologie. Bekannte Steatosis hepatis. Flüssigkeitskolektion entlang der Naht im Sinne von residuellen entzündlichen Veränderungen. Kein Hinweis für einen Abszess. 6.2.8 Im Bericht vom 8. Juli 2016 (IV-Nr. 76 S. 6 f.) wies Prof. Dr. med. V.____ folgende Diagnosen aus: 1. Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose November 2005) – diabetische Retinopathie – diabetische Nephropathie im Stadium der Mikroalbuminurie – diabetische periphere Neuropathie – Metformin-Unverträglichkeit (Juckreiz) – aktuell: HbA1c 6,0 % 2. Übergewicht nach WHO – Status nach Roux-Y-Magenbypass am 11. Februar 2014 (KSO) – präoperativ: Gewicht 114,8 kg, BMI 38,4 kg/m² – aktuell: – Gewicht 75,7 kg; BMI 25,3 kg/m² – persistierende abdominale Schmerzen und Übelkeit mit – Verdacht auf exokrine und endokrine Pankreasinsuffizienz – Vitamin B12-Mangel – Verdacht auf postoperatives Dumping-Syndrom 3. Hypercholesterinämie – LDL-Cholesterin 4,4 mmol/l 4. Chronisches Schmerzsyndrom – wahrscheinlich im Sinne eines Weichteilrheumatismus 5. Depression (Erstdiagnose 2005) 6. Asthma bronchiale (Erstdiagnose 2011) Beurteilung: Die Beschwerdeführerin habe sich zur Verlaufskontrolle vorgestellt. Sie berichte, dass das Erbrechen etwas besser geworden sei. Sie müsse noch 4 – 5mal / Monat erbrechen. Weiterhin habe sie allerdings täglich Schmerzen im Bereich des Oberbauchs. Diese würden vor allem vor dem Essen auftreten. Des Weiteren beklage die Beschwerdeführerin Narbenschmerzen, vor allem kurz vor der Stuhlentleerung. Hier sei eine erneute Konsultation bei Dr. med. X.____ geplant. Die Beschwerdeführerin habe nun erstmal einen Aufenthalt in Bosnien geplant. Es sei eine Wiedervorstellung nach den Ferien besprochen worden. Gegebenenfalls wollten sie dann eine stationäre Aufnahme evaluieren und die Beschwerdeführerin auf unterschiedliche Nahrungskompositionen auf Verträglichkeit und Erbrechen austesten. Sie berichte, dass sie häufiger nach dem Essen unterzuckere. Hierfür werde ihr Glucobay 50 mg 1 x morgendlich verordnet. In der Regel reiche eine einmalige Gabe aus, gegebenenfalls müsste diese bei fortbestehenden Beschwerden noch gesteigert werden. 6.2.9 Im Arztbericht vom 12. August 2016 (IV-Nr. 76 S. 1 ff.) hielt die die Beschwerdeführerin seit dem 29. September 2015 behandelnde Dr. med. I.____, Praktische Ärztin FMH, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest: – Übergewicht nach WHO – Status nach Roux-Y-Magenbypass am 11. Februar 2014 – Status nach Revision einer narbigen Fusspunktobstruktion mit Neuanlage und Dünndarmsegmentresektion November 2015 – Status nach Neuanlage des Magenbypasses und erneuter Dünndarmteilresektion 22. Januar 2016 – Verdacht auf postoperatives Dumping-Syndrom – Diabetes mellitus Typ 2 Mit / bei – Diabetische Retinopathie – Diabetische Nephropathie – Diabetische periphere Neuropathie – Persistierende

abdominale Schmerzen und Übelkeit – Hypercholesterinämie – Vitamin B12-Mangel – Asthma bronchiale – Depression Es gebe keine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. In ihrer zuletzt ausgeübten Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin bis auf Weiteres zu 100 % arbeitsunfähig. Der Gesundheitszustand sei sich verschlechternd. Die bisherige Tätigkeit sei der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz könne nicht verbessert werden. Es seien der Beschwerdeführerin auch keine anderen Tätigkeiten zumutbar. 6.2.10 Dr. med. O.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Arztbericht vom 10. Oktober 2016 (IV-Nr. 77) folgende Diagnosen fest: – Chronisch rezidivierende agitierte ängstlich-depressive Störungen mit ausgeprägten existentiellen Todesängsten und starken Somatisierungstendenzen (seit mehreren Jahren in ambulanten psychiatrischen Behandlungen) – Status nach Magen-Bypass-Operation mit schweren postoperativen Komplikationen und Reoperationen (Februar 2014 im Spital S.____; November 2015 und Januar 2016 OP in der Y.____ Klinik, Prof. Dr. med. Q.____) und diversen persistierenden Bauchbeschwerden (weitere Bauchoperationen seien nicht ausgeschlossen) – Status nach Dünndarmresektion von circa 50 cm (30. November 2015) mit entsprechenden funktionellen Beschwerden; persistierende Bauchnarbenhernie-Beschwerden – Chronisch rezidivierende HWS-LWS-Hüft-Kniebeschwerden beidseits bei zunehmenden degenerativen Veränderungen (HWS-ISG-MRI vom 11. November 2015, HWS-MRI vom 12. April 2016; Knie-MRI rechts vom 11. November 2015, Rodiag) – Arterielle Hypotonie mit rezidivierenden Schwindelattacken – Diabetes mellitus Typ II (seit 2005), Asthma bronchiale (seit 2011), Hypercholesterinämie, Status nach Hysterectomie; Status nach Nierensteinen Es bestehe seit mindestens Frühjahr 2014 eine klare multifaktorielle 100%ige Arbeitsunfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten. Der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich in den letzten zwei Jahren eindeutig verschlechtert, auf einem klaren krankhaft-invalidisierenden Niveau. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Eine Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei durch weitere medizinische und psychiatrische Massnahmen praktisch nicht mehr zu erwarten. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt. Es seien keine ergänzenden medizinischen Abklärungen angezeigt. Es handle sich aus medizinisch-psychiatrischer Sicht um eine klare multifaktorielle, stark invalidisierende Situation (v.a. die schwere komplexe existentielle Bauchproblematik führe zu einer starken Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit). Die Beschwerdeführerin befinde sich seit März 2016 in regelmässiger langfristiger ambulanter psychiatrischer Behandlung. Die letzte Untersuchung habe am 29. September 2016 stattgefunden. Angegebene Beschwerden und erhobene Befunde: Anhaltende jammernd-depressive Grundstimmung mit ausgeprägten existentiellen Zukunftsängsten und Todesängsten, anhaltende innere Unruhe und Nervosität, allgemeine Schwäche mit multiplen stark ausgeprägten Krankheitsgefühlen, persistierende orthostatische Schwindelattacken bei tiefen Blutdruckwerten, alltägliche Bauchkrämpfe, anhaltende Zervikobrachialgien beidseits, rezidivierende Lumboischialgien, belastungsabhängige Knieschmerzen rechts, anhaltende Konzentrationsprobleme, Gedächtnisstörungen, stark verminderte Lernfähigkeit, andauernde Unfähigkeit zielgerichtete Aktivitäten durchzuhalten, Anstrengungsdyspnoe, Stress- und Frustintoleranz, stark verminderte Belastbarkeit und Ausdauervermögen, wegen Abdominalbeschwerden kaum körperliche Bewegung und Aktivitäten, Leistungsunfähigkeit, Arbeitsunfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten, häufige Überforderung mit Haushaltaufgaben u. Ä. Die Beschwerdeführerin befinde sich seit März

2016 beim Referenten in regelmässiger ambulanter psychiatrischer Behandlung (unterstützend-motivierende psychodynamische Gesprächspsychotherapie in der Muttersprache der Beschwerdeführerin, diverse kognitiv orientierte verhaltenstherapeutische Massnahmen, entsprechende multimodale Medikation). Alle bisherigen medizinischen und psychiatrischen Behandlungsversuche hätten jedoch kaum zu einer klinisch relevanten gesundheitlichen Verbesserung und einer anhaltenden Verbesserung der Arbeitsfähigkeit geführt. Die Prognose bezüglich erneuter Arbeits-Erwerbsfähigkeit müsse aus ärztlich-psychiatrischer Sicht als eindeutig ungünstig beurteilt werden. Es handle sich um eine klare und definitive stark eingeschränkte Arbeitsfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten. Vor allem die schwere komplexe Bauchproblematik (wegen der Verkürzung des Dünndarmes benötige die Beschwerdeführerin nun lebenslang wöchentliche Infusionen mit Multivitaminen und Mikroelementen, die Resorption ihrer Medikamente sei ebenfalls gestört, alltägliche Bauchkrämpfe) und die damit verbundenen schweren existentiellen Todesängste und Depressionen führten seit etwa zwei Jahren zu entsprechenden multiplen stark invalidisierenden funktionellen Einschränkungen und zu einer klaren starken Beeinträchtigung ihrer Arbeitsfähigkeit für alle Erwerbstätigkeiten. Der Beschwerdeführerin seien seit etwa zwei Jahren gar keine Erwerbstätigkeiten zumutbar. Es bestehe dabei eine klare stark beeinträchtigte Leistungsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit am bisherigen Arbeitsplatz bzw. im bisherigen Tätigkeitsbereich könne nicht verbessert werden. Die Beschwerdeführerin sei seit über zehn Jahren nicht mehr erwerbsfähig. Es seien ihr definitiv gar keine Erwerbstätigkeiten zumutbar. Sie sei häufig sogar mit ihren Hausaufgaben überfordert. Die Prognose bezüglich erneuter (Teil)Erwerbsfähigkeit müsse als absolut ungünstig beurteilt werden. Weitere fachärztliche begutachtende Untersuchungen seien nicht notwendig. Berufliche Integrationsmassnahmen seien eindeutig als sinnlos und nicht erfolgsversprechend zu betrachten. Die gesamte gesundheitliche Situation könne aus medizinisch-psychiatrischer Sicht kaum günstig beeinflusst werden.

6.2.11 Prof. Dr. med. V. ___ bestätigte im Bericht vom 17. Februar 2017 (IV-Nr. 85 S. 7 ff.) die bereits im Bericht vom 8. Juli 2016 (vgl. E. II. 6.15 hiervor) ausgewiesenen Diagnosen, wobei er folgende Änderungen festhielt: 1. Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose November 2005), aktuell: HbA1c 6,5 %; 2. Übergewicht nach WHO, aktuell: Gewicht 81,2 kg; BMI 27,1 kg/m²; suffizient substituierter Vitamin B12-Mangel; 3. Hypercholesterinämie; LDL-Cholesterin 3,8 mmol/l ohne Statin. Beurteilung und Procedere: Die Beschwerdeführerin habe sich zur Verlaufskontrolle vorgestellt. Für nächste Woche sei bei ihr eine Cholezystektomie bei symptomatischer Cholezystolithiasis geplant. Aktuell habe sie vor allem Schmerzen im rechten Oberbauch über der Gallenblase, ansonsten sei sie beschwerdefrei. Ihr Stuhl sei weiterhin breiig. Stuhlgang habe sie circa 13 x pro Tag. Glucobay habe sie geraume Zeit nicht mehr eingenommen. In den letzten sechs Wochen habe sie allerdings wieder vermehrt Probleme mit Dumping-Symptomen gehabt. Diese seien alle zwei Tage aufgetreten. Es sei mit der Beschwerdeführerin besprochen worden, dass sie Glucobay wieder regelmässig einnehmen solle. Sie nehme Ibuprofen und Aulin. Hierdurch ergäben sich doch stärkere gastrointestinale Nebenwirkungen, so dass eine Umstellung auf Novalgine und Tramadol angeregt worden sei. Vielleicht werde hierdurch das doch noch häufige Erbrechen von 3 – 4 x pro Monat gelindert. Der Diabetes sei momentan mit einem HbA1c von 6,5 % noch ohne Medikation akzeptabel eingestellt. Das LDL-Cholesterin mit 3,8 mmol/l sei allerdings hierfür zu hoch. Es werde der Beginn mit Atorvastatin 10 mg 1 x täglich empfohlen. 6.2.12 Im

