

# SO\_GERICHTE VSBES.2018.221 vom 2. August 2018

SO Obergericht, 2018-08-02, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2018.221](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2018.221)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2018.221 du 2 août 2018

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2018.221 del 2 agosto 2018

## Erwägungen

### E. 1

1.1 Die 1968 geborene A.\_\_\_\_ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 23. August 2010 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab an, an Rückenbeschwerden zu leiden (IV-St. Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Seit dem 18. September 1989 arbeitete sie als Montagemitarbeiterin in der B.\_\_\_\_, [...], wobei sie ihr Arbeitspensum per 1. September 2002 von 100 % auf 50 % reduziert hatte (vgl. IV-Nr. 8 und 10). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) übernahm in der Folge Frühinterventionsmassnahmen in Form eines persönlichen Coachings ab 10. November 2010 für 20 Stunden (Mitteilung vom 21. Oktober 2010, IV-Nr. 13). Die damalige Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. C.\_\_\_\_, FMH Allgemeine Medizin, attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 30. Dezember 2008 bis 4. April 2009 und eine solche von 75 % vom 5. bis 30. April 2009 (Bericht vom 26. Oktober 2010, IV-Nr. 14 S. 2 ff.). Mit Verfügung vom 27. Juli 2011 lehnte die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den medizinischen Abklärungen sei die angestammte Tätigkeit als Montagemitarbeiterin weiterhin uneingeschränkt und ohne Leistungsminderung in einem Vollpensum (100 %) zumutbar. Dies gelte ebenso für jede andere leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung. Es liege keine Invalidität vor (IV-Nr. 33). Diese Verfügung erwuchs in der Folge unangefochten in Rechtskraft.

1.2 Am 27. Januar 2016 meldete sich die Beschwerdeführerin bei der IV neu an, wobei geltend gemacht wurde, ihr Gesundheitszustand habe sich in der Zwischenzeit erheblich verschlechtert. Sie habe sich im Jahr 2012 bei einem Sturz in der Waschküche eine Fraktur des linken Fusses zugezogen, wobei diesbezügliche Beschwerden andauerten. Im Weiteren hätten ihre Schmerzen in der rechten Schulter, im linken Knie sowie im Rücken seit dem Jahr 2011 deutlich zugenommen. Es sei eine vollumfängliche Neubegutachtung der Gesamtumstände erforderlich (IV-Nr. 47). Daraufhin veranlasste die Beschwerdegegnerin eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische, orthopädische und psychiatrische) Begutachtung in der Gutachterstelle D.\_\_\_\_, [...] (im Folgenden: D.\_\_\_\_), welche im März und Mai 2017 vorgenommen wurde (Gutachten vom 12. Januar 2018; IV-Nr. 91). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) und Durchführung des Vorbescheidverfahrens wies die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit Verfügung vom 2. August 2018 ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen angegeben, gemäss den medizinischen Abklärungen sei die Beschwerdeführerin seit Dezember 2015 in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es sei ihr jedoch möglich, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin als auch in einer angepassten Verweistätigkeit im Umfang von 80 % ohne zusätzliche Leistungseinschränkung zu

arbeiten. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 20 %. Die gegen das Gutachten vorgebrachten Einwände seien unbegründet. Der medizinische Sachverhalt sei ausreichend abgeklärt worden. Von weiteren Beweiserhebungen könne abgesehen werden (IV-Nr. 103; Aktenseiten [A.S. 1] ff.).

## **E. 2**

2.1 Mit – unter Berücksichtigung der Gerichtsferien – fristgerechter Beschwerde vom 12. September 2018 lässt die Beschwerdeführerin folgende Rechtsbegehren stellen (A.S. 6 ff.): Ziff. 2 der Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 2. August 2018 sei aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei die ihr gesetzlich zustehende Invalidenrente zuzusprechen. - Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen - 2.2 In ihrer Beschwerdeantwort vom 19. Oktober 2018 beantragt die Beschwerdegegnerin die Abweisung der Beschwerde, wobei sie auf Bemerkungen zur Beschwerde verzichtet (A.S. 25). 2.3 Mit Eingabe vom 6. November 2018 lässt die Beschwerdeführerin weitere Ausführungen machen; gleichzeitig reicht ihr Vertreter seine Kostennote ein (A.S. 28 f.). 2.4 Den Parteien wird mit Instruktionsverfügung vom 11. Oktober 2019 mitgeteilt, zur Beurteilung der Streitfrage, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin wesentlich verschlechtert habe, werde ein polydisziplinäres Gerichtsgutachten unter Einschluss der Disziplinen «Orthopädie», «Rheumatologie», «Neurologie» und «Psychiatrie» eingeholt. Es sei vorgesehen, mit der Begutachtung die E.\_\_\_\_ (im Folgenden: ) zu beauftragen. Sowohl die Namen der für die Begutachtung vorgesehenen Fachärzte als auch die an die Gutachter zu richtenden Fragen werden den Parteien bekannt gegeben. Im Weiteren erhalten die Parteien Gelegenheit zur Stellungnahme und Beantragung allfälliger Zusatzfragen (A.S. 31 ff.). 2.5 Mit Eingabe vom 29. Oktober 2019 verzichtet die Beschwerdegegnerin auf eine Stellungnahme und die Einreichung von Zusatzfragen (A.S. 35). Die Beschwerdeführerin lässt gegen die vorgeschlagene Gutachterstelle und den vorgesehenen psychiatrischen Teilgutachter verschiedene Einwände erheben; mit dem vorgeschlagenen Fragekatalog ist sie dagegen einverstanden und es werden keine Zusatzfragen beantragt (A.S. 36 f.). 2.6 Mit Verfügung vom 25. November 2019 wird der Antrag der Beschwerdeführerin, es sei das Gerichtsgutachten nicht bei der vom Gericht vorgeschlagenen Gutachterstelle, sondern beim F.\_\_\_\_, [...], einzuholen, abgewiesen (A.S. 41 ff.). Mit der Begutachtung der Beschwerdeführerin wird – wie vorgesehen – die E.\_\_\_\_ beauftragt. Mit der Begutachtung werden die vom Gericht vorgesehenen Fachärzte, insbesondere auch der psychiatrische Teilgutachter, bestimmt. Die Abweisung der von der Beschwerdeführerin erhobenen Einwände wird kurz begründet (A.S. 41 ff.). 2.7 Am 10. November 2020 wird das polydisziplinäre Gerichtsgutachten der E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2020 eingereicht (A.S. 46 ff.). 2.8 Mit Instruktionsverfügung vom 12. November 2020 wird den Parteien Gelegenheit gegeben, sich zum Gerichtsgutachten abschliessend schriftlich zu äussern (A.S. 151 f.). 2.9 Am 7. Januar 2021 lässt die Beschwerdeführerin dem Gericht eine Stellungnahme zum Gerichtsgutachten einreichen; auf die Zustellung einer aktualisierten Kostennote wird seitens ihres Vertreters verzichtet (A.S. 158 f.). 2.10 Mit Verfügung vom 18. Januar 2021 wird festgestellt, dass die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Stellungnahme zum Gerichtsgutachten verzichtet hat (A.S. 160). II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist daher einzutreten. 1.2 Streitig und zu prüfen ist, ob seit der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Juli 2011 (IV-Nr. 33), worin der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (und berufliche Eingliederungsmassnahmen) abgewiesen wurde, eine

anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der vorliegend angefochtenen Verfügung am 2. August 2018 eingetreten ist (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 mit Hinweisen).

### **E. 2.1**

Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

### **E. 2.2**

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG).

### **E. 3.1**

Gemäss Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. auch Art. 86 ter -88 bis der Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201] sowie Art. 31 IVG) wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben, wenn sich der Invaliditätsgrad einer Rentenbezügerin oder eines Rentenbezügers erheblich ändert. Anlass zur Revision einer Invalidenrente im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustands revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.2 Wird ein Gesuch um Revision eingereicht, ist darin glaubhaft zu machen, dass sich der Grad der Invalidität des Versicherten in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2

IVV). Wurde eine Rente wegen eines zu geringen Invaliditätsgrades verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sind (Art. 87 Abs. 3 IVV). Tritt der Versicherungsträger auf die Neuanmeldung ein, hat er – analog zu einem Revisionsfall nach Art. 17 ATSG – abzuklären, ob die glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist. Dies beurteilt sich durch Vergleich der Verhältnisse im Zeitpunkt der Neuanmeldung mit denjenigen bei Erlass der letzten, auf einer materiellen Prüfung des Anspruchs beruhenden Verfügung (BGE 130 V 71 E. 3.2.3 S. 75 ff.; vgl. auch BGE 133 V 108). Stellt der Versicherer fest, dass der Invaliditätsgrad keine Veränderung erfahren hat, so weist er das Gesuch ab. Andernfalls prüft er, ob die festgestellte Veränderung genügt, um eine anspruchsbegründende Invalidität zu bejahen, und entscheidet anschliessend über den Anspruch (Urteil des Bundesgerichts 8C\_282/2012 vom 11. Mai 2012 E. 2). Analog zur erstmaligen Anspruchsbeurteilung sind zudem allfällige anspruchswirksame Veränderungen bis zum Verfügungserlass zu berücksichtigen (vgl. BGE 129 V 222).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren bilden die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der versicherten Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

4.2 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). 4.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsgericht haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. 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. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist

entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352).

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 351 E. 3b/cc S. 353).

4.5 In Revisions- und Neuanmeldungsfällen ist zusätzlich zu beachten, dass sich eine medizinische Beurteilung, welche von einer früheren ärztlichen Einschätzung abweicht, hinreichend darüber aussprechen muss, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes stattgefunden hat. Die Feststellung einer Veränderung erfolgt durch eine Gegenüberstellung eines vergangenen und des aktuellen Zustandes. Der Beweiswert eines zwecks Rentenrevision erstellten Gutachtens hängt also wesentlich davon ab, ob es sich ausreichend auf das Beweisthema der erheblichen Änderung des Sachverhalts bezieht. Einer für sich allein betrachteten vollständigen, nachvollziehbaren und schlüssigen medizinischen Stellungnahme, die im Hinblick auf eine erstmalige Beurteilung der Rentenberechtigung tauglich wäre, mangelt es daher in der Regel am rechtlich erforderlichen Beweiswert, wenn sie sich nicht hinreichend darüber ausspricht, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist. Vorbehalten bleiben Sachlagen, in denen es evident ist, dass die gesundheitlichen Verhältnisse sich verändert haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_38/2013 vom 2. September 2013 E. 4.4.3). Ist eine anspruchserhebliche Änderung des Sachverhalts nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, bleibt es nach dem Grundsatz der materiellen Beweislast beim bisherigen Rechtszustand (a.a.O. E. 2.4).

4.6 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4 S. 469 mit Hinweisen). Ein Grund zum Abweichen kann vorliegen, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Eine abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Richter als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f. mit Hinweisen).

## **E. 5**

Im vorliegenden Fall ist zu prüfen, ob nach einem Vergleich des medizinischen Sachverhalts im Zeitpunkt der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Juli 2011 mit demjenigen im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. August 2018 eine

anspruchswirksame Veränderung des Gesundheitszustands des Beschwerdeführers ausgewiesen ist. Die Beschwerdegegnerin stützte sich beim Erlass der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Juli 2011 im Wesentlichen auf die damals vorliegenden medizinischen Berichte, welche im Folgenden darzulegen sind:

### **E. 5.1**

5.1.1 Aus dem Bericht des G.\_\_\_\_, Medizinische Klinik (Dr. med. H.\_\_\_\_, Leitender Arzt), vom 13. November 2009 gehen folgende Diagnosen hervor: «Chronisches panvertebrales Syndrom, pseudoradikuläre Ausstrahlung rechtes Bein, Dekonditionierung und muskuläre Dysbalance, Zeichen einer zentralen Sensitisierung; Patellafrakturen links 12/2008, rechts 2004, Osteosynthese Patella links 12/2008, Osteosynthesematerialentfernung Patella links 20.07.2009, aktuell: residuelle Beschwerden Patella links; Nikotinkonsum bis 2000; Spannungskopfschmerzen und aktenanamnestisch Migräne mit Aura (ophthalmische Migräne)». Im Rahmen der Beurteilung wurde ausgeführt, trotz dem von der Patientin berichteten regelmässigen Muskelkräftigungstraining (2 bis 3-mal pro Woche) habe die Patientin keine Steigerung der Leistungsfähigkeit erreicht. Sie habe offensichtlich vorübergehend eine 100 %ige Arbeitstätigkeit versucht, diese aber wegen Intoleranz wieder abgebrochen. Nach wie vor bekomme sie Hilfe im Haushalt von der Schwester und der Tochter. Ab Februar 2010 werde die Patientin gemäss neuem Arbeitsvertrag das Arbeitspensum auf 50 % reduzieren, dies bei aktuell 56 %. Nach wie vor gebe sie an, wieder zu 100 % arbeitstätig sein zu wollen. Den Willen, dies wirklich zu erreichen, könne man aktuell nicht spüren. Die Patientin fühle sich dazu nicht in der Lage, obwohl aus rehabilitativer und rheumatologischer Sicht keine Einschränkung für eine 100%ige Arbeitstätigkeit leichten bis mittelschweren Grades zu erkennen sei. Es scheine vielmehr, dass ein psychophysischer Erschöpfungszustand vorliege, dies nach langjähriger hochprozentiger Berufstätigkeit und gleichzeitiger Kindererziehung sowie Haushaltführung. Angesichts der fehlenden therapeutischen Fortschritte sei der Patientin ein Abschluss vorgeschlagen worden. Ob mittels psychosomatischer Therapie versucht werden solle bzw. könne, die Arbeitstätigkeit zu steigern, bleibe offen. Eine stationäre Behandlung sei nicht opportun, zumal sich die Patientin nach wie vor im Arbeitsprozess befinde. Einer zentral schmerzmodulierenden Therapie stehe die Patientin ablehnend gegenüber. Mit einer solchen Therapie könnte auch versucht werden, eine gewisse depressive Komponente mit Lustlosigkeit aktivierend anzugehen (IV-Nr. 14 S. 10 f.).