Operationsbericht vom 17. Februar 2017 (IV-Nr. 85 S. 16) hielt Prof. Dr. med. Z.____, Facharzt für Chirurgie, speziell Viszeralchirurgie, Berner Viszeralchirurgie, folgende Operationsdiagnose fest: «Chronische Oberbauchschmerzen rechts; Zustand nach laparoskopischem Magenbypass». Es sei am 15. Februar 2017 eine laparoskopische Cholezystektomie durchgeführt worden. Die Beschwerdeführerin sei vom 15. bis 17. Februar 2017 in der Klinik Y.____ stationär hospitalisiert gewesen. Beim Austritt lokal reizlose Wundverhältnisse (gelte gleichzeitig als Austrittsbericht). 6.2.13 Im Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 16. November 2017 (IV-Nr. 91) hielten die Gutachter Dr. med. AA.____, Innere Medizin FMH, Dr. med. AB.____, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, Dr. med. AC.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, spez. Hüft- und Kniechirurgie, und Dr. med. AD.____, Facharzt FMH für Handchirurgie und Orthopädische Chirurgie, folgende polydisziplinären Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 55 f.): – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.2) – Chronisches lumbospondylogenes Syndrom bei – moderaten degenerativen LWS-Veränderungen – muskulärer Dekonditionierung und Dysbalance bei Adipositas – Status nach laparoskopischem Y-Roux-Magenbypass 11. Februar 2014 bei Adipositas mit initialem BMI > 40, aktuell 28,7 – Status nach blind loop-Resektion mit Entero-Entero-Anastomose 16. September 2014 – Status nach Re-Laparotomie, Dünndarmresektion und Neuanlage der Fusspunktanostomose 23. Oktober 2014 – Innere Hernie und mediane Narbenhernie mit Dünndarmresektion und Neuanlage der Fusspunktanastomose am 30. November 2015 – Status nach Revisionslaparotomie und erneuter Dünndarmresektion 22. Januar 2016 bei Jejunitis unklarer Ätiologie – Status nach laparoskopischer Netzplastik bei symptomatischer epigastrischer Hernie 24. Oktober 2016 – Status nach offener Cholezystektomie Januar 2017 – Aktuell: Abdominalbeschwerden und postprandiales Erbrechen unklarer Ätiologie, DD: Verwachsungen, funktionell Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Diabetes mellitus Typ 2, Erstdiagnose 1998 – Insulinpflichtig 2001 – Februar 2014 – Diabetische Retinopathie gemäss Akten – Diabetische Nephropathie (Mikroalbuminurie) gemäss Akten – Verdacht auf diabetische periphere Neuropathie – Metformin-Unverträglichkeit gemäss Akten – Dyslipidämie laut Akten – Status nach CTS-Operation rechts circa 2012 – Status nach Vorderarmfraktur links 2009 (konservative Therapie mit Gips) Sofern die Tätigkeit als Lagermitarbeiterin auch körperlich schwere Tätigkeiten beinhalte, gelte gemäss Aktenlage Folgendes: Aus somatischer Sicht seien im Mai 2007 schwere körperliche Arbeiten mit repetitivem Bewegen von Gewichten über 10 bis 15 kg nicht für möglich erachtet worden. Rückwirkend habe dies seit Mai 2005 bestanden. Aus psychiatrischer Sicht werde die Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin ab dem Gutachtensdatum als zu 50 % arbeitsfähig gehalten. Eine Halbtagesarbeit, möglicherweise auch eine leicht längere Arbeitszeit mit vermehrten Pausen wäre aus psychiatrischer Sicht machbar. Der Verlauf der psychiatrischen Erkrankung sei aufgrund der Anamnese und der Akten schwierig vorherzusehen. Der einzige psychiatrische Bericht datiere vom Oktober 2016. Im Gutachten der Begutachtungsstelle F.____ von 2008 werde die Beschwerdeführerin aus psychiatrischer Sicht als zu 100 % arbeitsfähig beurteilt. Dieses Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Was in den Jahren 2008 bis 2016 aus psychiatrischer Sicht gegangen sei, bleibe unklar. Für die Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit gälten aus psychiatrischer Sicht die gleichen Angaben wie für die angestammte Tätigkeit. Aus somatischer Sicht bestehe für adaptierte Tätigkeiten keine Einschränkung. Bezüglich

retrospektiver Beurteilung könne gesagt werden, dass auch in den Akten keine solche Einschränkung attestiert worden sei. Für die postoperativen Phasen nach den jeweiligen Eingriffen sei von einer 6 bis 8wöchigen Arbeitsunfähigkeit auszugehen (S. 59 f.). Die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung solle weitergeführt werden mit einem Fokus auf der Psychotherapie der Schamgefühle der Beschwerdeführerin. Sie solle motiviert werden, wieder vermehrt, trotz ihrer störenden Schluckauf- und Aufstosssymptomatik, unter die Leute zu gehen. Die Beschwerdeführerin zeige zwar die Symptome einer Depression, die Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit habe, sie sei jedoch insbesondere durch ihre starken Schamgefühle und ihre negativen Gefühle sich selbst gegenüber in ihrem Sozialverhalten eingeschränkt, dies sei ein stark limitierender Faktor, der psychotherapeutisch angegangen werden müsse. Aus orthopädischer Sicht wäre ein Aufbau der rücken- und rumpfstabilisierenden Muskulatur anzustreben bei doch erheblicher muskulärer Dekonditionierung und Dysbalance. Sollte das entsprechende Training zu einer Zunahme der lumbospondylogenen Schmerzen führen, wären unter Umständen LWS-nahe Infiltrationen ins Auge zu fassen. Operative Massnahmen drängten sich sicherlich nicht auf. Viszeral-chirurgisch sei keine Beschwerde- oder Zustandsverbesserung zu erwarten. Aus internistischer Sicht Weiterführen der Substitutionsbehandlung mit Vitaminen, Eisen, Calcium und Spurenelementen, wie bisher (S. 60). Wie erwähnt, bestehe für adaptierte Tätigkeiten keine Einschränkung. Aufgrund der fehlenden Motivation der Beschwerdeführerin, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, seien jedoch Anstrengungen, eine berufliche Rehabilitation zu realisieren, mit einer hohen Wahrscheinlichkeit nicht von Erfolg gekrönt. Die Auswirkungen der genannten Massnahmen auf die Arbeitsfähigkeit seien offen, die Prognose könne eher als schlecht beurteilt werden (S. 60 f.).

6.2.14 Dr. med. I. ___ nahm am 14. Dezember 2017 (IV-Nr. 93) zum Gutachten der Begutachtungsstelle H. ___ vom 16. November 2017 (vgl. E. II. 6.22 hiervor) Stellung. Dabei hielt sie fest, der allgemeinmedizinische, orthopädische und chirurgische Gutachter seien zum Schluss gekommen, dass bei der Beschwerdeführerin eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für leichte bis mittelschwere Arbeiten gegeben sei. Der Psychiater sehe sie zu 50 % arbeitsfähig. Aufgrund der multiplen Beschwerden, die sich bei der Beschwerdeführerin fänden, gehe Dr. med. I. ___ mit der psychiatrischen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit von 50 % einig. Sie könne nicht verstehen, dass die Kollegen bei so vielen körperlichen Beschwerden und Einschränkungen und nach so vielen erfolgten Operationen und Anästhesien eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestierten. Die Beschwerdeführerin habe nach einer Dünndarmverkürzung und drei Magenoperationen, welche z.T. mit Komplikationen verbunden gewesen seien, erwiesenermassen ständig Schmerzen. Als Folge dieser Operationen und Komplikationen leide sie unter ständigem Eisen- und Vitaminmangel, was Auswirkungen auf ihre Kraft und ihren Allgemeinzustand habe. Der Rückenproblematik mit diabetischer Polyneuropathie werde seitens der Gutachter keine Rechnung getragen. Durch diese Problematik sei die Beschwerdeführerin in ihrer Arbeitsfähigkeit ebenfalls eingeschränkt. Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Vergesslichkeit, Angst um sich selber und um ihre Familienangehörigen schränkten die Lebensqualität und die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin zusätzlich ein. Wegen andauernder gastrointestinale Beschwerden sei die Beschwerdeführerin bei PD Dr. med. X. ___, bariatrische Chirurgie, aktuell in Behandlung bzw. Beurteilung. Die Beschwerdeführerin sei maximal zu 50 % arbeitsfähig und dies für nur ganz leichte Tätigkeiten.

6.2.15 Dr. med. AE. ___, FMH Rheumatologie, Allgemeine Innere Medizin, hielt im Bericht vom 18. Januar 2018 (IV-Nr. 109 S. 26 f., Beschwerdebeilage Nr. 3) die

folgenden Diagnosen fest: – Lumboradikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom L5/S1 rechts – DD lumbospondylogenes Schmerzsyndrom – Sekundäre Kettentendomyosen linksbetont – Übergewicht nach WHO – Status nach Roux-Y-Magenbypass (Februar 2014 KSO) – Status nach Neuanlage des Magenbypasses und erneuter Dünndarmteilresektion (Januar 2016) reoperativ: Gewicht 114,9 kg, BMI 38,4 kg/m² – Aktuell: Gewicht 93 kg, BMI 28,0 kg/m² – Verdacht auf exokrine und endokrine Pankreasinsuffizienz sowie auf postoperatives Dumping-Syndrom – Diabetes mellitus Typ 2 (Erstdiagnose November 2005) – Diabetische Retinopathie – Diabetische Nephropathie im Stadium der Mikroalbuminurie – Diabetische periphere Neuropathie – Aktenanamnestisch Depression (Erstdiagnose 2005) Zusammenfassend bestünden chronische Rückenbeschwerden, welche seit 2 – 3 Monaten nach Absetzen von Targin und Novalgin resp. Umstellung auf Tramal an Intensität deutlich zugenommen hätten. In Zusammenschau der anamnestisch-klinischen und bisherigen bildgebenden Befunde würden die linksseitig ausstrahlenden lumbalen Rückenschmerzen als lumboradikuläres Schmerz- und sensibles Ausfallsyndrom L5/S1 rechts mit ausgeprägten sekundären Kettentendomyosen im Gluteal- und Oberschenkelbereich rechtsbetont interpretiert. Differentialdiagnostisch denkbar wäre auch eine Pseudoradikulopathie. Zur weiteren Abklärung sei mit der Beschwerdeführerin die ergänzende zeitnahe Durchführung eines MRI der LWS besprochen worden. 6.2.16 Im Bericht vom 12. Februar 2018 (IV-Nr. 109 S. 36 f.) hielt Dr. med. AF.____, FMH Gastroenterologie, FMH Innere Medizin, aufgrund der durchgeführten Ösophago-Gastro-Jejunoskopie (ohne Intervention) folgende Beurteilung fest: Ösophago-Gastro-Jejunoskopisch bei guten Untersuchungsbedingungen normale Befunde inklusive Braun-Fusspunkt-Anastomose und 20 cm weiter distal, biliärer Schenkel über 45 cm, gastrojejunale Anastomose. Axiale 1,8 cm-Hiatushernie, Verdacht auf Barrett-Metaplasie (Prag C0M1). Diverse Befunde seien nicht unter etablierter PPI-Therapie erhoben worden. Vorschlag zum Procedere: Pathologiebefundzustellung erfolge direkt: unerwartete relevante Befunde werde er schriftlich kommentieren. Es folge gleich anschliessend die Ileo-Kolonoskopie. 6.2.17 Dr. med. AF.____ hielt aufgrund der Untersuchung im Rahmen der Ileo-Kolonoskopie vom 12. Februar 2018 (IV-Nr. 109 S. 38 f.) folgende Beurteilung fest: Ileo-Kolonoskopisch bei guten Untersuchungsbedingungen Ileum über 50 cm weit normal, Colon und Rectum normal. Kein Hinweis auf Polypen, maligne Neoplasie oder chronisch-entzündliche Darmerkrankung. Eine wahrscheinlich unspezifische kleine postentzündliche Läsion (NSAR-Effekt?) in rechter Flexur sei mit der Biopsiezange separat biopsiert worden. Anoskopie: Irritation von inneren Hämorrhoiden Grad 1. Vorschlag zum Procedere: Pathologiebefundzustellung erfolge direkt: unerwartete relevante Befunde werde Dr. med. AF.____ schriftlich kommentieren. Es sei der Bedarf einer konsequenten Disziplin bei der Ernährung besprochen worden. 6.2.18 Im Bericht vom 16. Mai 2018 (IV-Nr. 109 S. 42) hielt Dr. med. AG.____, Radiologie FMH, AH.____ Klinik, Institut für Radiologie, aufgrund der durchgeführten MR-Enteroklyse folgende Beurteilung fest: Unauffällige Verhältnisse bei Zustand nach proximalem Magenbypass ohne Hinweise für eine Dünndarmpassagestörung oder eine Dünndarmpathologie. 6.2.19 Aufgrund der MRT des Oberbauches vom 17. Mai 2018 (IV-Nr. 109 S. 40 f., Beschwerdebeilage Nr. 6) hielt der dipl. Arzt AI.____, Radiologie FMH, AH.____ Klinik, Institut für Radiologie, im vom gleichen Tag datierenden Bericht folgende Beurteilung fest: Zeichen der biliären Obstruktion mit erweiterten intra- und extrahepatischen Gallenwegen sowie heterogenem Inhalt des Ductus choledochus, vereinbar mit Sludge, und Verdacht auf Konkrement DD Sludge, Strikturen im Bereich der Papilla vateri; eine ERCP sei

empfehlenswert. Keine Stauung des Pankreas. Schlankes, weitgehend homogenes Pankreas mit solitärer kleiner Zyste (0,3 cm) im Corpus mit Verbindung zum Pankreasgang, vereinbar mit einer Seitenast-IPMN DD Pseudozyste. Vergrösserte steatotische Leber. Kein Hinweis auf solide neoplasieverdächtige Raumforderungen im Oberbauch. Keine freie Flüssigkeit. Normal grosse, regelrecht differenzierte Nieren beidseits. 6.2.20 Dr. med. AJ.____, Assistenzarzt und Prof. Dr. med. Q.____ führten im Bericht vom 7. Juni 2018 (IV-Nr. 109 S. 44 f., Beschwerdebeilage Nr. 7) aufgrund der Sprechstunde vom 5. Juni 2018 die folgenden Diagnosen auf: 1. Choledocholithiasis bei Status nach laparoskopischer Cholezystektomie am 15. Februar 2017 2. Chronische Schmerzen des linken Oberbauches, DD Pathologie des Restmagens 3. kleine Zyste (3 mm Durchmesser) im dorsalen Corpus mit Anschluss an den Ductus pancreaticus major 4. Adipositas WHO Grad II mit / bei – initialem BMI 35,8 kg/m², Körpergrösse 172 cm, Körpergewicht 107 kg – Dyslipidämie, bisher keine medikamentöse Therapie – laparoskopischem Magenbypass nach Roux-Y S.____ Februar 2014 – Resektion eines blind loop im Bereich der Entero-Entero-Anastomose S.____ September 2014 – Re-Laparotomie, Resektion und Neuanlage einer Fusspunktanastomose S.____ Oktober 2015 – Fusspunktobstruktion bei Rezidiv innere Hernie und mediane Narbenhernie mit Neuanlage der Roux-Y Fusspunktanastomose und Dünndarmsegmentresektion November 2015 Klinik Y.____ – Revisionslaparotomie Januar 2016 bei chronischer Jejunitis unklarer Ätiologie und Dünndarmsegmentresektion – offene Narbenhernienversorgung 24. Oktober 2017 fecit Prof. Dr. med. Q.____ Klinik Y.____ – diffuse Bauchschmerzen 5. Diabetes mellitus Typ II, aktuell ohne Therapie 6. Hypercholesterinämie 7. Asthma bronchiale 8. Chronisches Schmerzsyndrom, wahrscheinlich im Sinne eines Weichteilrheumas Beurteilung: Das MRI-Bild sei kompatibel mit einem Konkrement gegebenenfalls Sludge des Gallenganges und könne die Beschwerden der rechten Seite und gegebenenfalls der linken Seite problemlos erklären. Hiermit sei die Indikation zur chirurgischen Duodenotomie und Papillotomie sowie Gallengangexploration und Steinextraktion gestellt. Die Beschwerden der linken Seite, welche das Hauptproblem der Beschwerdeführerin seien, könnten sich durch das Gallenblasenleiden erklären, könnten sich auch mit einer biliären Gastritis und Pathologie des Restmagens erklären. Hiermit werde der Beschwerdeführerin ein offener Eingriff mit in der gleichen Zeit Gastrektomie sowie offenen Duodenotomie und Papillotomie mit Gallengangexploration vorgeschlagen. 6.2.21 Im Operationsbericht vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 109 S. 46 f., Beschwerdebeilage Nr. 8) stellte Prof. Dr. med. Q.____ aufgrund der am 25. Juni 2018 durchgeführten Operation (offene Revisionslaparotomie, Adhäsiolyse, Rest-Gastrektomie und Ampullektomie mit Papillenplastik und Rekonstruktion) folgende Diagnosen fest: 1. Adenom der Papilla vateri, 2. Verdacht auf Gallereflux und assoziierte chronische Gastritis. 6.2.22 Aufgrund der Hospitalisation der Beschwerdeführerin vom 24. Juni 2018 bis 3. Juli 2018 stellten Prof. Dr. med. Q.____ und Dr. med. AJ.____, Assistenzarzt, im Bericht vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 109 S. 54 f.) folgende Hauptdiagnose: – Chronische Oberbauch Beschwerden mit / bei: – Adenom der Papilla vateri – Chronischer Verdacht auf Gallereflux und assoziierte chronische Gastritis Nebendiagnosen – kleine Zyste (3 mm Durchmesser) im dorsalen Corpus mit Anschluss an den Ductus pancreaticus major – Adipositas WHO Grad II mit / bei – initialem BMI 35,8 kg/m², Körpergrösse: 172 cm, Körpergewicht 107 kg – Dyslipidämie, bisher keine medikamentöse Therapie – laparoskopischem Magenbypass nach Roux-Y S.____ Februar 2014 – Resektion eines blind loop im Bereich der Entero-Entero-Anastomose S.____ September 2014 – Re-Laparotomie, Resektion und Neuanlage einer Fusspunktanastomose

S.____ Oktober 2015 – Fusspunktobstruktion bei Rezidiv innere Hernie und mediane Narbenhernie mit Neuanlage der Roux-Y Fusspunktanastomose und Dünndarmsegmentresektion November 2015 Klinik Y.____ – Revisionslaparotomie Januar 2016 bei chronischer Jejunitis unklarer Ätiologie und Dünndarmsegmentresektion – offene Narbenhernienversorgung 24. Oktober 2017 fecit Prof. Dr. med. Q.____ Klinik Y.____ – diffuse Bauchschmerzen – Diabetes mellitus Typ II, aktuell ohne Therapie – Hypercholesterinämie – Asthma bronchiale – Chronisches Schmerzsyndrom, wahrscheinlich im Sinne eines Weichteilrheumas – Rezidivierende depressive Verstimmung Verlauf: Intra- und postoperativ problemloser Verlauf. Rascher Kostaufbau mit regelrechtem in Gang kommen der Darmtätigkeit. Beim Austritt seien die Wunden reizlos gewesen. Prozedere: Entfernung des Klammernahtmaterials nach 12 – 14 postoperativen Tagen. 6.2.23 Im Bericht vom 17. Juli 2018 (IV-Nr. 109 S. 52 f.) bestätigten Dr. med. AK.____, Oberarzt / Fellow, und Prof. Dr. med. Q.____ die bereits im Bericht vom 3. Juli 2018 (vgl. E. II. 6.33 hiervor) festgestellten Nebendiagnosen und hielten folgende Diagnosen fest: – Chronische Oberbauch-Beschwerden mit / bei: – Adenom der Papilla vateri – chronischer Verdacht auf Gallereflux und assoziierte chronische Gastritis – Biopsien im Bereich des Gallenganges mit Adenomanteilen Die Beschwerdeführerin stelle sich heute für eine klinische Nachkontrolle und zur Klammerentfernung vor. Sie beklage sich noch über Schmerzen im Bereich des Oberbauches rechts neben der Laparotomie: Dort zeige sich auch eine Schwellung, welche heute noch einmal punktiert worden sei. Die Punktion habe jedoch keine Hinweise für ein Serom oder für ein altes Hämatom ergeben. Zudem berichte die Beschwerdeführerin, dass sie in den letzten zwei Tagen Übelkeit und etwas Erbrechen gehabt habe. Heute seien die Beschwerden jedoch schon etwas regrediert. Die pathohistologischen Untersuchungen hätten ein Adenom im Bereich der Papilla vateri ergeben und die Biopsien im Bereich des Gallenganges zeigten ebenfalls Adenomanteile desselben Adenoms. Die Adenome zeigten low-grade Dysplasien, so dass hier potenziell ein gewisses Entartungsrisiko bestehe. Die Behandlung dieser Adenomanteile im Gallengang würde einer Whipple-Operation entsprechen. Diese müsse aber nicht kurzfristig geplant werden, da das Entartungsrisiko in den nächsten Monaten nicht als wesentlich hoch eingestuft werde. 6.2.24 Im Bericht vom 14. August 2018 (IV-Nr. 109 S. 50 f.) bestätigten Dr. med. AJ.____ und Prof. Dr. med. Q.____ die bereits im Bericht vom 3. Juli 2018 (vgl. E. II. 6.33 hiervor) ausgewiesenen Nebendiagnosen und stellten folgende Diagnosen: 1. Adenom der Papilla vateri – Erstdiagnose 25. Juni 2018 – offene Revisionslaparotomie, Adhäsioolyse, Restgastrektomie und Ampullektomie mit Papillenplastik und Rekonstruktion am 25. Juni 2018 – Histopathologie Länggasse B2018.31226 und 30893: Tubuläres Schleimhautadenom mit low grade Epitheldysplasie im Biopsiematerial aus Papille und Gallengang – aktuell: Onkologische Resektion nach Whipple für den 27. August 2018 geplant 2. Chronische Oberbauchbeschwerden mit / bei – chronischer Verdacht auf Gallereflux und assoziierte chronische Gastritis – subtotale Gastrektomie im Rahmen des Eingriffes vom 25. Juni 2018 Es bestehe bei low grade Dysplasien im dargestellten Adenom des distalen Gallengangs eine potenzielle Entartung und hiermit sei die Indikation zur onkologischen Resektion in Form einer Whipple-Operation gegeben. Dieser Eingriff sei in der heutigen Sprechstunde der Beschwerdeführerin erklärt worden. Die möglichen Komplikationen seien ihr erläutert worden. Sie werde sich am 22. August 2018 in der multidisziplinären Pankreassprechstunde vorstellen und der Eingriff sei für den 27. August 2018 geplant. 6.2.25 Im Operationsbericht vom 30. August 2018 (IV-Nr. 109 S. 48 f., Beschwerdebeilage Nr. 9)