5.1.2 Dem Elektrophysiologie-Bericht des G.\_\_\_\_, Medizinische Klinik (Dr. med. I.\_\_\_\_, Leitender Arzt Neurologie), vom 12. April 2010 können die Diagnosen vaskulär betontes Thoracic Outlet-Syndrom rechts betont (G 54.0), chronisches Panvertebral-Syndrom mit chronischen zerviko-brachialen und zerviko-zephalen Schmerzen, Flachrücken und rechts konvexer Skoliose mit Schultertiefstand rechts und bei muskulärer Dysbalance sowie ein Status nach Patella-Fraktur links im Jahr 2008 entnommen werden. Zu den klinischen Angaben wurde im Wesentlichen vermerkt, neben den chronischen Schmerzen im Nacken-Schulter-Oberarmbereich beidseits und den intermittierenden zerviko-zephalen Schmerzen seien schon seit langer Zeit intermittierende Beschwerden mit Einschlafen des gesamten rechten Armes bekannt, selten auch links. Diese hätten in letzter Zeit deutlich an Frequenz zugenommen. Am häufigsten träten die Beschwerden nachts bzw. früh morgens auf, wobei die Patientin mit Parästhesien im ganzen rechten Arm bis zur Höhe der Schulter erwache und mit der Gegenseite den auch plegischen Arm heben und durchbewegen müsse. Dieser fühle sich jeweils kalt an. Nach mehreren Minuten komme es unter schmerzhaften Dysästhesien zu einer Erholung der motorischen Funktion und schlussendlich zu einer

Normalisierung der sensomotorischen Ausfälle. Selten bestünden diese Beschwerden auch bei bestimmten Sitzpositionen (tiefer Sessel mit nach hinten Fallen der Arme). Zur Beurteilung wurde angegeben, die Neurographien der Nervi mediani und ulnaris inklusive der Untersuchung der Loge de Guyon seien normal. Zusammenfassend könne man sowohl eine radikuläre als auch eine periphere Druck-Schädigung als Ursache der intermittierenden Parästhesien und Paresen beider Arme, deutlich rechtsbetont, ausschließen. Aufgrund der anamnestischen Angaben und der Provozierbarkeit der Parästhesien bei Hyperabduktion könne die Diagnose eines beidseitigen, deutlich rechts betonten Schultergürtelkompressionssyndroms gestellt werden. Dieses sei aufgrund der zirkulären Anordnung der Sensibilitätsstörungen und motorischen Ausfälle vorwiegend vaskulär. Ursächlich hierfür seien die chronischen panvertebralen Schmerzen bei ungeeigneter Wirbelsäulenstatik mit Flachrücken und Torsionsskoliose, welche zu einer muskulären Dysbalance bzw. zu einer Dekonditionierung der Schulterheber mit weiterem Absinken des Armes geführt habe. Theoretisch bestehe noch die Möglichkeit des Vorliegens einer Halsrippe, weshalb eine entsprechende radiologische Untersuchung angezeigt sei, die Wahrscheinlichkeit hierfür sei jedoch gering, da sich diese bisher nicht bemerkbar gemacht habe. Zum Procedere wurde im Wesentlichen angegeben, es sei eine entsprechende Physiotherapieverordnung zur Kräftigung der Schulterheber ausgestellt worden (IV-Nr. 14 S. 7 ff.).

5.1.3 Die damalige Hausärztin, Dr. med. C. \_\_\_\_, stellte in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 26. Oktober 2010 folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: Chronisches Panvertebralsyndrom, MRI 2002 Diskusprotrusion L3/4, L4/5 und L5/S1 ohne Verlagerung von neuronalen Strukturen, Rx LWS 3/09: flache rechtskonvexe Skoliose und geringfügiger Beckenschiefstand, pseudoradikuläre Ausstrahlung ins rechte Bein, muskuläre Dysbalance sowie vaskulär betontes Thoracic outlet Syndrom. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Patellafraktur links 2008 sowie eine Cerclage Dezember 2008 angegeben. Die Hausärztin attestierte eine vollständige Arbeitsunfähigkeit als Fabrikarbeiterin vom 30. Dezember 2008 bis 4. April 2009 und eine solche von 75 % vom 5. bis 30. April 2009. Der Gesundheitszustand sei stationär. Zur Anamnese wurde festgehalten, die Patientin leide seit ca. dem Jahr 1996 unter chronischen Rückenschmerzen. Im Jahr 2002 sei ein akutes Schmerzeignis aufgetreten, was zu einem Rehabilitationsaufenthalt in der Klinik [...] geführt habe. Seit dem Jahr 2002 bestehe eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität für die Patientin, was zu einer Reduktion des Arbeitspensums von 100 % auf 50 % geführt habe. Unter dem reduzierten Arbeitspensum sei anscheinend eine deutliche Besserung des Zustandes und der Lebenszufriedenheit eingetreten. Mehrmals habe sich die Patientin überlegt, das Arbeitsverhältnis aus finanziellen Gründen wieder auf 100 % zu erhöhen. Aus Angst vor erneuten Schmerzen habe sie dies jedoch nicht gewagt. Immer bei Aushilfen, wenn sie ganztags arbeite, seien die Schmerzen des gesamten Rückens besonders schlimm. Auf dem Beiblatt zum Arztbericht wurde zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit angegeben, intermittierend während der Arbeit und vor allem nach der Arbeit (4 Stunden stehende Arbeit mit 15 Minuten Pause dazwischen) bestünden starke lumbale Rückenschmerzen sowie Nacken- und Schulterschmerzen rechtsbetont, mit Ausstrahlung in den Hinterkopf, wodurch vor allem nach der Arbeit ein Zwang zum Liegen bestehe. Nach einstündigem Liegen trete eine Besserung ein, nur wenig bessere sich der Zustand nach der Einnahme von Dafalgan. Ob die bisherige Tätigkeit noch zumutbar sei, könne nicht gesagt werden, jedenfalls bestehe eine verminderte Leistungsfähigkeit. Die Patientin arbeite seit Jahren nur noch zu 50 %. Sie habe das Arbeitspensum aus gesundheitlichen Gründen selber

reduziert, d.h. auf vier Stunden pro Tag. Dadurch seien die Beschwerden einigermassen beherrschbar. Sie habe immer wieder versucht, in guten Phasen ganztags zu arbeiten, dann jedoch die obgenannten Beschwerden gehabt. Auch noch am nächsten Tag hätten starke panvertebrale Rückenschmerzen und ein allgemeines Müdigkeitsgefühl bestanden. Andere Tätigkeiten seien der Patientin grundsätzlich zuzumuten, wobei aber die bisherige Tätigkeit eigentlich schon recht optimal ausgestaltet sei. Generell müsse es sich um leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit wechselnden Bewegungsabläufen handeln. Ein Wechsel des Arbeitsplatzes sei wahrscheinlich nicht sinnvoll (IV-Nr. 14 S. 2 ff.).

5.2 RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2011 fest, die Diagnosen chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom, vaskulär betontes Thoracic-Outlet Syndrom (TOS) rechts betont, Status nach Patella-Fraktur links 12/2008 sowie anamnestisch Migräne hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Gewichtbelastungen über 15 kg, Arbeiten in Zwangshaltungen und repetitive Überkopfarbeiten seien nicht zumutbar. Eine körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit in Wechselbelastung sei der Versicherten jedoch ganztägig ohne Leistungsminderung zumutbar. Die angestammte Tätigkeit als Fabrikarbeiterin bei B.\_\_\_\_ entspreche dem Zumutbarkeitsprofil. Aus medizinischer Sicht sei die Versicherte sowohl in ihrer angestammten Tätigkeit als auch in einer angepassten Verweistätigkeit nicht eingeschränkt (IV-Nr. 15 S. 2 f.).

5.3 In ihrer Stellungnahme vom 7. März 2011 hielt die RAD-Ärztin noch fest, ein TOS begründe keine Arbeitsunfähigkeit. Dessen Abklärung sei als therapeutische Option durch den behandelnden Arzt zu beurteilen; für die IV sei dies zur abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit jedoch nicht notwendig (IV-Nr. 29 S. 2).

6. Die aktuelle medizinische Situation der Beschwerdeführerin präsentiert sich demgegenüber wie folgt:

6.1 Der aktuelle Hausarzt, Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Innere Medizin, hielt in seinem Bericht vom 2. April 2015 folgende Diagnosen fest: Status nach Mammareduktionsplastik bds. im Oktober 2014 mit ausgedehnten postoperativen Wundheilungsstörungen, massives Lumbovertebralsyndrom mit zum Teil Ischialgien ab 14. Januar 2015. Er behandle die Patientin ambulant seit dem 14. Januar 2015. Bei ihr seien seit Jahren diverse lumbale Diskushernien und Spondylarthrosen bekannt, welche sich je nach Belastungssituation stärker oder weniger stark zeigten. Nachdem die Patientin im Januar 2015 die Arbeit wieder voll aufgenommen gehabt habe, habe dies am 14. Januar 2015 zu einer kompletten Rückenblockade geführt, so dass sie die Arbeit aufgeben und in die Praxis habe kommen müssen. Es habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % vom 14. Januar bis 9. Februar 2015 und eine solche von 50 % vom 10. Februar bis 30. April 2015 bestanden (IV-Nr. 63.4 S. 9 f.). Mit Arztbericht vom 2. Juli 2015 wurde die 50%ige Arbeitsunfähigkeit bis zum 10. August 2015 verlängert und erneut eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 2. bis 3. Juni 2015 angegeben (IV-Nr. 63.4 S. 7 f.).

6.2 Dr. med. L.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, hielt in seinem Gutachten zu Händen der Krankentaggeldversicherin vom 26. August 2015 zu den aktuellen Beschwerden fest, zusammengefasst beklage die Patientin Schmerzen im Rücken, in der rechten Schulter, Nacken-, Kopf- und Knieschmerzen links (rechts weniger) und Schmerzen im linken Fuss (rechts eher selten). Die Versicherte stehe bei verschiedenen Ärzten in Behandlung. Die Beurteilung lautete dahingehend, seit Jahren bestehe bei der Explorandin eine mindestens teilweise reduzierte Arbeitsfähigkeit wegen multiplen Beschwerden, die man mit Ausnahmen kaum schlüssig habe dokumentieren können. Abgesehen von objektiv abgeheilten Verletzungsfolgen und postoperativen Zuständen stünden vor allem positive Waddell'sche Zeichen und Verdachtsmomente für weichteilrheumatische Beschwerden im

Vordergrund. Aufgrund der erhobenen Befunde könne die andauernde, mindestens teilweise Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig begründet werden. Bei der aktuellen Untersuchung finde man keine Anhaltspunkte, deretwegen die Arbeitsunfähigkeit unverändert auf 50 % belassen werden müsse, insbesondere weil die Explorandin betone, einerseits bei der Arbeit nicht unter vermehrten Beschwerden zu leiden und andererseits auch an ihrer Stelle gut aufgehoben zu sein. Allfällige schwere Tätigkeiten könne sie vermeiden bzw. delegieren. Dr. med. L.\_\_\_\_ konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die chronisch rezidivierende Lumbalgie (ICD-10 M54.4), die Gonalgie links nach Patellafraktur (ICD-10 M22.3), die Schulterschmerzen rechts betont (ICD-10 M25.5), allgemeine Muskelschmerzen (Fibromyalgie; ICD-10 M79.0), positive Waddell'sche Zeichen sowie der Verdacht auf Dekonditionierung, Vermeidungshaltung und suboptimale Motivation haben nach seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Gemäss Bericht bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 50 % in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit. Die Explorandin sei jedoch in der bisherigen Tätigkeit nicht dauerhaft teilweise arbeitsunfähig. Aus neurochirurgischer Sicht könne ab sofort mit einer vollen Arbeitsfähigkeit gerechnet werden. Alle den physischen, psychischen und intellektuellen Fähigkeiten entsprechenden Arbeiten könnten der Explorandin zugemutet werden. Objektivierbare funktionelle Einschränkungen bestünden nicht. Die aktuelle Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin sei den «Beschwerden» angepasst und somit optimal. Sie müsse nicht weiter geändert werden und sei somit zu 100 % zumutbar (IV-Nr. 63.4 S. 1 ff.). 6.3