stellte Prof. Dr. med. Q.____ folgende Operationsdiagnosen: «1. Gallengangsadenom; 2. Status nach bariatrischer Magenbypass-Operation und Status nach Restgastrektomie und Papiellektomie». Es seien am 27. August 2018 eine Duodeno-Pankreatektomie, eine Rekonstruktion mittels End-zu-Seit Pankreatiko-Jejunostomie, End-zu-Seit Hepatiko-Jejunostomie nach Roux-Y, durchgeführt worden. 7. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 11. Juli 2018 im Wesentlichen auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ vom 16. November 2017 (vgl. II. E. 5.2.22 hiervor) abgestellt hat, ist zunächst zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt. Die Beschwerdeführerin bringt in diesem Zusammenhang vor, das Gutachten der Begutachtungsstelle H.____ basiere auf einer unvollständigen Aktenlage. So datiere der letzte zur Verfügung gestandene Bericht vom 26. Oktober 2016. Die ambulanten Untersuchungen seien am 18. September 2017 erfolgt. Es sei unerklärlich und nicht nachvollziehbar, weshalb vor den Begutachtungen keine aktuellen Beurteilungen eingeholt worden seien (A.S. 17 f.). Die von der Beschwerdeführerin erhobenen Rügen sind nicht von der Hand zu weisen. So beruht das H.____-Gutachten nicht auf sämtlichen medizinischen Vorakten. Die im Jahr 2017 verfassten medizinischen Akten wurden im Gutachten nicht aufgelistet und offensichtlich auch nicht berücksichtigt, obwohl das Gutachten erst am 16. November 2017 erstattet wurde. Dadurch wurde unter anderem auch der erneute operative Eingriff vom 17. Februar 2017 nicht in die gutachterliche Beurteilung miteinbezogen. Dies, obschon die Beschwerdeführerin gegenüber Dr. med. AA.____ explizit auf den operativen Eingriff vom Februar 2017 hingewiesen hat. Dieser hielt indes einzig fest: «Akten fehlen» (vgl. IV-Nr. 91 S. 22 oben). Zudem litt die Beschwerdeführerin, wie aus den Vorakten ersichtlich, auch nach dieser Operation weiterhin unter Beschwerden und befand sich vom 31. März bis 5. April 2017 in stationärer Behandlung (IV-Nr. 85 S. 10 f.). Sodann führte die Hausärztin am 8. Juni 2017 aus, die Beschwerdeführerin leide unter anhaltenden Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen (IV-Nr. 85, S. 1). Bereits aus diesen Gründen erscheint eine abschliessende Beurteilung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin gestützt auf das H.____-Gutachten nicht möglich. Sodann bestehen im H.____-Gutachten noch weitere Unzulänglichkeiten. So wurden im chirurgischen Teilgutachten u.a. der «Status nach Adipositas permagna mit BMI 41 (aktuell 28)» und die «Diabetes mellitus, Insulinpflichtig» diagnostiziert. Bei diesen Diagnosen handelt es sich indes nicht um chirurgische Diagnosen, so dass der Zusammenhang mit dem medizinischen Fachgebiet der Chirurgie nicht nachvollziehbar ist. Ungereimtheiten bestehen des Weiteren in Bezug auf den Diabetes mellitus. So hielt Dr. med. AA.____ fest, der Diabetes sei «bis Februar 2014 insulinpflichtig» gewesen (IV-Nr. 91 S. 25), während Dr. med. AD.____ in seinem chirurgischen Teilgutachten ausführte, der Diabetes mellitus sei «insulinpflichtig» (IV-Nr. 91 S. 39). Auch die psychiatrische Gutachterin Dr. med. AB.____ erwähnte in ihrem Teilgutachten, der Diabetes sei «insulinpflichtig», dieser sei bei der Beschwerdeführerin aufgetreten, als sie noch 58 kg gewogen habe (IV-Nr. 91 S. 45 oben). Aufgrund dieser unterschiedlichen Angaben vermag die im Konsens der Gutachter ausgewiesene Diagnose «Diabetes mellitus Typ 2, ED 1998, Insulinpflichtig 2001- Februar 2014» nur bedingt zu überzeugen. Die gutachterliche Beurteilung ist somit im Resultat nicht nachvollziehbar. 8. 8.1 Aufgrund der vorgenannten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts ein polydisziplinäres Gutachten bei der J.____ in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Gastroenterologie, Orthopädie und Psychiatrie veranlasst. Im Gutachtensbericht vom 24. April 2019 (A.S. 61 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt: - Dauerhafte Bauchschmerzen in Rahmen multipler Verwachsungen bei

· St.n. laparoskopischem Magenbypass nach Roux-Y (S.____, Februar 2014) · Resektion eines blind loop im Bereich der Entero-Entero-Anastomose (S.____, September 2014) · Re-Laparotomie Resektion und Neuanlage einer Fusspunktanastomose (S.____, Oktober 2015) · Fusspunktobstruktion bei Rezidiv innere Hernie und mediane Narbenhernie mit Neuanlage der Roux-Y-Fusspunktanastomose und Dünndarmsegmentresektion (November 2015, Klinik Y.____) · Revisionslaparotomie Januar 2016 bei chronischer Jejunitis unklarer Ätiologie und Dünndarmsegmentresektion · Offene Narbenhernienversorgung 24.10.2017 (Prof. Q.____, Klinik Y.____) · Offene Revisionslaparotomie, Adhäsiolyse, Rest-Gastrektomie und Ampullektomie mit Papillenplastik und Rekonstruktion 06/2018 (Prof. Q.____) - Duodeno-Pankresektomie, Rekonstruktion mittels End-zu-Seit-Pankreatiko-Jejunostomie, End-zu-Seit Hepatiko-Jejunostomie nach Roux-Y (08/2018 Prof. Q.____) - Chronisches Panvertebralsyndrom (ICD-10: M54.80), zeitweise sensorisch lumboradikulär (ICD-10: M54.16) bei degenerativen Veränderungen ossärer (ICD-10: M47.80) und diskogener (ICD-10: M51.8) Art im Bereich der HWS und der LWS und lumbaler Hyperlordose (ICD-10: M40.46) - Muskuläre Dysbalance (ICD-10: M62.99) - Myofasziales Schmerzsyndrom (ICD-10: M79.90) - Impingement-Symptomatik an der rechten Schulter (ICD-10: M75.4) - rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (ICD-10: F33.2) - Diabetes mellitus Typ 2 (ED11/05) · Periphere Polyneuropathie, Nephropathie mit Microalbuminurie, Retinopathie · aktuell HbA1c 5,5% - Hypercholesterinämie - Asthma bronchiale (ED 2011) - Mittelgradige depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung, F33.1 Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit führten die Gutachter aus, vergleiche man die aktuellen orthopädischen Befunde mit denjenigen, wie sie anlässlich der Begutachtung im H.____ Mitte November 2017 hätten erhoben werden können, so zeige sich, dass hier, abgesehen von der Situation am rechten Schultergelenk, vergleichbare Befunde vorlägen. Spätestens seit März 2016 liege aus rein psychischen Gründen eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % vor. Aus viszeralchirurgischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit der Roux-Y-Magenbypass Operation im Oktober 2014. Aus allgemein-internistischer Sicht bestehe ab der Whipple-Operation im 08/2018 bzw. spätestens ab Zeitpunkt des jetzigen Gutachtens eine volle Arbeitsunfähigkeit. Polydisziplinär könne gesagt werden, dass ab Oktober 2014 aufgrund der gesundheitlichen Verschlechterung in jeglichen Tätigkeiten eine volle Arbeitsunfähigkeit bestehe. 8.2 Das Gutachten der J.____ vom 29. April 2019 (A.S. 61 ff.) wird den rechtsprechungsgemässen Anforderungen an eine beweiswertige gutachterliche Beurteilung nicht gerecht. Das gastroenterologische Teil-Gutachten (Gutachten S. 11 ff.) beinhaltet kaum eine Begründung für die Schlussfolgerungen des Gutachters, obwohl der Gutachter im Resultat zu einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit gelangt. Zudem findet darin keine Auseinandersetzung mit den Vorakten statt, obwohl noch im H.____-Gutachten aus somatischer Sicht von keiner Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde. Der Gutachter der J.____ schreibt lediglich, seit der H.____-Begutachtung habe sich eine erhebliche Verschlechterung ergeben. Dies reicht als Begründung nicht aus. Das gastroenterologische Teilgutachten erscheint deswegen aus beweismässiger Sicht kaum brauchbar. Sodann fehlt es auch im internistischen Teilgutachten an einer nachvollziehbaren Begründung für die dort ebenfalls attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit, weshalb darauf auch nicht abgestellt werden kann. Des Weiteren ist das psychiatrische Teilgutachten ebenfalls nur marginal begründet (Gutachten S. 30 ff.). Gestützt auf die darin gemachten Angaben ist es zudem nicht möglich, eine Indikatorenprüfung nach BGE 143 V 418 vorzunehmen. Der psychiatrische Gutachter hat sich mit den Indikatoren denn auch nicht auseinandergesetzt. Eine Auseinandersetzung mit

den psychiatrischen Vorakten findet ebenfalls kaum statt, obwohl der behandelnde Arzt Dr. med. O. ___ entgegen dem psychiatrischen Gutachter, welcher von einer 50%igen Arbeitsfähigkeit ausgeht, eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hat (IV-Nr. 77). Der J. ___-Gutachter schliesst sich einfach der Beurteilung aus dem H. ___-Gutachten an, worin aus psychiatrischer Sicht auch von einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit ausgegangen wurde. Das psychiatrische Teilgutachten ist damit im Resultat kaum beweiswertig. Die interdisziplinäre Beurteilung (Gutachten S. 5 ff.) folgt schliesslich in der geringen Begründungsdichte den überwiegend mangelhaften Teilgutachten und kann gestützt auf die Teilgutachten nicht als Entscheidungsgrundlage dienen. Im Übrigen kann die umfassende Mangelhaftigkeit des Gutachtens – entgegen der von der Beschwerdeführerin mit Stellungnahme vom 19. November 2019 geäusserten Ansicht – auch nicht mit gezielten Rückfragen an die Gutachter behoben werden. So sind die Mängel im Gutachten der J. ___ schlicht zu gravierend, als dass durch «Nachbesserung» der Gutachter daraus eine verlässliche Entscheidungsgrundlage entstehen könnte.

9. Aus den vorgenannten Gründen und aufgrund der bereits erwähnten Unklarheiten und Sachverhaltslücken wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei der P. ___ in den Fachrichtungen Allgemeine Innere Medizin, Orthopädie, Psychiatrie und Viszeralchirurgie ein polydisziplinäres gerichtliches Obergutachten veranlasst.