Dr. med. M.\_\_\_\_, FMH orthopädische Chirurgie / Sportmedizin DGSP, stellte in seinem Bericht vom 20. Januar 2016 folgende Diagnosen: «Sekundäre Gonarthrose L mit / bei St.n. Patellaquerfraktur L vom 30.12.2008, Osteosynthese (Drahtcerclage) vom 31.12.2008, Durchgeführte ME vom 20.07.2009, Retropatellare Degeneration i.S.e. posttraumatischen Arthrose, Massive myofasciale Begleitkomponente, Ursprungstendinosen der ventro-lateralen Kniestabilisatoren (Mm. Quadrizeps, tensor fasciae latae), Ursprungstendinosen der suralen Muskeln inklusive M. popliteus L, Dyskoordination der Beinachse L; Sekundäre Gonarthrose R mit/bei St.n. Patellafraktur R aus 1994, Konservativem Therapieregime, Verbliebenem belastungsabhängigen myogenen Schmerzsyndrom parapatellar, Muskulärer Dysbalance; Calcaneocuboidarthrose L mit / bei St.n. massiven Supinations-Inversionstrauma des OSG L in 2012 und Aktivierung der Arthrose, Schmerzhinken mit geändertem Abrollverhalten und konsekutivem Calcaneus planovalgus L, Mehrbelastung des medialen Vorfusses, Ausbildung eines initialen Hallux valgus, Kneeing In mit Dyskoordination der Beinachse; lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit / bei Beckenrotationsfehlstellung mit Rotation des Os ilium L um die Longitudinale nach ventral, Lumbaler Hyperlordose, Thorakale Hypomobilität, Myofasciale Schmerzkomponente unter Einbeziehen der Mm. multifidi, semispinales, quadratus lumborum, iliocostales und Schrägsysteme der Bauchmuskulatur; Schulterdezentrierung R mit / bei Affektion des Plexus brachialis im Bereich der dorsalen Schulterkapsel R, Ursprungstendinosen der Mm. triceps brachii, infraspinatus et teres maior R». Zur Anamnese hielt der behandelnde Orthopäde fest, am 30. Dezember 2008 sei es zu folgendem Unfallereignis gekommen, welches nach den Angaben der Patientin die aktuell bestehenden Beschwerden ausgelöst habe: Bei einem Sturz auf einem vereisten Fussgängerüberweg auf beide Knie habe sie sich eine Patellaquerfraktur links zugezogen. Am Folgetag sei es dann zur osteosynthetischen Versorgung (Cerclage-Zuggurtung) gekommen. Die Entfernung des Osteosynthesematerials sei planmässig nach 6 Monaten erfolgt. Seither beklage die Patientin bestehende und persistierende Knieschmerzen,

parapatellar führend. Sie berichte über eine Schwellneigung nach längerer Belastung (ab 30 Minuten Stehen und ab 20 Minuten Gehbelastung ohne zusätzliche Last). Es werde ein permanenter Schmerz, der parapatellar und im Gelenk wahrgenommen werde, angegeben. Weiterhin komme es regelmässig zu nächtlichem Erwachen durch die Schmerzsymptomatik. Eine Lagerungshilfe sei in Seitenlage nötig. Beim Treppenlaufen bestehe eine massive Schmerzexazerbation des linken Knies. Das Abknien oder eine Hockstellung sei schmerzbedingt nicht möglich. Aufgrund der Schmerzen erfolge eine Analgetica-einnahme als Bedarfsmedikation. Zur allgemeinen orthopädischen Anamnese wurde im Wesentlichen angegeben, die Patientin habe im Jahr 2012 einen Sturz in der Waschküche erlitten. Im Rahmen des Traumas (Supinations-Inversionstrauma) sei eine Aktivierung der bestehenden Calcaneocuboidalarthrose erfolgt. Am rechten Knie bestehe ein Status nach Patellalängsfraktur im Jahr 1994 mit konservativem Procedere. Es bestehe ein Schmerz unter Belastungssituationen (Treppenablaufen, Bergauflaufen, Abknien). Ferner leide die Patientin unter rezidivierenden akuten Lumbalgien (etwa einmal monatlich), welche in der Akutphase in das rechte Bein abstrahlten. Ein konstanter low backpain sei täglich vorhanden. MRI-tomographisch seien degenerative Veränderungen der lumbalen Wirbelsäule nachgewiesen. Sodann bestünden cervicale Myogelosen rechts führend und Cervicocephalgien (Migränepatientin). Bei der Schulter seien abstrahlende Beschwerden in den rechten Arm permanent vorhanden (seit Jahren bestehend). Am rechten Ellenbogen bestünden teilweise einschliessende Schmerzen. Die Verlaufsbeurteilung lautete dahingehend, die seitens des linken Knies und des linken Fusses geklagten Beschwerden seien aus fachärztlich-orthopädischer Sicht klar den Unfallereignissen zuzuordnen und verursachten gegenseitig einen protrahierten Heilungsverlauf mit deutlichen Restbeschwerden. Als essentielles Therapieziel zur Optimierung des Abrollverhaltens einerseits und zur klinischen Korrektur der Beinachse andererseits sei die Rückfussstabilisierung in Statik und Dynamik zu sehen. Hiernach habe dann eine konsequente Integration in den Alltag und den Beruf zu erfolgen. Nach der Konsolidierung der Beinachse durch einen funktionellen Therapieansatz oder eine konsequente Einlagenversorgung stünde im Verlauf die Therapie der nicht-unfallbedingten Schmerzsyndrome (lumbales und cervicales Schmerzsyndrom, Schulterschmerz) im therapeutischen Focus. Im Hinblick auf die gesamthaft geklagte Beschwerdesymptomatik sei eine Arbeitsfähigkeit von aktuell maximal 50 % in einer wechselbelasteten Tätigkeit das maximal mögliche Pensum. Der Grossteil der geklagten Beschwerden lasse sich auf direkte Folgen aus den genannten Unfällen zurückführen. Aufgrund der vorliegenden Befundkonstellation und der Stellungnahmen des RAD werde – soweit ersichtlich – bisher für den Entscheid der IV-Berentung der Gesundheitszustand aus dem Jahr 2010 zugrunde gelegt. Zwischenzeitlich sei es aber durch ein weiteres Unfallereignis und die fortschreitende sekundäre Gonarthrose zu einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustands aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht gekommen, sodass eine vollumfängliche Neubegutachtung erforderlich wäre (IV-Nr. 48). 6.4 Dem Suva-Bericht über die kreisärztliche Untersuchung vom 27. Januar 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Am 30.12.2008 beim Spazieren aufs linke Knie gefallen, 1. Patella-Querfraktur links, Offene Reposition und Zuggurtungsosteosynthese am 31.12.2008 (Dr. med. S. N.\_\_\_\_, Orthopädie [...]), OSME Patella links am 20.07.2009 (Dr. med. D. O.\_\_\_\_ / Dr. med. S. N.\_\_\_\_, Orthopädie [...]), aktuell: Restbeschwerden bei Verdacht auf beginnende Retropatellararthrose, ausgeprägten myofaszialen Begleitbeschwerden; 2. Arthrose im Calcaneocuboidalgelenk bei Status nach

Rückfussdistorsion 23.08.2012; 3. Verdacht auf Aggravation bei Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung, Psychosozialer Belastungssituation (Stellenverlust)». Unter den weiteren Diagnosen wurden eine Patellalängsfraktur rechts im Jahr 1993 (Therapie mit Gips, aktuell: weitgehend beschwerdefrei), ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom und chronische Schulterbeschwerden beidseits, rechts ausgeprägter als links (aktuell: schmerzhaft eingeschränkte Schulterbeweglichkeit rechts) angegeben. Unter «Beurteilung» wurde festgehalten, bei der aktuellen kreisärztlichen Untersuchung stünden die Beschwerden von Seiten des linken Kniegelenks und des linken Fusses im Vordergrund. Zusätzlich bestünden Rückenbeschwerden bei bekannter Bandscheibenproblematik. Des Weiteren seien chronische Schulterbeschwerden rechts bekannt. Bei der klinischen Untersuchung sei das linke Kniegelenk ergussfrei. Die Längsnarbe sei druckdolent. Ebenso bestehe Druckdolenz über dem lateralen Kniegelenk. Die Patella sei deutlich weniger gut verschiebbar als rechts. Es lasse sich ein retropatelläres Knirschen spüren. Die Flexion sei im Vergleich zur Gegenseite nur leichtgradig vermindert. Es bestehe eine seitengleiche Extension. Die Beweglichkeit im OSG links sei im Vergleich zur Gegenseite nicht eingeschränkt. Ebenso bestehe eine seitengleiche USG-Beweglichkeit. Es sei eine Druckdolenz über dem lateralen Calcaneocuboidalgelenk vorhanden. Es bestehe ein Hallux valgus bei etwas eingesunkenem Längs- und Quergewölbe. Dass trotz operativer Versorgung einer Patellafraktur auch bei guter Adaption der Fragmente gewisse Restbeschwerden persistieren könnten, sei in der Unfallchirurgie allgemein bekannt. Es bestehe aber eine deutliche Diskrepanz zwischen den diskreten objektivierbaren Befunden und dem Ausmass der beklagten Beschwerden. Diese deute auf eine gewisse Schmerzverarbeitungsstörung hin. Offenbar werde aktuell eine Schmerztherapie in der Praxis von Dr. med. M.\_\_\_\_ durchgeführt. Eine wesentliche Besserung sei bislang nicht erfolgt. Durch weitere Therapien sei aber durchaus eine gewisse Verbesserung möglich. Die beklagten Schulterbeschwerden und die Rückensymptomatik seien klar unfallfremd vorbestehend. Unfallbedingt könne der Fallabschluss vorbereitet werden. Die Zumutbarkeit wurde wie folgt definiert: Zumutbar seien unfallbedingt leichte bis mittelschwere, wechselnd belastende, vorzugsweise sitzende Tätigkeiten ohne lang andauernde Geh- oder Stehphasen. Nicht zumutbar seien Tätigkeiten mit Gehen oder Stehen in unebenem Gelände und Tätigkeiten in Zwangshaltungen für das linke Kniegelenk bzw. den linken Fuss in kauender oder kniender Position. Nicht zumutbar seien auch Tätigkeiten mit Tragen von Gewichten von mehr als 15 kg. Im Rahmen dieser Zumutbarkeitskriterien sei medizinisch-theoretisch eine ganztägige Arbeitsplatzpräsenz zumutbar (IV-Nr. 53). 6.5 Dem Bericht von Dr. med. P.\_\_\_\_, FMH Rheumatologie und Innere Medizin, vom 29. Juli 2016 können folgende Diagnosen entnommen werden: «Chronisches fibromyalgisches, unspezifisches Schmerzsyndrom, Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom seit mindestens 1996, Rheumafaktor, CCP Antikörper, ANA, ANCA negativ, Status nach Zuggurtungsosteosynthese 31.12.2008 bei Patellaquerfraktur links, Metallentfernung 20.07.2009, Chronisches vorderes Knieschmerzsyndrom, Diagnose einer Arthrose im Calcaneocuboidalgelenk bei Status nach Rückfussdistorsion 23.08.2012 mit chronifizierten Schmerzen, Status nach Brustverkleinerung 09/2014». Unter «Röntgen» wurde zum MRI des linken Knies vom 20. April 2012 angegeben, es zeigten sich degenerative Meniskusveränderungen im medialen und lateralen Gelenkshilfsraum. Im Übrigen bestünden aber nur minimale degenerative Veränderungen. Entzündliche Veränderungen seien nicht feststellbar. Das MRI des linken Knies vom 4. Februar 2015 zeige keine signifikante Progredienz der degenerativen Veränderungen. Im MRI des linken oberen

Sprunggelenks vom 15. Juli 2014 könne eine bekannte Arthrose calcaneocuboidal nachgewiesen werden. Es bestünden keine entzündlichen Veränderungen, keine Osteonekrose und keine Hinweise für eine Kristallarthropathie. Das Myelo-CT vom 26. August 2015 zeige keine Instabilität. Es bestehe eine leichtgradige Chondrose L5/S1. Eine Diskushernie oder Neurokompressionen seien nicht feststellbar. Gemäss dem Röntgen der HWS seitlich und des Dens vom 28. Mai 2014 bestehe eine Osteochondrose C5/6. Im Übrigen seien keine ossären Läsionen und keine Hinweise für eine Spondylarthritis, degenerative Veränderungen oder eine Kristallarthropathie vorhanden. Der Ul-traschall der Hände beidseits vom 29. Juli 2016 ergab ebenfalls keine auffälligen Befunde. Zur Beurteilung wurde dargelegt, anamnestisch und klinisch sowie in den bisherigen Laboruntersuchungen imponiere das Bild einer chronischen, unspezifischen und fibromyalgischen Schmerzkrankheit. Es bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 50 % seit Jahren (IV-Nr. 67 S. 24 ff.). 6.6 In seinem Bericht vom 10. August 2016 gab Dr. med. P. \_\_\_ zur Anamnese an, die Patientin habe einerseits ihre chronischen Schmerzen, welche mit Belastungsintoleranz und Wetterfühligkeit einhergingen, und andererseits manchmal eine lumbale Blockade. Es sei jetzt auch noch zum Riss einer Besenreiser Varize im Bereich des linken Unterschenkels mit leichtgradiger Hämatombildung gekommen, welche aber nicht schmerzhaft gewesen sei. Die Beurteilung lautete dahingehend, die Proteinelektrophorese sei unauffällig. Man finde keine Hinweise für einen entzündlichen Rheumatismus, eine Spondylarthritis, eine Behcet Erkrankung oder signifikante Knochenstoffwechselstörungen. Die Vitamin D Insuffizienz sei gering. Störend sei lediglich der deutlich erhöhte Thyreoglobulinantikörper, was auf eine Hashimoto-pathologie hindeuten könnte. Die Beschwerden der Patientin seien unspezifischer, fibromyalgischer Natur. Mit der Patientin sei das Wesen des Weich-teilrheumas besprochen worden. Die Therapie bestehe in Aktivität (Walking, Velofahren, Tanzen, 10'000 Schritte pro Tag), in Entspannungstechniken (Yoga, autogenes Training, Feldenkrais etc.), in der Einnahme von Schmerzmitteln und im Einsatz von Antidepressiva. Letzteres werde sie sich überlegen und mit dem Hausarzt nochmals besprechen. Ob allenfalls eine Hashimoto-tyroiditis vorliege, sei nicht ausgeschlossen, aber sicherlich nicht Ursache der Beschwerden der Patientin (IV-Nr. 67 S. 27 ff.). 6.7 Dem Bericht von Dr. med. M. \_\_\_ vom 20. September 2016 kann entnommen werden, die Patientin beklage anlässlich der aktuellen Untersuchung immer noch bestehende und persistente Knieschmerzen, parapatellar beidseits führend. Sie berichte über eine Schwellneigung nach längerer Belastung (ab 30 Minuten Stehen und ab 20 Minuten Gehbelastung ohne zusätzliche Last). Es werde ein permanenter Schmerz, der parapatellar und im Gelenk wahrgenommen werde, angegeben. Unter Belastung werde teilweise auf ein Blockadefühl parapatellar hingewiesen. Weiterhin komme es regelmässig zu nächtlichem Erwachen durch die Schmerzsymptomatik. Beim Treppenlaufen trete eine massive Schmerzexazerbation des linken Knies auf. Abknien oder Hockstellung sei schmerzbedingt nicht möglich. Aufgrund der Schmerzen erfolge eine Analgeticaeinnahme als Bedarfsmedikation. Alle bisherigen therapeutischen Interventionen mit intensiver Physiotherapie, Einsatz von myofascialen Techniken, intraartikulären Infiltrationen zur Reizhemmung in das Kniegelenk hätten nur vorübergehend eine Besserung gebracht. Eine komplette Beschwerdefreiheit sei bisher nicht zu erreichen gewesen. Weiterhin seien im Laufe der letzten Monate vermehrte Rückenschmerzen, welche die Patientin als Lumbago, teilweise mit pseudoradikulärer Abstrahlung, angebe, aufgetreten. Diese führten teilweise zur Immobilisierung. Vor allem der aktuelle Kälteeinbruch habe zu einer deutlichen Schmerzverstärkung geführt. Insgesamt seien die

Beschwerden jedoch unter den Therapien gering rückläufig. So sei Treppensteigen im Sinne einer Alltagsbelastung nur erschwert möglich. Dies sei die Folge der Dyskoordination der Beinachse bei anhaltendem Knieschmerz und hierdurch zunehmender muskulärer Dysbalance mit Kneeing In und funktioneller Impingementsituation der Hüfte. Weiterhin werde ein lateraler Hüftschmerz beklagt. Die Verlaufsbeurteilung lautete dahingehend, die seitens des linken Knies und des linken Fusses geklagten Beschwerden seien aus fachärztlich-orthopädischer Sicht nach wie vor mit grösster anzunehmender Wahrscheinlichkeit den Unfallereignissen zuzuordnen und verursachten gegenseitig einen protrahierten Heilungsverlauf mit deutlichen Restbeschwerden. Dies sei auch anlässlich der kreisärztlichen Untersuchung vom 27. Januar 2016 so dokumentiert worden. Erschwerend kämen nun die deutlich zunehmenden Beschwerden des unteren Rückens im Sinne des low back pain bei nachvollziehbarem lumbospondylogem Syndrom und die klinisch nachvollziehbaren, funktionell bedingten Leistenschmerzen rechts mehr als links hinzu. Im Hinblick auf die gesamthaft geklagte Beschwerdesymptomatik und die aktuell erhobenen Befunde sei eine Arbeitsfähigkeit von aktuell maximal 50 bis 60 % in einer wechselbelasteten Tätigkeit mit angepasstem Arbeitsplatz das maximal mögliche Pensum. Zu meiden seien eine Belastung in unebenem Gelände sowie das Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, ferner das längere Einnehmen von Zwangshaltungen (Knien, Abhocken, Kauern). Weiterhin sollte aufgrund der exazerbierten Rückenschmerzproblematik ein ergonomischer Arbeitsplatz angestrebt werden (IV-Nr. 70 S. 3 ff.).

6.8 6.8.1 Dem von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären (rheumatologischen, internistischen, orthopädischen und psychiatrischen) Gutachten der D. \_\_\_ vom 12. Januar 2018 (Untersuchungen vom 6. und 7. März sowie 5. Mai 2017) können folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «Arthrose im Calcaneocuboidalgelenk linksseitig bei Status nach Rückfussdistorsion am 23.08.2012 (ICD-10 M19.97) mit / bei Kernspintomographisch progredienter Arthrose Calcaneocuboidalgelenk mit randständigen kleinen Knorpelglatzen und subchondralen Reaktionszonen bei ansonsten aber allseits kongruenten Artikulationen, unauffälligen Bändern und Sehnen (MRT des linken OSG vom 15.07.2014); Vorderes Knieschmerzsyndrom links mit / bei ausgeprägten myo-tendinotischen Verspannungen der Beinmuskulatur linksbetont (ICD-10 M77.9) mit / bei Ventraler Dolenz der linken Patella bei dysplastischer Trochlea, Kernspintomographisch intakte Knorpelüberzüge retropatellar und femorotibial, noch bestehendes Knochenmarksödem am oberen ventrolateralen Rand der Patella bei Zustand nach Zuggurtungsosteosynthese, etwas dysplastische Trochlea im MRI des linken Kniegelenkes vom 04.02.2015; Klinisch eingeschränkte Beweglichkeit wegen muskulärer Dysbalance; Status nach Patellaquerfraktur am 30.12.2008; Status nach Osteosynthese (Drahtcerclage) am 31.12.2008; Status nach Osteosynthese-Material-entfernung am 20.07.2009; Ausgeprägte myotendinotische Verspannung der Schultergürtelmuskulatur rechtsbetont (ICD-10 M77.9) mit / bei beginnender AC-Gelenksarthrose rechtsseitig (ICD-10 M19.91), Kernspintomographisch keine relevanten Rotatorenmanschettenläsionen im MRT vom 22.05.2004 sowie vom 13. Juni 2012, myotendinotische Verspannungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur vor allem der Musculi trapezii im Vordergrund; Lumbospondylogenes Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5) mit / bei leichtgradigen, nicht progredienten degenerativen Veränderungen der Bandscheibe LWK 3/4, LWK 4/5 sowie LWK 5/SWK 1 ohne Einengung des Spinalkanals beziehungsweise relevante Einengung der Neuroforamina (MRI der LWS vom 21.05.2002 sowie 30.08.2013), Keine Hinweise auf segmentale Dysfunktion der

Wirbelsäule, keine Radikulopathie, Keine Hinweise auf Instabilität der Wirbelsäule; Diffuse myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur, muskuläre Dysbalance der paravertebralen Muskulatur». Die weiteren Diagnosen (Status nach Patellalängsfraktur 1994 rechts [ICD-10 S82.0] mit / bei klinisch normal erhaltener Beweglichkeit des rechten Knorpelgelenks, ohne Hinweise auf aktivierte Arthrose des rechten Kniegelenks; Diffuse Schmerzen an den oberen Extremitäten [Arme, Hände, Fingergelenke] ohne eindeutiges organisches Substrat [ICD-10 M79.6] mit / bei Senk-Spreizfüssen mit Hallux Valgus [ICD-10 M21.6], Verdacht auf Schmerzverarbeitungsstörung) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 91.2 S. 4 f.). 6.8.2 Unter dem Titel «Versicherungsmedizinische Beurteilung und polydisziplinäre Zusammenfassung» wurden folgende Ausführungen gemacht: Bei der Explorandin seien einzig somatische Diagnosen ausgewiesen und die geschilderten Einschränkungen seien überwiegend nachvollziehbar. Der Laborbefund sei aber auffällig und deute auf eine nicht konsequente Einnahme der von der Begutachteten aufgezählten Medikation hin. Auch wenn die Tendenz zur Aggravation nicht verneint werden könne, so seien somatische Einschränkungen – unabhängig von diesen Beobachtungen – objektivierbar vorhanden. Unter dem Titel «Polydisziplinäres Belastungsprofil» wurde angegeben, während der zweistündigen rheumatologischen Untersuchung mit eineinhalbstündiger Anamneseerhebung habe die Explorandin beim Sitzen weder eine Schmerzsymptomatik im Bereich der Kniegelenke, noch im Bereich des Rückens gezeigt. Sie habe ruhig sitzen bleiben und die Fragen beantworten können. Das Ausmass der degenerativen Veränderungen des Rückens sei seit Jahren nicht relevant progredient. Die Explorandin habe zudem selbst berichtet, dass sie regelmässig Spaziergänge unternehme, sodass eine relevante Einschränkung beim Gehen (zum Beispiel das Vorliegen einer lumbalen Radikulopathie) nicht vorliege. Als negatives Belastungsprofil wurde Folgendes angegeben: Aufgrund der vorhandenen calcaneocuboidalen Arthrose des linken Fusses sowie der massiven myo-tendinotischen Verspannungen der Beinmuskulatur linksseitig bei Persistenz eines Reizzustandes der linken Patella (Knochenmarködem im MRT des linken Kniegelenks vom 4. Februar 2015) mit Trochleadysplasie linksseitig seien Tätigkeiten ausschliesslich im Stehen und Gehen sowie belastende Tätigkeiten für das linke Kniegelenk, zum Beispiel mit der Notwendigkeit zu knien oder zu kauern, ungünstig. Wegen der muskulären Dysbalance («Schulterdezentrierung rechts mit Ursprungstendinosen des Musculus triceps brachii, infraspinatus et teres major» nach dem behandelnden Orthopäden Dr. med. M.\_\_\_\_) seien Überkopfarbeiten nicht geeignet. Sodann bestehe wegen degenerativer Veränderungen der Lendenwirbelsäule, die allerdings mässigen Ausmasses seien und sich nicht als progredient erwiesen, eine Einschränkung der Belastbarkeit des axialen Skelettes für das Tragen von Lasten über 10 kg. Solche Tätigkeiten seien nicht mehr zumutbar. Zum positiven Belastungsprofil wurde festgehalten, möglich blieben leichte, wechselbelastende Tätigkeiten, vorzugsweise im Sitzen, allerdings mit der Möglichkeit eines Wechsels der Körperhaltung, ohne langandauernde Geh- oder Stehphasen, ohne Notwendigkeit zu knien oder zu kauern, mit der Möglichkeit, eine Arbeit auf Tischhöhe durchzuführen, mit einem Tragen von Lasten bis maximal 10 kg. Die Arbeitsfähigkeit aus polydisziplinärer Sicht in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin in der Montage betrage 80 % (unter der Annahme eines Pensums von 100 %). Unter Berücksichtigung des beschriebenen positiven Belastungsprofils lasse sich in einer adaptierten Tätigkeit eine restliche Arbeitsfähigkeit von ebenfalls 80 % ermitteln. In dieser Beurteilung sei die Notwendigkeit vermehrter

Pausen mitberücksichtigt. In der Gesamtschau gehe man davon aus, dass die Leistungs- und Arbeitsfähigkeit der Begutachteten wegen der symptomatischen Progression der degenerativen Veränderungen, vor allem im Bereich des linken Calcaneocuboidalgelenks, ab Dezember 2015 abgenommen habe. Diese Entwicklung führe zu einer Einschränkung der Belastbarkeit und der Leistungsfähigkeit von maximal 20 %. Die relevante Beurteilung beruhe auf rheumatologischen / orthopädischen Befunden. Allein aus den Schilderungen der Begutachteten müsse von einer ungünstigen Prognose ausgegangen werden. Sie habe ihr früheres Arbeitspensum aus eigenem Antrieb reduziert, die Arbeitsstelle sei im Oktober 2015 im Rahmen einer Massenentlassung aufgehoben worden. Seither sei die Explorandin beim RAV gemeldet. Ein Arbeitsversuch habe trotzdem nicht stattgefunden und sie sehe sich aus gesundheitlichen Gründen dazu auch nicht in der Lage. Rein medizinisch sei dies nicht begründbar (IV-Nr. 91.1 S. 19 f.).