9.1 Im Gutachten der P. ___ vom 13. Juli 2020 (A.S. 208 ff.) wurden folgende Diagnosen gestellt (A.S. 251): Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in angestammter Tätigkeit (Lageristin) · Chronisches vertebrales Schmerzsyndrom bei degenerativen Veränderungen der Hals- und Lendenwirbelsäule · Deutliche Fehllage der Wirbelsäule bei einem Rundrücken mit erheblicher muskulärer Dysbalance · Beginnende Chondropathie des rechten Kniegelenkes bei freier Funktion · Leichtes, gut kompensierbares Schulter-Arm-Syndrom rechts · Chronische Abdominalbeschwerden bei Status nach laparoskopischer Magenbypassoperation nach Y-Roux 02/20014 bei Adipositas permagna, Status nach Resektion der Blind Loop im Bereich der Entero-Entero-Anastomose 09/2014, Status nach Relaparotomie, Resektion und Neuanlage der Fusspunktanastomose 11/2014, Status nach Relaparotomie bei Obstruktionen im Bereich der Fusspunktanastomose und medianer Laparotomienarbe 11/2015 mit Neuanlage der Roux-Y-Fusspunktanastomose und Dünndarmsegmentresektion, Status nach Revisionslaparotomie bei chronischer Jejunitis, Ätiologie unklar, mit Dünndarmsegmentresektion 01/2016, Status nach offener Hernienplastik bei medianer Narbenhernie 20. Oktober 2016, Status nach laparoskopischer Cholezystektomie 15. Februar 2017, Status nach laparoskopischer Adhäsiolektomie, Restgastrektomie, Resektion der Ampulla Vateri, Papilloplastik und Rekonstruktion bei Adenom daselbst 25. Juni 2018, Status nach Duodenopankreatektomie und Rekonstruktion End-zu-Seit-Pankreatikojejunostomie und End-zu-Seit-Hepatojejunostomie nach Y-Roux am 27. August 2018 Status nach diagnostischer Laparoskopie, Lösung von Verwachsungen im Bereich der Fusspunktanastomose am 17. Juni 2019 (Keine quantitativen arbeitsrelevanten Diagnosen auf allgemein-internistischem und psychiatrischem Gebiet) Diagnosen ohne Relevanz für die Arbeitsfähigkeit · Beginnender Knick- / Spreizfuss mit einem beginnenden Digitus quintus varus superductus rechts stärker links · Zustand nach folgenlos ausgeheilter Unterarmfraktur links · Diabetes mellitus Typ II - aktenanamnestisch diagnostiziert ca. 2005 · St. n. Adipositas maximal BMI 35.8 = Grad II - aktuell Normgewicht · St. n. Asthma bronchiale (2011) · St. n. Helicobacter-Eradikationstherapie 2004 · St. n. Ovarialzyste (ED ca. 2003) - aktenanamnestisch operativ saniert, zu unbekanntem Zeitpunkt (vor 2004?) · Nephrolithiasis links (CT Jan. 2004) -

aktenanamnestisch 2001, mit ESWL links 10. Januar 2007 · St. n. Hysterektomie ca. 1998 (anamnestisch) · Rezidivierende Harnwegsinfekte (anamnestisch) · St. n. laparoskopischer Cholecystektomie 15. Februar 2017, Choledocholithiasis · Status nach Eradikation bei Helicobacter pylori-Nachweis anlässlich einer Gastroskopie · Status nach Operation bei Ovarialzyste links 1995 · Status nach laparoskopischer Hysterektomie 2007 · Status nach ESWL 2007 bei Ureterstein links · Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung Z73 · Einschränkung von Aktivitäten durch somatische Störungen, · körperliche oder psychische Belastungen o.n.A., Mangel an Entspannung, · Stress, anderenorts nicht klassifiziert · Unzulängliche soziale Fähigkeiten, Anpassungsprobleme)

Zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit hielten die Gutachter aus interdisziplinärer Sicht fest, die Einschränkungen durch die muskuloskelettalen und abdominalen Beschwerden führten integral zur Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Lageristin. Diese Tätigkeiten müssten als körperlich zu schwer bewertet werden. Jedoch könne in einer ideal adaptierten Tätigkeit nur eine leichte Minderung der Arbeitsfähigkeit aufgrund der abdominalen Beschwerden zugestanden werden. Bei ganztägiger Arbeitspräsenz sei eine leichte Reduktion des Rendements um 20 % infolge eines vermehrten Pausenbedarfs gegeben (häufigere Toilettengänge, Ruhepausen wegen der schmerzhaften Beschwerden). Auch in einer adaptierten Verweistätigkeit bestünden aufgrund der Abdominalbeschwerden leichte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit um 20 %. (AF 80 %, ganztägige Präsenz, wechselbelastende Tätigkeiten mit Belastungen bis 15 kg seien zumutbar, leichte Minderung der Leistungsfähigkeit). Zur Zeit der letzten Rentenverfügung am 7. Januar 2009 seien die viszeralchirurgischen Probleme noch nicht vorhanden gewesen, diese hätten erst 2014 begonnen. In diesem Sinn habe sich der Gesundheitszustand sicher verschlechtert, im Sinn von Adhäsionen nach mehreren Eingriffen. Aus viszeralchirurgischer Sicht bestehe dieser Zustand seit der ersten Operation 02/2014 (laparoskopischer Magenbypass). Zum Verlauf des Gesundheitszustandes hielten die Gutachter fest, nach den chirurgischen Eingriffen sei die Versicherte mindestens für 2 Monate zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, danach könne die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angenommen werden. Auf orthopädischem, allgemein-internistischem und psychiatrischem Fachgebiet könne hingegen keine eigenständige Minderung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit begründet werden.

9.2 Das Gutachten der P.____ vom 13. Juli 2020 (A.S. 208 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend aufzuzeigen ist.

9.2.1 Im orthopädischen Teilgutachten stützt sich die Beurteilung auf eine umfangreiche Befunderhebung (S. 64 ff. des Gutachtens). Zudem wird im Teilgutachten durch eingehende Begründung überzeugend dargelegt, dass die gezeigten Funktionseinschränkungen aus orthopädischer Sicht nicht im gezeigten Ausmass objektiviert werden könnten und die Beschwerdeführerin in der Lage sei, in einer leidensadaptierten Tätigkeit ein ganztägiges Pensum mit einer 100%igen Arbeits- und Leistungsfähigkeit zu absolvieren: Nach Angaben der Versicherten leide sie seit ca. 1998 unter Wirbelsäulenbeschwerden. Ohne äusseren Anlass hätten sich die Beschwerden 2003 gezeigt. Die objektiven Untersuchungen hätten ein lumbospondylogenes Syndrom mit einer ausgeprägten Fehllhaltung und Haltungsinsuffizienz mit einer zunehmenden Chronifizierung gezeigt. Dieses Beschwerdebild durchziehe den gesamten Krankheitsverlauf auf orthopädischem Gebiet. Bis zum jetzigen Zeitpunkt würden teilweise erhebliche Beschwerden geäussert, wie zu

Beginn der Behandlungskonsequenzen. Objektiv könne eine deutliche Fehllhaltung der Wirbelsäule festgehalten werden bei einem kranial verstärkten Rundrücken. Eine erhebliche muskuläre Dysbalance sei festzustellen. Die Beschwerdeführerin zeige eine Dekonditionierung und es komme zu pseudoradikulärer Ausstrahlung in die Arme und Beine. Das früher erhebliche Übergewicht habe die Versicherte zwischendurch abbauen können, so dass dieses nicht mehr zu einer zusätzlichen Schmerzverstärkung beitrage. Radiologisch zeigten die im Februar 2020 angefertigten Kontrollaufnahmen der HWS, der LWS und des Kniegelenkes einen konstant gebliebenen Befund bei nur leichten degenerativen Veränderungen, die die angegebenen erheblichen Beschwerden und gezeigten Funktionseinschränkungen nicht belegen könnten. Im gleichen Zeitraum, als sich die orthopädischen Beschwerden entwickelt hätten, seien auch erhebliche ausserorthopädische Beschwerden auf internistischem Fachgebiet aufgetreten. Zudem sei eine mentale und psychische Problematik angegeben worden, die die Beschwerden auf rheumatologischem / orthopädischem Gebiet weitgehend überlagert habe. Die Versicherte habe eine erhebliche Therapieresistenz trotz intensiver physiotherapeutischer Behandlungsmassnahmen sowie einer Schmerztherapie und Injektionsbehandlung gezeigt. Selbst eine stationäre Behandlung habe zu keiner Linderung ihrer Beschwerden auf orthopädischem Gebiet geführt. Der angegebene Schmerzpegel habe nicht wesentlich gesenkt werden können. Er sei trotz der intensiven Behandlungskonsequenzen unter Belastung, aber auch in Ruhe in gleicher Höhe verblieben. Die Versicherte zeige genügend Ressourcen anhand des orthopädischen Befundes für leichte bis mittelschwere Tätigkeiten. Aus diesem Grund könne aufgrund des orthopädischen Befundes in einer angepassten Verweistätigkeit keine Minderung der Arbeits- und Leitungsfähigkeit bei ganztägigem Pensum begründet werden. Insgesamt zeige der bisherige Verlauf keine wesentliche Veränderung zu 2009. Es würden fast die gleichen Beschwerden angegeben. Die radiologischen Untersuchungen seit 2003 zeigten im Vergleich zu der letzten radiologischen Untersuchung keine wesentlichen degenerativen Veränderungen. Die gleichen radiologischen Befunde unterschieden sich in der Interpretation, trotzdem habe dies keine wesentliche Auswirkung auf die Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit gehabt. Lediglich das Gutachten von 2019 zeige eine ganz leichte Verschlechterung mit einer um 20%igen verminderten Leistungsfähigkeit. Die angestammte Tätigkeit als Lageristin sei von Anfang an der Versicherten nicht mehr zumutbar angesehen worden. Anhand des jetzigen orthopädischen Befundes könnten ebenfalls keine wesentlichen Veränderungen beschrieben werden. Auch die im März beschriebene Schulterproblematik sei anhand der jetzigen Untersuchung nicht mehr nachweisbar. Sie sei in der Lage, den rechten Arm normal einzusetzen. Eine Impingement-Symptomatik könne momentan nicht objektiviert werden. Es falle auch die erhebliche Passivität und geringe Therapieaktivität auf, sowohl was die Physiotherapie aber auch den Schmerzmitteleinsatz betreffe. Jedoch wäre eine konsequente physiotherapeutische Behandlung sinnvoll zur Verbesserung des muskulären Korsetts und damit einer besseren Belastbarkeit. Anhand des orthopädischen Befundes bestünden aber genügend Ressourcen, bei konsequenter Mitarbeit der Versicherten eine wesentlich bessere Stabilität der Rumpfmuskulatur, aber auch der Beinmuskulatur und des Schultergürtels zu erreichen, die weiterhin eine Verweistätigkeit ohne Einschränkung erlauben dürfte. Zusammenfassend könne zwar ein chronisches vertebrales Schmerzsyndrom angenommen werden, jedoch nicht in der von der Versicherten angegebenen hohen Ausprägung. Sodann weist der orthopädische Gutachter auf weitere Diskrepanzen in dem von der Beschwerdeführerin gezeigten Verhalten hin: Bei

entspannter Lage und manueller Untersuchung zeige sich ein deutlich besseres Gelenkspiel, das Hinweise gebe auf ein wesentlich besseres Funktionsausmass, als die Versicherte demonstriere. Die Versicherte zeige auf orthopädischem Gebiet ein mässiggradiges chronisches vertebrales Schmerzsyndrom bei altersentsprechend geringen degenerativen Veränderungen, eine deutliche Fehllage der Wirbelsäule mit deutlichem Rundrücken und erheblicher Muskeldysbalance, eine beginnende Chondropathie des rechten Kniegelenkes ohne Funktionseinschränkung, ein leichtes, gut kompensierbares Schulter-Arm-Syndrom und einen beginnenden Knick- Spreizfuss mit einem beginnenden Digitus quintus varus superductus rechts stärker links. Zustand nach Vorderarmfraktur links 2009. Bereits im Gutachten der F. ___ von 2008 sei festgehalten worden, dass die Versicherte in der zuletzt ausgeübten körperlich schweren Tätigkeit als Lagermitarbeiterin zu 100 % arbeitsunfähig sei. Dies könne auch anhand der jetzigen orthopädischen Begutachtung bestätigt werden. Die Versicherte sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Lasten und Gewichten bis zu 15 kg in rügensschulgerechter Haltung, im Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen in temperierten Räumen zu verrichten. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwerere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, ausserhalb des Körperlotes, Vibration, Erschütterungen sowie ruckartige Bewegungen, ständiges Heben des rechten Armes über Schulterhöhe, vorwiegend kniende Tätigkeiten speziell auf dem rechten Kniegelenk. Sie sollte keiner Kälte-, Nässe- und Zugluftexposition ausgesetzt werden. Wie bereits im Fähigkeitsprofil beschrieben, seien die Wirbelsäule schwer belastende Tätigkeiten der Versicherten nicht mehr zumutbar. Sie sollte die Möglichkeit haben, sich im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu bewegen, deswegen sei eine wechselnde Tätigkeit zwischen Gehen, Stehen und Sitzen zu empfehlen. Sie sei in der Lage, leichte bis teilweise mittelschwere Tätigkeiten auch ganztätig weiter auszuüben. Zum H. ___-Gutachten vom 16. November 2017 ergebe sich anhand der jetzigen Befunde keine wesentliche Veränderung. Es bestehe auf orthopädischem Gebiet eine Übereinstimmung.