### 6.8.3 Unter dem Titel «Polydisziplinäre Beantwortung der Fragen (gestützt auf das IV-Rundschreiben Nr. 339)» wurde zum Gesundheitsschaden im Wesentlichen Folgendes ausgeführt: Die zum Untersuchungszeitpunkt 49-jährige Explorandin leide an einem ubiquitären Schmerzsyndrom, welches zum einen durch verschiedene Unfälle mit einer Patellafraktur aus dem Jahr 2008, welche osteosynthetisch versorgt worden sei, einer Patellafraktur auf der rechten Seite, welche konservativ behandelt worden sei, sowie einem weiteren Supinations- / Inversionstrauma des linken oberen Sprunggelenks, welches zu einer Calcaneocuboidalarthrose geführt habe, entstanden sei. Zusätzlich bestehe ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom mit hauptsächlich Ausstrahlung in das rechte Bein, wobei in der klinischen Untersuchung das Lasègue-Zeichen auf der rechten Seite bei 70 Grad und auf der linken Seite bei 90 Grad positiv sei. Dies spreche für einen Dehnungsschmerz der Ischiasnerven, welcher durch die morphologisch nachweisbaren Veränderungen in der lumbalen Kernspintomographie mit Bandscheibenprotrusionen L3/4, L4/L5 und L5/S1, hauptsächlich auf der rechten Seite, erklärbar sei. Durch die unzureichende Dehnung sowie rein statische Belastung in den letzten Jahrzehnten sei es auch im Bereich der Halswirbelsäule zu einer erheblichen schmerzhaften Bewegungseinschränkung gekommen, welche sich in zervikalen Schmerzausstrahlungen in die rechte Schulter mit Sensibilitätsstörungen im rechten Arm äussere. Bei der klinischen Untersuchung habe diese Bewegungseinschränkung objektiviert werden können, der Fingerbodenabstand sei mit 42 cm hochpathologisch. Auch die Beweglichkeit im rechten Schultergelenk sei deutlich schmerzhaft eingeschränkt gegenüber der linken Seite. Die Kraftentwicklung im Bereich der rechten Hand und des rechten Unterarmes sei um ca. 1/3 geringer als auf der linken Seite. Eine aktuelle bildgebende Diagnostik hinsichtlich der Halswirbelsäule liege zum jetzigen Zeitpunkt nicht vor, jedoch seien die klinisch erkennbaren schmerzhaften Bewegungseinschränkungen eindeutig erkennbar. Zur Abgrenzung der Funktionseinschränkungen wurde festgehalten, es seien einige nicht versicherte Faktoren gegeben wie Demotivation wegen negativ verlaufenden Vorstellungsgesprächen und auch dem Status des Ehemannes, welcher anscheinend eine Rente erhalte und zusätzlich beim RAV angemeldet sei. Die somatischen Diagnosen führten dennoch zu den beschriebenen Einschränkungen, unabhängig von invaliditätsfremden Tatsachen. Der Laborbefund sei auffällig und deute auf eine nicht konsequente Einnahme der von der Explorandin aufgezählten Medikation hin. Die Beobachtungen, vor allem während der psychiatrischen Exploration, deuteten auf eine Aggravation hin. Dennoch seien somatische Diagnosen ausgewiesen und die geschilderten Einschränkungen seien nachvollziehbar. Zum sozialen Kontext wurde im Wesentlichen

vermerkt, die Explorandin habe seit dem Jahr 2002 aus eigener Initiative ihr Pensum auf 56 %, danach seit Februar 2010 auf 50 % reduziert, da sie sich nicht mehr in der Lage gefühlt habe, in einem vollen Pensum zu arbeiten. Dafür habe sie ihre körperlichen Beschwerden geltend gemacht. Diese seit vielen Jahren bestehende fehlende Motivation für eine Pensumssteigerung lasse sich aus somatischer Sicht nicht begründen. Die Wechselwirkungen der gestellten Diagnosen wurden dahingehend beschrieben, die Explorandin vermeide jegliche Bewegungen, welche möglicherweise einen Schmerz auslösen könnten. Diese Situation sei insofern fatal, als dadurch die Muskulatur sich noch weiter verkürzen werde, was zu einer weiteren Tonuserhöhung und im weiteren Verlauf zu noch vermehrter eingeschränkter Beweglichkeit der Gelenke führen werde. Zur Behandlung / Eingliederung wurde festgehalten, die orthopädische / rheumatologische Behandlung erfolge lege artis. Die Explorandin sei am linken Knie (Patella-fraktur) operiert worden und erhalte regelmässige Physiotherapien. Sie mache weiterhin ein regelmässiges Fitnessprogramm. Die Kooperation der Explorandin sei gegeben, jedoch habe gemäss ihren Angaben bis aktuell keine Massnahme eine Verbesserung gebracht. Es seien prinzipiell konservative Massnahmen zur Detonisierung der verspannten Beinmuskulatur sowie der Muskulatur des Rückens weiterhin indiziert. Zudem empfehle sich die Anfertigung von Fusseinlagen nach Mass zur Korrektur der Statik im Bereich des linken Mittelfusses, wie es auch Dr. med. M.\_\_\_\_ befürwortet habe. Operative Sanierungen am Bewegungsapparat seien momentan bis auf weiteres nicht indiziert. Die Explorandin befinde sich gegenwärtig in orthopädischer Behandlung. Auf die Durchführung einer Kräftigung der Muskulatur zur Stabilisierung des Rückens und des Beins sei bereits von den behandelnden Ärzten hingewiesen worden. Die Patientin gebe selber an, an einem Fitnessprogramm teilzunehmen. Das aktuelle Störungsbild schränke eine eventuelle Eingliederung nur begrenzt, d.h. zu höchstens 20 % ein. Eingliederungsmassnahmen seien im Rahmen des positiven Belastungsprofils zu 80 % möglich. Das Ausmass der degenerativen Veränderungen sei noch als leichtgradig zu betrachten. Es zeige sich aber keine Motivation der Explorandin, sich beruflich wieder zu integrieren. Zur Konsistenz wurde schliesslich ausgeführt, die Schmerzdarbietung und emotionale Beteiligung sowie der nicht vorhandene Leidensdruck sprächen gegen eine «anhaltende Schmerzstörung (45.4)», bei der als vorherrschende Beschwerde ein andauernder schwerer und quälender Schmerz vorhanden wäre in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen schwerwiegenden Belastungen, die als entscheidender ursächlicher Faktor geltend könnten. Im Rahmen der Begutachtung habe kein innerpsychischer Konflikt identifiziert werden können. Angesichts der Schilderungen der Explorandin, unter starken Ganzkörperschmerzen zu leiden, erstaune es, dass sich bei einer im Rahmen der Begutachtung gemessenen Medikamentenspiegel-Bestimmung sämtliche Schmerzmittel an der Grenze zur Nachweisbarkeit befunden hätten (Diclofenac, Paracetamol und Tramadol). Gesamthaft bestehe der Verdacht auf eine Aggravation. Unabhängig von diesen Feststellungen, welche sich vor allem in der psychiatrischen Begutachtung auffällig dargestellt hätten, seien somatische Befunde bildgebend ausgewiesen und könnten die angegebenen Beschwerden zumindest teilweise erklären, was die Einschätzung der Einschränkung von maximal 20 % begründe. Die Explorandin sehe sich völlig arbeitsunfähig. Sie sei dennoch weiterhin in der Lage, ihren Haushalt selbstständig zu erledigen, regelmässige Spaziergänge zu unternehmen und an einem Fitnessprogramm konstant teilzunehmen. Daher lasse sich nicht erklären, aus welchen Gründen unter optimalen Arbeitsbedingungen (ergonomische Anpassung des Arbeitsplatzes) sie nicht in der Lage sei, eine berufliche Funktion im

Rahmen von 80 % (3 Stunden morgens, 3 Stunden und 15 Minuten nachmittags) in adaptierter Tätigkeit zu verrichten. Seit vielen Jahren – bereits vor Eintritt relevanter struktureller Veränderungen (z.B. Calcaneocuboidarthrose links) – habe die Explorandin in reduziertem Pensum zu 50 % gearbeitet und habe sich selbst als teilweise arbeitsunfähig gesehen. An der Konsistenz und Therapieadhärenz seien während der psychiatrischen Begutachtung Zweifel aufgekommen (IV-Nr. 91.2).

6.8.4 Im Rahmen der rheumatologischen Teilbegutachtung wurde zur Arbeitsfähigkeit aus rheumatologischer Sicht angegeben, in der angestammten Tätigkeit als Fabrikarbeiterin in der Montage bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (unter der Annahme eines Pensums von 100 %). Unter Berücksichtigung des beschriebenen positiven Belastungsprofils lasse sich in einer adaptierten Tätigkeit eine restliche Arbeitsfähigkeit von 80 % (6 Stunden und 15 Minuten im Tag) ermitteln. Dabei werde die Notwendigkeit vermehrter Pausen mitberücksichtigt (IV-Nr. 91.3 S. 14).

6.8.5 Die Beurteilung bei der internistischen Teilbegutachtung lautete dahingehend, aus internistischer Sicht gebe es keine Gründe für eine Arbeitsunfähigkeit (IV-Nr. 91.4 S. 4).

6.8.6 Im Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung wurde zur Arbeitsfähigkeit angegeben, eine wettbewerbswirksame Tätigkeit als Montagemitarbeiterin in der früheren Firma [...] sei der Beschwerdeführerin wegen der multiplen Schmerzen am gesamten Bewegungsapparat, insbesondere aufgrund der Retropatellararthrose des linken Kniegelenkes, aufgrund der entstandenen Calcaneocuboidarthrose des linken Fusses sowie auch aufgrund der nachweisbaren schmerzhaften Bewegungseinschränkungen der Halswirbelsäule, des rechten Schultergelenkes mit Sensibilitätsstörungen und Kraftminderung der rechten Armes und der rechten Hand sowie aufgrund des lumbospondylogenen Schmerzsyndroms mit Ausstrahlungen in beide Hände mit positiv nachweisbarem Nervenschmerz nicht mehr zuzumuten. Für diese Tätigkeit als Montagearbeiterin bestehe eine dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 %. In einer optimal den angegebenen orthopädischen Erkrankungen und posttraumatischen Zuständen angepassten Tätigkeit bestehe für die Explorandin angesichts der schmerzhaften Bewegungseinschränkungen aufgrund der beschriebenen Erkrankungen und posttraumatischen Diagnosen eine Arbeitsfähigkeit von maximal 80 % (IV-Nr. 91.5 S. 8). Geeignet seien wechselbelastende Tätigkeiten ohne dauerhaftes Heben von Gewichten über 10 kg, welche zeitlich in Abschnitte von 30 Minuten gegliedert werden könnten (IV-Nr. 91.5 S. 7 f.).

6.8.7 Bei der psychiatrischen Teilbegutachtung konnte keine psychische Störung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit diagnostiziert werden. Es wurde dargelegt, es könne bei der aktuellen Begutachtung keine Psychopathologie festgestellt werden. Die Explorandin habe sich auch zuvor noch nie in einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung befunden; auch in den Akten finde sich keine psychiatrische Diagnose. Aus rein psychiatrischer Sicht habe durchgehend, auch retrospektiv seit dem Jahr 2000, keine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Dies betreffe sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine angepasste Tätigkeit. Auch für eine adaptierte Tätigkeit könne aus psychiatrischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden (IV-Nr. 91.6 S. 5 ff.).