9.2.2 Auch das psychiatrische Teilgutachten vermag im Hinblick auf die darin erhobenen Befunde (S. 81 ff. des Gutachtens) zu überzeugen. Gestützt auf die umfassende Befunderhebung ergibt sich, dass aus psychiatrischer Sicht weder ein erheblicher sozialer Rückzug noch eine relevante psychische Beeinträchtigung vorliegen kann: Die Beschwerdeführerin gebe an, zuhause liege sie nicht auf der Couch, sie belaste sich immer dann, wo es nur gehe; ihr Mann gehe ihr bei der häuslichen Arbeit zur Hand, und auch die Kinder seien ihr bei verschiedenen Aufgaben im Haushalt behilflich. Die Versicherte versuche mit ihrer Familie und mit ihren Kollegen viel zu kommunizieren, um den Kontakt zueinander zu halten. Das Bedürfnis, unter Menschen zu gehen, habe sie von sich aus aber kaum, sie zwingt sich dazu. Früher sei sie sehr gesellig und viel unterwegs gewesen. Aktuell sei dies nicht mehr so, auch wenn sie regelmässig Kontakte zur Aussenwelt habe. Die Versicherte stehe zwischen 06:00 und 07:00 Uhr auf. Sie messe ihren Blutzucker, spritze danach Insulin und nehme ihre Medikamente ein. Erst dann trinke sie Kaffee. Nach der Morgentoilette beginne sie das Mittagessen zuzubereiten. Wenn sie sich dazu nicht in der Lage fühle, übernehme eine andere Person die Aufgabe. Man esse um 11:00 Uhr zu Mittag; manchmal, jedoch nicht regelmässig, seien die Söhne dabei. Ihr Mann sei LW-Chauffeur und arbeite tagsüber. Nach dem Mittagessen liege sie ab und ruhe sich aus. Sie habe einen kleinen Hund, mit dem sie anschliessend spazieren gehe. Morgens lasse sie ihn nur in den Garten. Am Nachmittag kümmere sie sich um den Haushalt, erledige das, was sie könne. Abends richte sie das Nachtessen. Man esse zwischen 18:00 und 19:00 Uhr

gemeinsam, aber nur, wenn ihr Mann daheim sei, sonst habe sie eine andere Zeit. Abends sitze sie beim Fernsehen; sie lese nicht. Zwischen 23:00 und 24:00 Uhr gehe sie zu Bett. Sie schlafe nicht gleich ein, brauche etwas Zeit. Ihr Tagesablauf sei immer gleich. Ferienreisen habe sie in den letzten zwei Jahren keine mehr unternommen. Sie fliege gern nach Bosnien, fahre nicht mit dem Auto in die Heimat. Sodann kann als Hinweis für den fehlenden Leidensdruck auch die Nichteinnahme bzw. nicht bestimmungsmässige Einnahme der verschriebenen Medikamente genannt werden. Hierzu führte der Gutachter aus, bei der Versicherten hätten trotz Angaben über regelmässige oder bedarfsweise Einnahme von folgenden Medikamenten keine detektierbaren Plasmakonzentrationen nachgewiesen werden können: Für Targin=Oxycodon (bei Bedarf); Dafalgan=Paracetamol (1g 1-1-1), Stilnox=Zolpidem (12,5 mg bei Bedarf). Auch Acemetacin (Tilur retard 90 mg 1-0-1 täglich) sei nicht nachweisbar gewesen, jedoch sei der Metabolit Indometacin vorgelegen. Bei Angabe auch einer morgendlichen Einnahme von Tilur retard und Blutabnahme mittags sei aber das völlige Fehlen der Muttersubstanz Acemetacin nicht plausibel und spreche ebenfalls für einen nicht bestimmungsgemässen regelmässigen Gebrauch. Auch die Einnahme von Duloxetin 30mg morgens könne bei nicht detektierbarem Wirkstoffspiegel nicht belegt werden. Einzig die Einnahme von Brintellix (Vortioxetin) könne in niedrigem Titer nachgewiesen werden. Auch hier wäre bei morgendlicher Einnahme mittags aber eher ein höherer Spiegel zu erwarten gewesen. Weiter führte der Gutachter aus, beim REY-Memory-Test vom 22. Januar 2020, ein auf der Grundlage der verdeckten Leichtigkeit basierendes Symptomvalidierungsverfahren, würden das figurale Gedächtnis und visuokonstruktive Funktionen geprüft. Die versicherte Person reproduziere nur 7 der 15 zuvor gezeigten Zeichen. Im Kontext der klinisch-psychiatrischen Untersuchung spreche der Wert für ein suboptimales Antwortverhalten, käme ein solcher Wert von 7/15 doch einer durchaus schon schwerergradigen Demenz gleich, wofür es klinisch keine Anhaltspunkte gebe. Bei der Versicherten ergäben sich bei der Hamilton-Depressions-Skala 6 Punkte. Im Kontext mit der klinisch-psychiatrischen Untersuchung ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine depressive Störung von klinischer Relevanz. Im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Untersuchung hätten sich bei der Versicherten keine eigenständigen psychiatrisch zu definierenden Störungen oder Auffälligkeiten mit versicherungsmedizinischer Relevanz ergeben. Dies treffe für somatoforme Störungen gemäss ICD bei der Versicherten zu, jedoch auch für Auffälligkeiten der Persönlichkeitsentwicklung, welche die Grundvoraussetzungen für die Entwicklung einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung wären. Diese könnten im Zusammenhang mit den somatischen Beschwerden allenfalls einem sogenannten psychogenen Schmerz bzw. einer funktionellen Störung entsprechen. Die Fähigkeit mit Schmerzen umzugehen sei individuell verschieden, dabei könnten maladaptive Veränderungen der psychologischen Funktionen, beispielsweise des Stress-Verhaltens bestehen; vorübergehend könne dies auch zu einer verstärkten Schmerz Wahrnehmung führen. Übermässige und unangemessene Schonung sowie Bewegungsmangel könnten die Beschwerden begünstigen und temporär verstärken. Gegenwärtig ergäben sich bei der Versicherten aus psychiatrischer Sicht keine Hinweise für eine versicherungsmedizinisch bedeutsame psychiatrische Störung oder Erkrankung, die eine Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit verunmöglichen würde. Retrospektiv bestehe das oben definierte Mass der Arbeitsfähigkeit spätestens seit der aktuellen psychiatrischen Untersuchung der Versicherten. Eine objektivierbare und plausibel begründbare längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aber auch retrospektiv nicht mit dem gebotenen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt

werden. In Bezug auf das Fähigkeitsprofil bestünden bei der Versicherten normale mentale Funktionen ohne relevante psychopathologische Auffälligkeiten. Auch die Aktivitäten seien im Wesentlichen unauffällig, und speziell die Fähigkeiten wie Anpassung an Regeln und Routinen, Strukturierung von Aufgaben, Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, Anwendung fachlicher Kompetenz, Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit, Kontaktfähigkeit zu Dritten, Gruppenfähigkeit, Befähigung zu familiären und intimen Beziehungen und zu ausserberuflichen Aktivitäten, Fähigkeit zur Selbstpflege, zur Verkehrs- und Wegefähigkeit (Auto), bestünden bei der Versicherten weitgehend. Allenfalls die Durchhaltefähigkeit könnte durch die inzwischen eingetretene leichte Dekonditionierung leicht reduziert sein. Es bestünden gegenwärtig auch keine wesentlichen Störungen der emotionalen Funktionen, der Affektkontrolle oder der Spannweite von Emotionen. Es bestünden keine Einschränkungen der Fähigkeiten und keine Partizipationsstörungen aus psychiatrischer Sicht, die Versicherte habe allenfalls Unterstützungsbedarf im somatischen Bereich. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen kam der psychiatrische Gutachter in nachvollziehbarer Weise zum Schluss, die psychiatrisch attestierte Arbeitsfähigkeit von 100 % (Leistung 100 %, Präsenzzeit 8,5 Stunden) gelte sowohl für die angestammte berufliche Tätigkeit als auch für eine ideal angepasste Verweistätigkeit. Diese sollte möglichst keine Aufgaben in Akkordarbeit beinhalten. Retrospektiv bestehe die oben definierte Arbeitsfähigkeit spätestens seit der aktuellen psychiatrischen Untersuchung der Versicherten. Eine objektivierbare und plausibel begründbare längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne aber auch retrospektiv nicht mit dem gebotenen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt werden. Sodann setzte sich der psychiatrische Gutachter eingehend und überzeugend mit den Vorakten auseinander und hielt fest, das psychiatrische Dossier inkl. der vorliegenden psychiatrischen Gutachten bringe insgesamt keine hinreichend objektivierbaren Belege für das Vorliegen einer relevanten psychischen Störung in der Vergangenheit zum Vorschein. Wohl aber hätten sich schon in der Vergangenheit mehrfach Hinweise für Inkonsistenzen ergeben (11/2003 zunehmende Tendenz zur Symptomausweitung, 12/2003 Ablehnung einer angebotenen Teilnahme an ambulanter Schmerzgruppe, 12/2005 bescheidener Rehabilitationserfolg infolge Selbstlimitierung, gemäss GA Dr. C. ___ 05/2007 sei die Schmerzsymptomatik aber auch nicht somatisch-rheumatologisch erklärbar, jedoch habe auch das neuropsychologische Gutachten Dipl-psych. AL. ___ vom 23. Januar 2008 inkonsistente Ergebnisse und teilweise Hinweise auf Täuschungsverhalten ergeben). Obwohl also damals bereits eine chronisch und therapieresistent angegebene Beschwerdesymptomatik genannt und eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % zunächst ab 05/2005 gewährt worden sei, habe letztlich die damalige Beschwerdesymptomatik nicht hinreichend objektiviert, wohl aber hätten Inkonsistenzen belegt werden können. Zum psychosozialen Kontext sei zu erinnern, dass zum Zeitpunkt 2005/2006 der älteste Sohn bereits volljährig gewesen sei und in Aussicht gestanden habe, dass er die Familie unterstützen könne. Die Schweizer Bürgerrechte seien 2006 erworben worden. Auch später, retrospektiv seit 2009, ergäben sich für relevante psychische Störungen keine Anhaltspunkte, zumal bis 2016 keine konsequente psychiatrische Behandlung stattgefunden habe. Die Diagnosen «Anpassungsstörung ab 2005» oder Beschreibung einer «aktuell mittelgradigen depressiven Episode seit mindestens März 2016 (GA 04/2019), die als chronifiziert zu bezeichnen sei» grenze Inkonsistenzen nicht angemessen ab, zumal die maximalen Zeitkriterien für solche Diagnosen doch Anlass zur Überprüfung geben müssten. Unklar bleibe im psychiatrischen H. ___ -Gutachten vom 16. November 2017 umso