6.9 RAD-Ärztin Dr. med. J. \_\_\_ äusserte sich in ihrer Stellungnahme vom 27. April 2018 dahingehend, im Gutachten der D. \_\_\_ vom 12. Januar 2018 werde der medizinische Sachverhalt umfassend dargestellt. In Kenntnis der Vorakten, basierend auf ausführlichen fachspezifischen Untersuchungen, hätten die Gutachter festgestellt, dass die Versicherte an einem chronischen Schmerzsyndrom leide, das teilweise begründet sei durch strukturelle Schädigungen im Bereich des Bewegungsapparates und teilweise durch schmerzhafte myotendinotische Verspannungen.

Eine eigenständige psychiatrische Störung liege nicht vor. Die Arbeitsfähigkeit werde nachvollziehbar begründet durch die Beschreibung eines detaillierten negativen Belastbarkeitsprofils und davon abgeleitet eines Zumutbarkeitsprofils. Es bestehe eine Arbeitsfähigkeit der Versicherten in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin von 80 % seit Dezember 2015. In einer Verweistätigkeit bestehe ebenfalls eine Arbeitsfähigkeit von 80 % seit Dezember 2015. Weitere medizinische Abklärungen seien nicht angezeigt. Die RAD-Ärztin hielt fest, die von der Versicherten beklagten Schmerzen im linken Fuss, weniger im rechten, in den Knien, im unteren Rücken und im Schultergürtel / Nacken erklärten sich durch die somatischen Befunde. Die von der Psychiaterin beschriebenen Inkonsistenzen und der Verdacht auf eine Aggravation seien in der polydisziplinären Schlussbeurteilung nicht erwähnt worden, weil die Beschwerden durch die somatischen Befunde erklärt würden. Spiegelbestimmungen von Medikamenten ohne genaue Angabe über die letzte Einnahme und die Dosis seien schwierig zu interpretieren, zumal wenn die Medikamente nicht fix verordnet seien und bei Bedarf eingenommen werden könnten. Der Vertreter der Versicherten schreibe, dass sie in guten Phasen bis zu zwei Wochen ohne Schmerzmedikation auskomme. Dies spreche einerseits dafür, dass die Schmerzausprägung nicht immer in dem von der Versicherten angegebenen hohen Ausmass (VAS 8 – 9) vorliege, andererseits aber auch für die organische Ursache der Schmerzen (IV-Nr. 95 S. 2 ff.).

6.10 Dem vom Versicherungsgericht eingeholten polydisziplinären (orthopädischen, rheumatologischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2020 (Untersuchungen vom 22. Januar sowie 4. und 10. Februar 2020) können im Rahmen der zusammenfassenden interdisziplinären Beurteilung keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin entnommen werden. Die von den Fachärzten gestellten Diagnosen (1. Chronisch polytope Schmerzstörung bei chronischem lumbospondylogem Schmerzsyndrom [objektiv allenfalls leichtgradig] M54.5 bei moderaten degenerativen Veränderungen ohne radikuläre oder andere neurogene Schmerzkomponente, chronischem zervikospondylogem Schmerzsyndrom [objektiv allenfalls leichtgradig] M54.2 mit Schulter-Arm-Syndrom bei geringen degenerativen Veränderungen der HWS ohne radikuläre oder andere neurogene Schmerzkomponente, Zustand nach erheblicher Distorsion des linken Sprunggelenks am 21.08.2012 mit beginnenden degenerativen Veränderungen im Bereich des oberen Sprunggelenkes ohne neurogene Schmerzanteile, kein Hinweis auf früheres CRPS, Zustand nach knöchern konsolidierter Patellaquerfraktur am 30.11.2008 mit nachfolgender Osteosynthese 30.11.2008 mit OSME 20.07.2009 mit beginnenden Tendinosen der proximalen Patellasehne und des vorderen Kreuzbandes mit geringen degenerativen Veränderungen des medialen Meniskushinterhorns bei Patelladysplasie und Hinweise auf infrapatelläres Plica-Syndrom, Zustand nach knöcherner konsolidierter Patellalängsfraktur 1994, Fehlhaltung der Wirbelsäule bei einem beginnenden Rundrücken und Hohlkreuz mit deutlicher muskulärer Dysbalance und myotendinotischen diffusen Verspannungen sowie Knick-Spreiz-Fuss beidseits; 2. Primäre episodische Migräne teilweise mit Aura [ICD-10 G43.1] mit anzunehmendem leichtem zerviko- und lumbospondylogem Schmerzsyndrom M54.2 und M54.5; 3. Hinweis auf erhebliche und vielfache Inkonsistenzen in Form negativer Antwort- und Leistungsverzerrung, Kriterien mindestens einer Aggravation sind erfüllt; 4. Hinweise für eine psychische Störung insbesondere mit Arbeitsrelevanz finden sich nicht) haben gemäss ihren Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Die Gutachter halten fest, die festgestellten objektivierbaren Diagnosen schränken das

Fähigkeitsprofil in somatischer Hinsicht nur leichtgradig ein. Die Explorandin sei in der Lage, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg, in rückerlender Haltung, in temperierten Räumen und im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen durchzuführen. Vermieden werden sollten mittelschwere und schwere Tätigkeiten, mit Heben und Tragen von Gewichten oberhalb von 15 kg, ausserhalb des Körperlotes, Vibrationen, ruckartige Bewegungen der Wirbelsäule, kauende, kniende und hockende Tätigkeiten, Treppen steigen und ständige Überkopfarbeiten mit den Armen. Sie sollte keiner unnötigen Kälte, Nässe und Zugluft ausgesetzt werden. Zusätzliche Einschränkungen aus neurologischer und rheumatologischer Sicht ergäben sich nicht. Aus psychiatrischer Sicht seien keine relevanten psychisch-strukturellen Störungen objektivierbar. Es könne somit keine arbeitsrelevante, quantitativ einschränkende Fähigkeitsminderung der psychischen Ressourcenlage begründet werden. Die Arbeitsfähigkeit sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit betrage 100 %, welche retrospektiv auch seit dem Jahr 2011 gültig sei. Medizinisch sei die Prognose gut. Die Integrationsprognose sei abhängig von persönlichen Zielen und der Motivation der Explorandin. Die vom Gericht den Gutachtern gestellten Fragen wurden im Wesentlichen dahingehend beantwortet, die Explorandin beschreibe eine chronische, dauerhaft hochskalierte Schmerzsymptomatik im Bereich der HWS, BWS und LWS, am linken Knie und im linken Sprunggelenk, zudem Schmerzen in allen Gelenken sowie eine episodische Migräne mit Aura. Wegen der Wirbelsäulenbeschwerden, beginnend im Jahr 1996, habe sie im Jahr 2002 das Arbeitspensum von 100 % auf 50 % selber reduziert. Gleichwohl seien die Schmerzen weiterhin stark, zumal sie sich im Jahr 1994 auch eine Zerrung im rechten Kniegelenk zugezogen habe, im Jahr 2008 eine Patellafraktur links hinzugekommen sei (operativ versorgt, später Osteosynthesematerialentfernung [OSME]) und weiterhin entsprechende Kniebeschwerden vorhanden seien. Ausserdem habe sie sich im Jahr 2012 eine Verletzung im linken Sprunggelenk zugezogen (Rückfussdistorsion). Die Schmerzen seien chronisch dauerhaft und hochskaliert. Sämtliche Behandlungen hätten bis zum aktuellen Zeitpunkt zu keiner wesentlichen Beschwerdereduktion geführt; Schmerzmittel nehme sie nur bedarfsweise ein. Aufgrund ihrer Wirbelsäulen- und Gelenkbeschwerden sei sie nicht in der Lage, lange zu sitzen und zu stehen. Ihre Wegstrecke sei reduziert auf ca. 30 Minuten, weil sie Pausen einlegen müsse. Sie könne weder schwer heben noch tragen und sich nicht bücken oder drehen. Ruckartige Bewegungen müsse sie vermeiden. Sie könne auch nicht knien und in die Hocke gehen. Schwer seien auch das Treppensteigen und Spaziergänge mit Unebenheiten. Auch Tätigkeiten auf Schulterhöhe strengten sie an. Sie habe ab und zu Gefühlsstörungen, starke Kälteempfindlichkeit und weisse Finger. Die Feinmotorik habe nachgelassen, Gegenstände fielen ihr aus der Hand. Aus diesem Grund könne sie die frühere berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben, obwohl dies keine schwere Tätigkeit gewesen sei. Der Gesundheitszustand habe sich aktuell derart verschlechtert, dass sie das nicht mehr durchhalten könne. Zusätzlich beständen auch wesentlich beeinträchtigende Kopfschmerzen. Die Explorandin gebe aufgrund der erheblichen Beschwerden an, dass sie zum aktuellen Zeitpunkt nicht mehr in der Lage sei, einer beruflichen Tätigkeit nachzugehen. Sie könne die Belastung schmerzbedingt nicht mehr aushalten und sehe sich als nicht mehr arbeitsfähig an. Zu den erhobenen Befunden gaben die Gutachter an, es zeige sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektiven Beschwerden, dem Schmerzverhalten und – soweit die Explorandin es zugelassen habe – den objektiven Befunden. So zeigten die radiologischen Abklärungen insgesamt auch bis zum aktuellen Zeitpunkt nur moderate degenerative

Veränderungen. Radiologisch habe kein Nervenkompressionssyndrom oder ein signifikantes Engpasssyndrom belegt werden können. Gemäss dem aktuellen MRI von HWS, LWS, Sprunggelenken beidseits, liessen sich nur moderate degenerative Veränderungen feststellen, welche auch im Vergleich zu den früheren radiologischen Befunden gleichgeblieben seien. Diese radiologischen Befunde erklärten keine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Es lasse sich aber auch keine rheumatologische entzündliche Schmerzursache finden. Auch klinisch-neurologisch hätten weder eine radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik noch andere peripher-neurogene oder zentral-neurogene Schmerzursachen festgestellt werden können. Im klinisch-orthopädischen Untersuchungsbefund seien nur muskuläre Verspannungen und davon ausgehend ein myotendinotisches Restschmerzsyndrom zu beschreiben bzw. anzunehmen, es bestünden aber nur endgradige Einschränkungen im Schultergürtel, in den Kniegelenken und möglicherweise auch in den linken Sprunggelenken. Aufgrund des diskrepanten Verhaltens und der Selbstlimitierung mit Blockadehaltung im Rahmen der orthopädischen Untersuchung sei die objektive Untersuchung jedoch erheblich erschwert gewesen. Auch bei der aktuellen psychiatrischen Begutachtung finde man keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Es seien keine affektiven Störungen feststellbar und auch keine anderen psychischen arbeitsrelevanten Diagnosen zu stellen. Auch finde sich keine plausibel belegbare Grundlage für die Annahme einer Somatisierungsstörung bzw. somatoformen Störung (weder in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung noch als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren). Die Gutachter führten im Weiteren aus, in der Gesamtschau ergäben sich erhebliche Hinweise für multiple Inkonsistenzen, welche in diesem hohen Verzerrungsgrad überwiegend wahrscheinlich die Kriterien mindestens einer erheblichen Aggravation erfüllten. Es finde sich aber keine psychische Störung, welche dieses Verhalten auf krankheitswertiger Grundlage erklären könnte. Die Überprüfung der Beschwerde- und Symptomvalidierung ergebe insbesondere folgende Inkonsistenzen: Die im Rahmen der aktuellen neurologischen Begutachtung angegebene hohe Schmerzstärke von 8,5 auf der maximal 10-teiligen visuellen Analogskala (10 = maximal menschenvorstellbarer vernichtender Folterschmerz) selbst zum Zeitpunkt der gutachterlichen Befragung sei in keiner Weise von affektiven, vegetativen und behavioralen Schmerzkorrelaten begleitet. Vielmehr sei die Explorandin freundlich, euthym und schwingungsfähig, es seien kein Schwitzen, keine schnelle Atmung und keine Puls- und Blutdruckauffälligkeiten feststellbar (sogar eher tiefer Blutdruck mit 110/70 mmHg). Die nur geringe Modulationsfähigkeit der hochskalierten Schmerzen auf sämtliche medizinische Massnahmen sei nicht plausibel. Die Angaben in der Schmerzanalyse seien insbesondere zur Schmerzqualität auffallend wenig konkret und plakativ, auch die Lokalisation der Schmerzen sei diffus. Für eine solch dauerhaft hochskaliert angegebene Schmerzsymptomatik imponiere die Behandlungsaktivität auffallend gering, es werde lediglich niederdosiert der Einsatz schwachwirksamer Analgetika angegeben, welche sicher nicht genügen, um eine so hochskalierte Schmerzsymptomatik zu behandeln. Das doch recht gute Aktivitätenniveau im Tagesprofil (z.B. sich mit Kolleginnen im [...] zum Kaffeetrinken treffen, Besuche, Freundeskreis, Spaziergänge, Tätigkeit im Haushalt, teilweise Autofahren) wäre nicht mit der angegebenen, so dauerhaft hochskalierten Schmerzsymptomatik möglich. Entsprechend zeige sich aber auch aktuell in der Begutachtung, dass die Explorandin durchaus z.B. in der Lage gewesen sei, über den Zeitraum von ca. 3 Stunden sehr aufmerksam und zumeist mit ruhigem Sitzen daran teilzunehmen, z.B. im neurologischen und auch im psychiatrischen