mehr, wie die Diagnose F33.2 gestellt worden sei. So könne auch gegenwärtig, bei einem von der Versicherten vergleichbar zu diesen Vorberichten subjektiv vorgetragenen Beschwerderapport, eben nicht das Ausmass einer relevanten depressiven Störung objektiviert werden, wohl aber könnten erneut deutliche Inkonsistenzen belegt werden. So dürfe auf die Ergebnisse der zur Symptomvalidierung kognitiver Minderleistungen eingesetzten RMT-15 hingewiesen werden, wäre ein solches Ergebnis doch schon mit einer erheblichen dementiellen Störung vergleichbar, welche aber im klinischen Kontext sicher nicht bestehe. Es müsse hier von einer bewusstseinsnahen negativen Leistungsverzerrung ausgegangen werden. (Man erinnere, schon 2005 hätten sich Hinweise im neuropsychologischen Gutachten auf ein Täuschungsverhalten ergeben). Auch seien die Angaben zur Einnahme der Schmerzmittel und teilweise der Psychopharmaka widersprüchlich zu den Angaben der Versicherten. Die Therapieaktivität z.B. auch bezüglich der Schmerzsymptomatik sei auffallend gering und eben nicht zu der hochskaliert angegebenen Schmerzausprägung kongruent. Dass «alle bisherigen medizinischen und psychiatrischen Behandlungsversuche kaum zu einer klinisch relevanten gesundheitlichen Verbesserung und zu keiner anhaltenden Verbesserung ihrer Arbeitsfähigkeit geführt hätten», wie der Psychiater Dr. med. O. ___ beschreibe, sei wenig plausibel, zumal eben selbst im Falle einer mittelgradigen depressiven Episode (wie im GA H. ___ 11/2017 oder GA 4/2019 J. ___ angenommen) solche üblicherweise gut behandelbar seien und nicht längerdauernde Arbeitsunfähigkeiten in zumindest eher einfach strukturierten Arbeitstätigkeiten begründen könnten. Es könne aber auch nicht festgestellt werden, dass hier, selbst bei Annahme solcher mittelgradiger depressiver Störungen, die therapeutischen Optionen ausreichend genutzt worden wären. So seien keine psychiatrisch-stationären Massnahmen als erforderlich gesehen worden, eine Änderung der Medikation offensichtlich nicht vorgenommen worden bzw. sei das aktuell zwar angegebene sehr nieder dosierte Duloxetin im Blut der Versicherten eben auch gar nicht nachweisbar. Gleichermassen seien aber auch die Angaben zu den Analgetikaeinnahmen nicht mit den Befunden der Medikamentenspiegelbestimmungen übereinstimmend, weshalb auch für die angegebenen Schmerzen ein deutlich geringerer als angegebener Schweregrad angenommen werden müsse. Umso mehr lasse die geringe Inanspruchnahme schmerzmedizinischer Massnahmen nicht auf eine so erhebliche Symptomatik schliessen, um eine relevante psychische Störung dauerhaft zu erklären. Zumal aber eben auch entwicklungspsychologisch keine Hinweise für eine frühe Belastung und der Persönlichkeitsentwicklung ableitbar, bzw. keine psychisch-strukturellen Störungshinweise oder relevante Störung der komplexen ich-Funktionen nachweisbar seien, müsse von hinreichend guter Resilienz und psychischer Stabilität ausgegangen werden und davon, dass auch im Rahmen somatischer Beschwerden ein hinreichend guter Umgang und Symptomverarbeitung möglich sei. Es fielen aber Parallelen auf zum Beschwerdeverlauf ehemals bereits mit Arbeitsunfähigkeit ab 05/2005, (IV-Antrag, Arbeitsunfähigkeit bei scheinbarer Therapieresistenz, mehrfache Gutachten, letztlich nicht hinreichend objektivierbare medizinische Grundlage für die damals auch dauerhaft angegebene Beschwerdesymptomatik, aber auch schon bei Bestehen von Inkonsistenzen). So zeige sich auch aktuell erneut eine durchgängig attestierte Arbeitsunfähigkeit ab 2011, angegebene Chronizität und Therapieresistenz der Beschwerden, welche zwar teilweise nun einen somatischen Kern fänden (siehe abdominalchirurgisches Gutachten), aber eben nicht in der angegebenen hohen Ausprägung, welche die dauerhaft hohe Arbeitsunfähigkeits-Bewertung begründen könnte. Zusammenfassend ergäben sich aus den Akten keine hinreichend plausiblen

objektivierbaren psychischen Störungen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit, wohl aber Inkonsistenzen. Eine objektivierbare und plausibel begründbare längerdauernde Einschränkung der Arbeitsfähigkeit könne somit auch retrospektiv nicht mit dem gebotenen Grad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit belegt werden. Gestützt auf dieses beweiswertige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

9.2.3 Im internistischen Teilgutachten wird eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ebenfalls nachvollziehbar verneint, wobei hierbei ausdrücklich das Gebiet der Viszeralchirurgie ausgelassen und auf das diesbezügliche Teilgutachten verwiesen wurde. Der internistische Gutachter führte aus, aus allgemein-internistischer Sicht bestünden keine Funktionsstörungen; die Ressourcen seien nicht beeinträchtigt. Die Systemanamnese ergebe keine wesentlichen Probleme mit dauerhaftem Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit auf dem allgemein-internistischen Gebiet im engeren Sinne; für die Viszeralchirurgie werde auf das separate Teilgutachten verwiesen. Die arterielle Hypertonie habe keinen Einfluss auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der kardiopulmonale Befund sei unauffällig, von dieser Seite gebe es keine Einschränkungen. Der Diabetes mellitus habe keine unmittelbaren medizinischen Auswirkungen auf die Arbeits- und Leistungsfähigkeit; dies wäre auch bei einem allenfalls insulinpflichtigen und schlecht eingestellten Diabetes der Fall. Aufgrund der Schweizerischen Arbeitsmedizinischen Richtlinien bestehe jedoch bei Diabetes mellitus keine Eignung für Nacht- und Schichtarbeit; somit könnten Nacht- und Schichtarbeit nicht als zumutbar betrachtet werden. Beim Lenken von Fahrzeugen und Bedienen von Maschinen seien besondere Vorsichtsmassnahmen einzuhalten; berufsmässiges Lenken von Fahrzeugen sei nicht zulässig. Bei Diabetes mellitus sei ein regelmässiger strukturierter Tagesablauf anzustreben, was durch eine Erwerbstätigkeit unterstützt würde. Auch eine verbesserte Einstellung hätte aufgrund der Richtlinien keine Verbesserung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit zur Folge. Solche wie die oben genannten Anforderungen wären mit der angestammten Tätigkeit der Versicherten nicht verbunden; zudem sei der Diabetes in dem zu beurteilenden Zeitraum (7. Januar 2009 – 11. Juli 2018) nicht neu aufgetreten, stelle also keine Beeinträchtigung dar, die nicht schon in die Beurteilung eingeflossen wäre. Die (bezüglich internistischer Inhalte zweifellos fachfremde) am 10. Oktober 2016 gemachte Darstellung des Psychiaters O. ___ falle auf durch zumindest stark verdeutlichende Schilderungen. Einfache Substitutionen respektive Infusionen mit wissenschaftlich fraglichem Nutzen würden stilisiert zu «lebenslang wöchentliche Infusionen mit Multivitaminen und Mikroelementen». Die geltend gemachte «gestörte» Resorption der Medikamente dürfte kaum klinische Relevanz haben. «Lebensbedrohliche Krankheitsbeschwerden» lägen nicht vor. Eine «klare multi-faktorielle 100%ige AUF für alle Erwerbstätigkeiten» sei aus allgemein-internistischer Sicht keinesfalls gegeben. Ob «schwere existentielle Todesängste» vorlägen, sei psychiatrischerseits zu beurteilen.

9.2.4 Im viszeralchirurgischen Teilgutachten kommt der Gutachter grundsätzlich nachvollziehbar zum Schluss, dass der Beschwerdeführerin eine angepasste 80%ige Arbeitstätigkeit zumutbar sei: Vor der Magenbypassoperation wegen Adipositas per magna im Februar 2014 seien bei der Versicherten nur kleinere Eingriffe durchgeführt worden, so wahrscheinlich eine Entfernung einer Zyste im linken Ovar 1995 sowie eine laparoskopische Hysterektomie 2007. Im selben Jahr sei eine ESWL wegen Ureterkonkrement auf der linken Seite durchgeführt worden. In dieser Zeit hätten vor allem auch Probleme seitens des Bewegungsapparats bestanden. Die viszeralchirurgischen

Probleme hätten mit der bereits erwähnten Magenbypassoperation im Februar 2014 begonnen, mit mehreren Reoperationen, unter anderem wegen Obstruktionen im Bereich der Fusspunktanastomose, innerer Hernie, Narbenhernie. Zudem sei wegen Nachweis eines Adenoms im Bereich der Papilla vateri eine Operation nach Whipple erfolgt. Der letzte Eingriff habe am 17. Juni 2019 stattgefunden, es sei eine diagnostische Laparoskopie durchgeführt worden, es seien Verwachsungen im Bereich der Fusspunktanastomose gelöst worden, in diesem Bereich habe eine Kammerbildung bestanden. Nach diesem Eingriff sei es zu einer Besserung der Situation für ca. 4 Monate gekommen, nun bestünden nach dem Bericht von Prof. Dr. med. Q.____ im Januar 2020 wiederum ähnliche Beschwerden mit intermittierendem Erbrechen. Im Vergleich zur Situation vor der Operation bestehe also keine Besserung. Ein neuerlicher Eingriff schein nicht erfolgsversprechend zu sein. Die Versicherte zeige aus viszeralchirurgischen Gründen eine persistierende Bauchsymptomatik, am ehesten wegen massiven Verwachsungen nach mehreren Baueingriffen, persistierende Kammerbildung im Bereich der Fusspunktanastomose. Bildgebend könne keine sichere Ursache gefunden werden. Im anlässlich der Begutachtung durchgeführten CT des Abdomens vom 7. Februar 2020 hätten sich keine sichere Passagestörung gezeigt, keine entzündlichen Veränderungen, keine Hernie. Bereits im Bericht von Prof. Dr. med. Q.____ vom 30. Januar 2020 werde erwähnt, dass endsonographisch keine Ursache für die Beschwerden habe gefunden werden können. Subjektiv würden rezidivierendes Erbrechen, Stuhlentleerungen bis zu 10 x pro Tag erwähnt, teils flüssig, hell, im Sinn von Fettstuhl, berichtet. Die Versicherte sei aus viszeralchirurgischer Sicht in der Arbeitsfähigkeit sicher eingeschränkt, wegen den häufigen Stuhlentleerungen sei eine Arbeit in der Nähe der Toilette sicher nötig, dazu wechselbelastende Tätigkeiten, Gewichte bis maximal passager mittelschwer. Aus viszeralchirurgischer Sicht sei die Versicherte in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig. Weitere medizinische Massnahmen: Der Stuhl sollte von weicher Konsistenz sein, keine obstipierenden Medikamente wie Opiate. Die Beschwerden seitens Abdomen seien bei Status nach diverssten Operationen nachvollziehbar. Des Weiteren beantwortet der Gutachter mit Stellungnahme vom 16. Juli 2021 (A.S. 391 ff.) in nachvollziehbarer Weise die gerichtliche Ergänzungsfrage (s. E. I 20 hiervor) unter Einbezug der nachträglich eingegangenen Berichte: Wie bereits im vorhandenen Gutachten beschrieben, bestehe aus orthopädischer Sicht eine erhebliche Diskrepanz zwischen den angegebenen Beschwerden und objektiven klinischen, aber auch röntgenologischen Befunden. Die dauerhafte und immer gleichbleibende, so scheinbar durchgängig therapieresistente Beschwerde-Symptomatik sei nicht hinreichend erklärt, der orthopädische Teilgutachter sei der Meinung, dass die Versicherte in der angestammten Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig bleibe, jedoch in einer Verweistätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit bestehe. Weitere Inkonsistenzen seien offensichtlich, eine relevante depressive Störung könne nicht objektiviert werden, im RMT-15 zeigten sich Werte wie bei einer Demenzpatientin, was hier sicher nicht der Fall sei, möglicher Hinweis für ein Täuschungsverhalten. Die Therapieaktivitäten seien relativ gering, trotz Angaben von Rückenbeschwerden / Fehlform erfolge keine aktive Physiotherapie. Aus viszeralchirurgischer Sicht sei die Versicherte in der bisherigen Tätigkeit 100 % arbeitsunfähig zu schreiben. In einer ideal angepassten Verweistätigkeit sei die Versicherte arbeitsfähig zu 80 %, Arbeit drinnen, resp. an einem Ort, wo eine Toilette vorhanden sei, die Versicherte habe mit dieser 80%igen Arbeitsfähigkeit auch Möglichkeiten für Ruhephasen. Es sei unbestritten, dass nach diversen Bauchoperationen Verwachsungen bestünden, die unterschiedliche Beschwerden