Teilgutachten. Die Angabe der Explorandin, eine völlig reguläre orthopädische Untersuchung im Rahmen der aktuellen Begutachtung habe so erhebliche Schmerzen bei ihr verursacht, dass diese noch 2 Wochen im Rahmen der neurologischen Begutachtung bestünden, sei schlichtweg medizinisch nicht nachvollziehbar. So seien entsprechend auch sämtliche Waddell-Zeichen im Rahmen der aktuellen neurologischen Untersuchung ebenfalls hochpositiv. Die von der Explorandin angegebene hohe Schmerzstärke und –empfindlichkeit auf schon geringste Manipulationen, selbst Scheinbewegungen sowie z.B. Pseudorotation, zeige die hochgradige Subjektivität der Angaben. So seien zudem auch auffallend inkonsistent dargebotene Untersuchungsbefunde feststellbar, so z.B. eine hochgradig variable Kraftentfaltung z.B. bei der Prüfung der Motorik am linken Fuss und bei der Handkraft, es finde sich ein reduzierter Rebound-Effekt bei der Armbeugung und Streckung, der Lasègue in der gezielten Untersuchung werde nur bis ca. 40 Grad durchgeführt, beim Anziehen sei jedoch eine weit bessere Beweglichkeit erkennbar. Auch im Rahmen der orthopädischen Untersuchung stelle sich ein erheblich selbstlimitierendes Verhalten dar, teilweise bis zur Blockadehaltung, obgleich in unbemerkter Beobachtung solche Einschränkungen nicht mehr in dieser Ausprägung vorhanden seien. Im Gangbild sei kein Schonhinken feststellbar. Zusammenfassend seien somit sämtliche Waddell-Zeichen hochgradig positiv, eine Schmerzausprägung in dieser angegebenen Stärke sei durch die objektivierbaren medizinischen denkbaren Grundlagen nicht nachvollziehbar. Die therapeutischen Massnahmen seien zudem sehr gering, in den letzten Jahren seien keine stationären weiteren Massnahmen durchgeführt worden, weder somatisch noch psychiatrisch. Eine psychiatrische Behandlung sei weder in Anspruch genommen worden noch von den behandelnden Ärzten als notwendig angesehen worden. Auch die gegenwärtige Inanspruchnahme von Medikamenten sei als gering zu bezeichnen. Auch das Aktivitätenniveau sei nicht kongruent zwischen einem doch recht ordentlichen sozialen Aktivitätenniveau im Vergleich zur Angabe, dass sie sich zu keiner beruflichen Tätigkeit in der Lage sehe. Diese Diskrepanzen erklärten aber auch die Abweichung zwischen der subjektiv so stark eingeschränkt bis aufgehoben angenommenen Leistungsfähigkeit und der aktuellen gutachterlichen medizinischen und versicherungsmedizinischen Gesamtbewertung. Auch unter Einbezug der Längsschnittbefunde gemäss Aktenlage könnten auch retrospektiv ab dem Zeitpunkt 2011 keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit begründet werden, insbesondere in adaptierten Tätigkeiten, aber sehr wahrscheinlich auch für die angestammte Tätigkeit als Montagemitarbeiterin. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit der Explorandin seit der mit Verfügung vom 27. Juli 2011 erfolgten Ablehnung der Invalidenrente objektiv verbessert oder verschlechtert hätten oder ob sie allenfalls unverändert geblieben seien, führten die Gutachter Folgendes aus: Im Vergleich zum Juli 2011 könnten keine arbeitsrelevanten Veränderungen objektiviert werden. Die radiologischen Befunde seien auch ausweislich der selbst gegenwärtig nur moderaten degenerativen Veränderungen nicht erklärend für eine so subjektiv hochskaliert angegebene Schmerzsymptomatik. Die klinischen Befunde seien weitgehend vergleichbar mit den früheren Untersuchungsergebnissen. Auch das im Jahr 2012 erlittene Rückfussdistorsionstrauma (keine Fraktur) vermöge nicht eine so wesentliche Beeinträchtigung zu erklären, dass die angestammte Tätigkeit und insbesondere adaptierte Tätigkeiten nicht oder nur reduziert möglich sein sollten. Eine psychiatrische arbeitsrelevante Störung sei weder in der Vergangenheit noch gegenwärtig dokumentiert worden. Zwar gingen teilweise in der Vergangenheit behandelnde Ärzte davon aus, die von der Explorandin immer angegebene ausbleibende Besserung der hochskalierten Schmerzen

müsse bei fehlender Erklärbarkeit in somatischen Fachbereichen einer psychischen Störung entsprechen. Die reflektorische Erklärung, es müsse dann wohl z.B. eine Somatisierungsstörung vorliegen, übersehe, dass eben auch eine Abgrenzung gegenüber Inkonsistenzen vorgenommen werden müsse. Gerade aber in dieser Hinsicht sehe man gemäss aktueller Begutachtung sehr erhebliche Inkonsistenzen. Es werde gleichermassen wie auch damals keine objektive medizinische Grundlage für eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit, insbesondere nicht in einer adaptierten Verweistätigkeit, überwiegend wahrscheinlich sogar in der angestammten Tätigkeit, gesehen. Die Explorandin habe die damalige Tätigkeit zudem als wechselbelastend, teilweise im Stehen aber eben auch im Sitzen ausübbar, zudem körperlich leicht, sowohl im orthopädischen als auch neurologischen Gutachten explizit erfragt, beschrieben. Sie entspreche somit auch dem aktuell anzunehmenden Fähigkeitsprofil. Die Gutachten hielten schliesslich fest, es werde davon ausgegangen, dass durchgängig retrospektiv keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden habe; allenfalls habe ein solche sehr kurzfristig im Rahmen des Torsionstraumas des linken Sprunggelenks im Jahr 2012 bestanden (A.S. 59 ff.).

## **E. 7.1**

7.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente (sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen) im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss den Abklärungen sei die Beschwerdeführerin seit Dezember 2015 (Beginn der einjährigen Wartezeit) in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt. Es sei ihr aber möglich, sowohl in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin als auch in einer angepassten Verweistätigkeit im Umfang von 80 % ohne zusätzliche Leistungseinschränkung zu arbeiten. Dies ergebe einen Invaliditätsgrad von 20 %. Die gegen das Administrativgutachten vorgebrachten Einwände seien nicht stichhaltig. Entscheidend sei, ob das Gutachten vollständig, schlüssig, begründet und nachvollziehbar sei. Dies sei bezüglich des Gutachtens der D.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2018 zu bejahen, welchem voller Beweiswert zukomme. Von weiteren Beweismassnahmen könne abgesehen werden (IV-Nr. 103; A.S. 1 ff.).

7.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber beantragen, es sei ihr die gesetzlich zustehende Invalidenrente zuzusprechen. Zur Begründung bringt sie vor, sie habe in den Jahren 1988 bis 1989 für die Q.\_\_\_\_ als Produktionsmitarbeiterin und seit 1989 als Montagemitarbeiterin für die B.\_\_\_\_ gearbeitet. Aufgrund von Rückenproblemen habe sie ab dem Jahr 2002 ihr Arbeitspensum auf 50 % reduzieren müssen. Obwohl sie nur körperlich leicht belastende Tätigkeiten habe ausführen müssen, habe sie wegen ihrer täglichen Schmerzen kein höheres Pensum mehr leisten können. Per Ende Oktober 2015 sei ihr im Rahmen einer Massenentlassung gekündigt worden. Sie habe im Jahr 2003 (recte: 1994) ihre rechte Kniescheibe, im Jahr 2008 ihre linke Kniescheibe sowie im Jahr 2012 ihren linken Fuss gebrochen. Im Januar 2016 habe sie sich bei der IV neu angemeldet, weil sich ihr Gesundheitszustand wesentlich verschlechtert habe. Das D.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Januar 2018 weise verschiedene Mängel auf und sei nicht aussagekräftig. Beanstandet werde vorweg die lange Abklärungsdauer. Sodann habe offensichtlich keine Konsensbesprechung stattgefunden, weshalb mangels einer Gesamtbeurteilung das ganze Gutachten als unbrauchbar erscheine. Das Gericht habe daher ein Obergutachten einzuholen. Sollte das Gericht die einzelnen Teilgutachten jedoch als grundsätzlich beweiskräftig erachten, sei in einer Gesamtbetrachtung (rheumatologisch und orthopädisch) eine Kumulation der attestierten Arbeitsunfähigkeiten von je 20 % ausgewiesen und somit

von einer Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 40 % auszugehen. Sodann könne auf das psychiatrische Teilgutachten aus verschiedenen Gründen nicht abgestellt werden. Die Vorwürfe der Aggravation oder gar Simulation seien offensichtlich unhaltbar (Beschwerde vom 12. September 2018, A.S. 6 ff.). Mit Eingabe vom 6. November 2018 lässt die Beschwerdeführerin noch darauf hinweisen, sie habe sich am 25. August 2017 auch noch ihren linken Fuss gebrochen (vierter Unfall). Somit habe sie in den letzten 15 Jahren beide Kniescheiben sowie beide Füsse gebrochen (A.S. 28).

Mit Stellungnahme vom 7. Januar 2021 lässt die Beschwerdeführerin zum vom Gericht eingeholten polydisziplinären Gutachten der E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2020 geltend machen, die darin erhobenen Befunde akzeptiere sie nicht. Der Vorwurf der Aggravation sei unbegründet und stossend. Die Gutachter seien ihr in keiner Art und Weise gerecht geworden, indem sie ihr die tatsächlich subjektiv empfundenen enormen Schmerzen abgesprochen hätten. In ihrem Alltag sei sie massiv eingeschränkt. Dass ihr sogar ihre angestammte Tätigkeit, die sie wegen der Schmerzen habe aufgeben müssen, zumutbar sein solle, sei unhaltbar, umso mehr, als sich ihr Gesundheitszustand seither weiter verschlechtert habe (A.S. 158 f.).

7.2 Zunächst ist festzuhalten, dass das polydisziplinäre Gerichtsgutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2020 (Untersuchungen vom 22. Januar sowie 4. und 10. Februar 2020) auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den Disziplinen «Neurologie», «Orthopädie», «Rheumatologie» und «Psychiatrie» beruht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Die abweichenden Einschätzungen in den medizinischen Vorakten werden durch die Gerichtsgutachter berücksichtigt. Schliesslich werden die vom Gericht gestellten Fragen im Rahmen einer gesamthaften Betrachtung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen beantwortet. Das Gesamtgutachten trägt die Unterschriften aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

7.3 Gestützt auf das Gutachten der E.\_\_\_\_ ist eine relevante Veränderung bzw. die geltend gemachte Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin sei dem Referenzzeitpunkt (rechtskräftige Verfügung vom 27. Juli 2011, IV-Nr. 33) nicht ersichtlich. Die Gutachter konnten keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin stellen und kamen im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung zum Schluss, im Vergleich zum Juli 2011 könnten keine arbeitsrelevanten Veränderungen objektiviert werden. Sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer Verweistätigkeit bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 100 %, diese Einschätzung sei retrospektiv auch seit dem Jahr 2011 gültig. Die Gutachter legten nachvollziehbar und schlüssig dar, die aktuellen radiologischen Befunde (vgl. orthopädisches Teilgutachten, A.S. 102 f. und 115 ff.) seien auch ausweislich der selbst gegenwärtig nur moderaten degenerativen Veränderungen nicht erklärend für eine so

subjektiv hochskaliert angegebene Schmerzsymptomatik. Die klinischen Befunde seien weitgehend vergleichbar mit den früheren Untersuchungsergebnissen. Auch das im Jahr 2012 erlittene Rückfussdistorsionstrauma (keine Fraktur) vermöge nicht eine so wesentliche Beeinträchtigung zu erklären, dass die angestammte Tätigkeit und insbesondere adaptierte Tätigkeiten nicht oder nur reduziert möglich sein sollten. Auch das Bestehen einer psychiatrisch arbeitsrelevanten Störung wurde von den Gutachtern sowohl für die Vergangenheit als auch für die Gegenwart verneint (A.S. 64).