verursachen könnten. Die zahlreichen bildgebenden Abklärungen bei der Versicherten zeigten höchstens eine mögliche Passagestörung. Diverse Endoskopien und radiologische Abklärungen zeigten keinerlei relevante Stenosen. Die angegebenen Abdominalbeschwerden und die erhöhte Stuhlfrequenz seien rein subjektive Angaben der Versicherten, diese könnten nicht kontrolliert werden. Die Anmerkung der Hausärztin Dr. med. I.____, dass die Versicherte wegen der Schmerzen immer mehr Schmerzmittel brauche, könne nicht erhärtet werden, so hätten die Medikamentenspiegel zumindest stets nicht im therapeutischen Bereich gelegen oder hätten nicht nachgewiesen werden können. Aus gutachterlicher Sicht ergebe sich für die Versicherte eine 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer ideal angepassten Tätigkeit, dies bei ganztägiger Anwesenheit, Bedingung, dass immer eine Toilette in der Nähe sein müsse und dass die Versicherte falls nötig Ruhephasen bekomme. Um die Versicherte wieder in den Arbeitsprozess zu integrieren, könne ein stufenweises Verfahren gewählt werden, dies mit einer initialen Arbeitsfähigkeit (Versuch) von 20 %, danach Steigerung jeweils um 20 % bis Total 80 %. 9.2.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin in einer adaptierten Verweistätigkeit aufgrund der Abdominalbeschwerden leichte Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit um 20 % vorlägen. (AF 80 %, ganztägige Präsenz, leichte Minderung der Leistungsfähigkeit; vgl. E. II. 9.1. hiervor). Zur Zeit der letzten Rentenverfügung am 7. Januar 2009 seien die viszeralchirurgischen Probleme noch nicht vorhanden gewesen, diese hätten erst 2014 begonnen. In diesem Sinn habe sich der Gesundheitszustand sicher verschlechtert, im Sinn von Adhäsionen nach mehreren Eingriffen. Zum Verlauf des Gesundheitszustandes hielten die Gutachter fest, nach den chirurgischen Eingriffen sei die Versicherte mindestens für 2 Monate zu 100 % arbeitsunfähig gewesen, danach könne die 80%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit angenommen werden. 9.3 Der Beweiswert des Gutachtens der P.____ vom 13. Juli 2020 wird sodann auch nicht durch die von der Beschwerdeführerin mit Stellungnahmen vom 30. September 2020 (A.S. 347 ff.) sowie vom 13. September 2021 (A.S. 400 ff.) vorgebrachten Rügen geschmälert. Bezüglich des orthopädischen Teilgutachtens wird im Wesentlichen gerügt, der Gutachter habe erwähnt, dass die Funktionseinschränkungen, welche die Versicherte demonstriere, nicht objektiv begründet werden könnten. Es stelle sich hierbei jedoch unweigerlich die Frage, welche Funktionseinschränkungen der Gutachter überhaupt meine, die von der Beschwerdeführerin «demonstriert» würden. Entgegen den Ausführungen der Beschwerdeführerin begründete der orthopädische Teilgutachter seine diesbezüglichen Schlussfolgerungen aber sehr wohl. So hielt er fest, bei entspannter Lage und manueller Untersuchung zeige sich ein deutlich besseres Gelenkspiel, das Hinweise gebe auf ein wesentlich besseres Funktionsausmass, als die Versicherte demonstriere. Radiologisch zeigten die im Februar 2020 angefertigten Kontrollaufnahmen der HWS, der LWS und des Kniegelenkes einen konstant gebliebenen Befund bei nur leichten degenerativen Veränderungen, die die angegebenen erheblichen Beschwerden und gezeigten Funktionseinschränkungen nicht belegen könnten. Insofern die Beschwerdeführerin weiter rügt, dass sich der orthopädische Gutachter nicht mit dem Gutachten der J.____ auseinandergesetzt habe, ist darauf hinzuweisen, dass dieses nicht beweismässig ist, was den Gutachtern der P.____ auch bekannt war (vgl. Verfügung vom 30. Oktober 2019, Ziff. 1) und deshalb eine fehlende Auseinandersetzung mit diesem nicht zu beanstanden ist. Schliesslich macht die Beschwerdeführerin geltend, dass sich der orthopädische P.____-Gutachter auch nicht damit auseinandersetze und nicht begründe, weshalb er der Beschwerdeführerin – trotz einer partiellen Verschlechterung des

orthopädischen Status (v.a. Verschlechterung der rechten Schulter) – weiterhin eine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiere. Dies ist jedoch nicht korrekt. So hielt der Gutachter fest, für die angegebenen erheblichen Beschwerden könne objektiv kein Befund nachgewiesen werden. Auch die im März beschriebene Schulterproblematik sei anhand der jetzigen Untersuchung nicht mehr nachweisbar. Die Beschwerdeführerin sei in der Lage, den rechten Arm normal einzusetzen. Eine Impingement-Symptomatik könne momentan nicht objektiviert werden. Bezüglich des psychiatrischen Teilgutachtens rügt die Beschwerdeführerin unter anderem den Umstand, dass der psychiatrische Gutachter kein neuropsychologisches Gutachten veranlasst habe, obwohl er doch selber attestiert habe, dass bei der Beschwerdeführerin angeblich «keine Ermüdung» und keine Verminderung der «Konzentration, Auffassung und Gedächtnis» festgestellt worden seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass es Sache des Gutachters ist, darüber zu befinden, ob weitere Abklärungen notwendig sind. Vorliegend erachtete der Gutachter diesbezügliche Abklärungen offenbar nicht als notwendig, was angesichts der schlüssigen gutachterlichen psychiatrischen Beurteilung auch nicht zu beanstanden ist. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin erscheint die Feststellung des Gutachters, im Hamilton-Depressions-Scale habe lediglich ein Scale von 6 Punkten und damit keine relevante Depression vorgelegen, aufgrund der Befunderhebung genügend schlüssig. Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin die psychiatrische gutachterliche Feststellung, wonach keine relevanten Angstzustände vorhanden seien, obwohl in den Akten diverse Male von Ängsten berichtet werde. Die von der Beschwerdeführerin genannten Ängste vermögen die gutachterliche Feststellung jedoch nicht zu entkräften, zumal der Gutachter das Vorliegen von Ängsten auch nicht generell verneint, sondern festhält, es bestünden keine «relevanten» Angstzustände. Das Gleiche gilt auch hinsichtlich der gutachterlichen Feststellung, die Beschwerdeführerin sei «objektiv konzentriert und aufmerksam». Die Beschwerdeführerin rügt diesbezüglich, sie habe aber immer wieder übereinstimmend angegeben, sie könne sich nicht gut konzentrieren. Dabei handelt es sich aber um subjektive Angaben. Und dass im nicht beweiswertigen J.____-Gutachten ausgeführt wurde, die Konzentration sei während des Gesprächs teilweise vermindert gewesen, vermag die Feststellung im psychiatrischen Teilgutachten der P.____ ebenso wenig zu entkräften. Insofern gerügt wird, dass der Gutachter auf fremdanamnestiche Auskünfte verzichtet habe, ist wiederum darauf hinzuweisen, dass der diesbezügliche Entscheid über die Einholung zusätzlicher Auskünfte Sache des Gutachters ist. Sodann wird die nachfolgende gutachterliche Aussage gerügt: «Objektive Hinweise auf verminderte Kraft und Energie ergeben sich nicht, auch wenn die Versicherte diese angibt.» Dies stelle einen Widerspruch zu den Ausführungen des orthopädischen Gutachters dar, wonach die Beschwerdeführerin einen müden, leicht abgespannten und bedrückten Eindruck mache. Auch diese Rüge erscheint nicht nachvollziehbar. So prüfte der psychiatrische Gutachter dieses Kriterium unter psychiatrischen Gesichtspunkten, während es sich bei den Aussagen des Orthopäden lediglich um – aus psychiatrischer Sicht – unspezifische Feststellungen handelt. Am Beweiswert der psychiatrischen Aussage vermag auch der Umstand nichts zu ändern, dass im H.____-Gutachten von 2017 noch festgehalten worden war, im Antrieb sei die Versicherte objektiv vermindert, wirke schwunglos, verarmt und im Gutachten der J.____ Psychomotorik und Antrieb als vermindert erachtet wurden. Es handelt sich hierbei um Befunderhebungen, welche zu einem anderen Zeitpunkt gemacht wurden und demnach nicht vergleichbar sind. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ist des Weiteren die gutachterliche Aussage, wonach die Aktivitäten im Wesentlichen unauffällig seien, nicht zu

beanstanden. Auch wenn die Beschwerdeführerin angab, das Bedürfnis unter Menschen zu gehen, habe sie von sich aus kaum, sie zwingt sich dazu, zeigen ihre Ausführungen zum Tagesablauf diverse soziale Kontakte und ausserhäusliche Tätigkeiten, wie regelmässiges mit dem Hund spazieren gehen. Wenn sodann im viszeralchirurgischen Teilgutachten festgehalten wurde «Des Weiteren führen diese Beschwerden zu Schlafstörungen, depressiver Stimmungslage», vermag dies an der Schlussfolgerung des psychiatrischen Gutachters, dass keine Depression vorliege, ebenfalls nichts zu ändern. Ebenso nichts zu ändern vermögen die abweichenden Ausführungen im H.____- und J.____-Gutachten, wonach die Beschwerdeführerin von starken Schamgefühlen und einem verminderten Selbstwertgefühl berichtet habe. Es kann auf das vorgehend Gesagte verwiesen werden. Weiter macht die Beschwerdeführerin geltend, sie habe über erhebliche Schmerzen, Kopfschmerzen, Bauchschmerzen, welche in den ganzen Körper ausstrahlten, Darmschmerzen, u.s.w., geklagt. Der psychiatrische Gutachter verneine aber eine psychiatrisch bedingte somatoforme Schmerzproblematik und verweise diesbezüglich lapidar auf die somatische Situation. Dem ist entgegenzuhalten, dass die somatischen Gutachter ja darlegen, dass die geklagten Beschwerden nur teilweise nachvollziehbar seien und insbesondere durch den niedrigen Medikamentenspiegel im geklagten Ausmass kaum glaubhaft seien. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin setzte sich der psychiatrische Gutachter zudem auch mit dem H.____-Gutachten auseinander (vgl. S. 34 hiervor). Insofern die Beschwerdeführerin schliesslich den Umstand rügt, dass der psychiatrische Gutachter beim behandelnden Psychiater keinen Verlaufsbericht mehr eingeholt habe, ist darauf hinzuweisen, dass es grundsätzlich der Beurteilung des Gutachters überlassen ist, ob er die Einholung weiterer Berichte oder fremdanamnestischer Auskünfte als notwendig erachtet. Es wurde von der Beschwerdeführerin denn auch nicht geltend gemacht, es habe sich aus psychiatrischer Sicht eine Veränderung ergeben, zumal der Sachverhalt gutachterlich nur bis zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom

E. 11

11.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

11.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens sowie der ergänzenden Stellungnahme der P.____ vom 13. Juli 2020 und 16. Juli 2021 von gesamthaft CHF 18'286.90 zu tragen. Des Weiteren wurde vorgängig ein polydisziplinäres Gutachten bei der J.____ veranlasst, welches jedoch, wie unter E. II 8 hiervor ausgeführt, aufgrund fehlenden Beweiswerts nicht verwertbar ist. Die diesbezüglichen Gutachtenskosten von CHF 13'468.80 sind deshalb vom Kanton Solothurn zu tragen.