Dem Einwand der Beschwerdeführerin, sie akzeptiere die Befunde der E.\_\_\_\_ nicht, die subjektiv empfundenen enormen Schmerzen seien ihr von den Gutachtern zu Unrecht abgesprochen worden und ihr Gesundheitszustand habe sich weiter verschlechtert, kann nicht gefolgt werden. So legten die Fachärzte übereinstimmend und überzeugend dar, es habe sich eine erhebliche Diskrepanz zwischen den objektivierbaren Beschwerden, dem Schmerzverhalten und ■ soweit die Beschwerdeführerin es zugelassen habe ■ den objektivierbaren Befunden gezeigt. Die radiologischen Abklärungen insgesamt hätten auch bis zum aktuellen Zeitpunkt nur moderate degenerative Veränderungen ergeben, radiologisch habe kein Nervenkompressionssyndrom oder ein signifikantes Engpasssyndrom belegt werden können. Gemäss den aktuellen MRI von HWS, LWS und den Sprunggelenken beidseits hätten sich nur moderate degenerative Veränderungen feststellen lassen, welche auch im Vergleich zu den früheren radiologischen Befunden gleichgeblieben seien. Diese radiologischen Befunde erklärten keine signifikante Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Nach den Angaben der Experten konnte auch keine rheumatologische entzündliche Schmerzursache festgestellt werden. Sodann seien klinisch-neurologisch keinerlei radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik und auch keine anderen peripher-neurogenen oder zentral-neurogenen Schmerzursachen ersichtlich gewesen. Die Gutachter hielten zwar fest, einzig im klinisch-orthopädischen Untersuchungsbefund seien muskuläre Verspannungen und davon ausgehend ein myotendinotisches Restschmerzsyndrom anzunehmen, diesbezüglich bestünden aber nur endgradige Einschränkungen im Schultergürtel, in den Kniegelenken und möglicherweise auch in den linken Sprunggelenken. Aufgrund des diskrepanten Verhaltens und der Selbstlimitierung mit Blockadehaltung im Rahmen der orthopädischen Untersuchung sei die objektive Untersuchung jedoch erheblich erschwert gewesen. Die E.\_\_\_\_-Gutachter stellten im Weiteren fest, auch im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Begutachtung seien keine Diagnosen mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit zu stellen. Für die Annahme einer Somatisierungsstörung bzw. somatoformen Störung (in Form einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung oder als chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren) bestehe keine plausibel belegbare Grundlage. Die Experten kamen zum Schluss, in der Gesamtschau bestünden erhebliche Hinweise für multiple Inkonsistenzen, welche in dem hohen Verzerrungsgrad überwiegend wahrscheinlich die Kriterien mindestens einer erheblichen Aggravation erfüllten. Die Gutachter listeten detailliert die zahlreichen Inkonsistenzen auf und kamen zur Erkenntnis, zusammenfassend sei eine Schmerzausprägung in der angegebenen Stärke durch die objektivierbaren medizinischen denkbaren Grundlagen nicht nachvollziehbar. Zudem seien die therapeutischen Massnahmen sehr gering und das Aktivitätenniveau nicht kongruent zur Angabe der Beschwerdeführerin, sie sehe sich zu keiner beruflichen Tätigkeit in der Lage. Unter Einbezug der Längsschnittbefunde gemäss Aktenlage konnten die Gutachter auch retrospektiv ab dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 27. Juli 2011) keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit, insbesondere in adaptierten Tätigkeiten, aber sehr

wahrscheinlich auch für die angestammte Tätigkeit als Montagemitarbeiterin, feststellen (vgl. E. II. 6.10 hiervor). Diese Beurteilung vermag vor dem Hintergrund der aktuellen gutachterlichen Feststellungen zu überzeugen.

7.4 Die Berichte des Hausarztes Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 2. April und 2. Juli 2015 (IV-Nr. 63.4 S. 7 f. und S. 9 f.; vgl. E. II. 6.1 hiervor) und der behandelnden Ärzte, des Rheumatologen Dr. med. P.\_\_\_\_ vom 29. Juli 2016 (IV-Nr. 67 S. 24 ff.; vgl. E. II. 6.5) und 10. August 2016 (IV-Nr. 67 S. 27 ff.; vgl. E. II. 6.6) sowie des Orthopäden Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 31. August 2015 (IV-Nr. 67 S. 10 ff.), 20. Januar 2016 (IV-Nr. 48; E. II. 6.3 hiervor) und 20. September 2016 (IV-Nr. 70 S. 3 ff.; E. II. 6.7 hiervor), welche teilweise zu anderen Einschätzungen gelangen, vermögen den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der E.\_\_\_\_ nicht zu schmälern. Wie erwähnt, weicht das Gericht bei Gerichtsgutachten nicht ohne zwingende Gründe von der Einschätzung der medizinischen Experten ab (vgl. E. II. 4.6 hiervor). Solche Gründe sind hier nicht ersichtlich. Auch das im Verwaltungsverfahren veranlasste polydisziplinäre Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2018, worin aus polydisziplinärer und rheumatologischer Sicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer adaptierten Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 80 % attestiert und die vom orthopädischen Teilgutachter Dr. med. R.\_\_\_\_ angegebene, dazu in Widerspruch stehende vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit nicht berücksichtigt wurde (vgl. IV-Nr. 91.1 S. 20, 91.3 S. 14 und 91.5 S. 8), vermag den Beweiswert des Gerichtsgutachtens nicht zu relativieren. So kam der orthopädische Teilgutachter der E.\_\_\_\_, Dr. med. S.\_\_\_\_, aufgrund seiner Untersuchung zur Erkenntnis, die von ihm gestellten orthopädischen Diagnosen hätten keine Relevanz für die Arbeitsfähigkeit. Im Vergleich zu den früheren gutachterlichen Untersuchungen auf rheumatologischen, orthopädischem sowie neurochirurgischem Gebiet zeigten sich keine wesentlichen Diskrepanzen in den Befunden. Es zeigten sich lediglich Unterschiede in den Bewegungsausschlägen der Extremitäten sowie der Wirbelsäule, jedoch seien diesbezüglich deutliche Hinweise auf Inkonsistenzen feststellbar. Die Selbstlimitierung und Dekonditionierung durchziehe das gesamte Krankheitsbild von Anfang an und sei auch anhand der aktuellen Untersuchung im verstärkten Masse nachweisbar. Dementsprechend werde eine differente Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit im Gegensatz zum orthopädischen Teilgutachter der D.\_\_\_\_ (Dr. med. R.\_\_\_\_) vertreten, da dieser den Schwerpunkt vor allem auf das Schmerzsyndrom gelegt und dies damit weitgehend begründet habe. Zu wenig berücksichtigt worden sei dabei aber die Bedeutung der Inkonsistenzen. Die Ansicht von Dr. med. R.\_\_\_\_ werde sowohl von aktueller rheumatologischer als auch von aktueller orthopädischer Seite nicht geteilt (A.S. 105, letzter Absatz). Die zuletzt ausgeübte Tätigkeit, welche von der Beschwerdeführerin selbst als eine leichte Montagearbeit bezeichnet werde, sei anhand des orthopädischen Befundes weiterhin möglich und entspreche auch fast einer sehr guten Verweistätigkeit (A.S. 106). Dies korrespondiert mit dem von Dr. med. S.\_\_\_\_ erstellten Fähigkeitsprofil, wonach die Beschwerdeführerin in der Lage sei, leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, mit Heben und Tragen von Gewichten bis zu 15 kg, in rückerenschulgerechter Haltung, in temperierten Räumen und im Wechsel zwischen Gehen, Stehen und Sitzen durchzuführen (vermieden werden sollten mittelschwere bis schwere Tätigkeiten mit Heben und Tragen von Gewichten über 15 kg, ausserhalb des Körperlotes, Vibrationen, ruckartige Bewegungen der Wirbelsäule, kauende, kniende und hockende Tätigkeiten, Treppen steigen, ständige Überkopfarbeiten mit den Armen sowie unnötige Kälte, Nässe und Zugluft). Dr. med. S.\_\_\_\_ kam zum Schluss, anhand des aktuellen Befundes ergäben sich keine wesentlichen

Veränderungen, wie dies bereits im Jahr 2011 festgehalten worden sei. Es seien fast die ähnlichen Diagnosen beschrieben wie anhand der aktuellen Untersuchung. Es könne keine wesentliche Zunahme der radiologischen Veränderungen belegt werden. Auch damals seien die gleichen funktionellen Einschränkungen beschrieben, die weiterhin sowohl die angestammte Tätigkeit als auch eine Verweistätigkeit zu 100 % zuließen (A.S. 109). Demnach kann nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgegangen werden

7.5 Entgegen den Angaben der Beschwerdeführerin in ihrer Eingabe vom 6. November 2018 (A.S. 28) kann dem orthopädischen Teilgutachten der E.\_\_\_\_ kein am 25. August 2017 erlittener Bruch des linken Fusses (angeblich vierter Unfall) entnommen werden, der zu einer allfälligen relevanten Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin geführt haben könnte. Dr. med. S.\_\_\_\_ stellte weder eine entsprechende Diagnose noch erwähnte er in seinem orthopädischen Teilgutachten einen weiteren Unfall. Auch der detailliert wiedergegebenen aktuellen Befragung der Beschwerdeführerin ist ein solches Ereignis nicht zu entnehmen (vgl. A.S. 96 ff.). Bei der Befragung im Rahmen der psychiatrischen Teilbegutachtung gab die Beschwerdeführerin zwar eine Fraktur des rechten Fusses im Jahr 2017 an, welche sie auf Osteoporose zurückführe (vgl. A.S. 138 und 143), bei der Befragung in Rahmen der orthopädischen Teilbegutachtung blieb dieses Ereignis jedoch gänzlich unerwähnt und der orthopädische Teilgutachter konnte in seiner Untersuchung keine Fraktur des linken oder rechten Fusses im Jahr 2017 feststellen. Eine im Jahr 2017 erlittene Fussfraktur geht auch nicht aus den aktuellen Bildgebungen hervor (vgl. A.S. 102, 118 f. und 122). Es ist daher davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin seit dem Referenzzeitpunkt (Verfügung vom 27. Juli 2011) am 21. August 2012 ausschliesslich eine Distorsion des linken Sprunggelenks (Rückfussdistorsionstrauma [keine Fraktur {A.S. 64}], dritter Unfall [nach der Kniescheibenlängsfraktur rechts im Jahr 1994 und der Kniescheibenquerfraktur links im Jahr 2008]) erlitten hat, welche zu keiner anhaltenden Einschränkung führte. Das Sprunggelenk wurde mit einem Gipsverband, später mit Bandagen entlastet und mit physiotherapeutischen Massnahmen konnte wieder eine Gehfähigkeit erreicht werden. Der orthopädische Teilgutachter Dr. med. S.\_\_\_\_ stellte stabile Sprunggelenke fest. Bei Ablenkung sei es möglich, eine relativ gute Funktion in beiden Sprunggelenken festzustellen (A.S. 97, 101 und 103; vgl. auch MRI vom 7. Februar 2020, A.S. 122).

Im Weiteren konnte auch die internistisch-rheumatologische Gutachterin der E.\_\_\_\_, Dr. med. T.\_\_\_\_, aufgrund ihrer Untersuchung aus internistisch-rheumatologischer Sicht keine pathologischen Befunde erheben, insbesondere konnte sie keine entzündlich-rheumatische Systemerkrankung diagnostizieren. Es sei auch nicht davon auszugehen, dass sich in den Jahren zuvor eine Verschlechterung einer nicht vorhandenen Erkrankung eingestellt habe (A.S. 130 f.). Auch der neurologische Teilgutachter der U.\_\_\_\_, Dr. med. U.\_\_\_\_, kam aufgrund seiner Untersuchungsergebnisse zum Schluss, aus rein neurologischer Sicht ergebe sich keine Einschränkung des Fähigkeitsprofils, welche über die Bewertung im orthopädischen Teilgutachten hinausgehe. Es liessen sich zwar mässige degenerative Veränderungen der HWS und LWS belegen, jedoch seien keine radikuläre Reiz- oder Defizitsymptomatik und keine zentral-neurologischen oder peripher-neurogenen Schmerzursachen festzustellen. Aus schmerzmedizinischer Sicht finde sich in Übereinstimmung und unter Einbezug der Befunde im Rahmen der aktuellen psychiatrischen Teilbegutachtung keine Diagnose mit Relevanz für die Arbeitsfähigkeit.

Aus neurologischer Sicht habe nie eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestanden (A.S. 89 ff.). Schliesslich hielt der psychiatrische Gutachter der E.\_\_\_\_, Dr. med. V.\_\_\_\_, in seinem psychiatrischen Teilgutachten fest, die Beschwerdeführerin gebe selber an, dass sie keine psychischen Probleme im eigentlichen Sinne habe. Es liessen sich keine relevanten psychischen Störungen nachweisen, solche seien weder von der Beschwerdeführerin entsprechend geschildert worden, noch finde man darüber Auskünfte in der Aktenlage. Insgesamt zeige sich, dass die beklagten Symptome, speziell die Schmerzschilderung, zur Verhaltensbeobachtung diskrepant sei und die geschilderten schmerzassoziierten Einschränkungen weder aktuell noch retrospektiv reproduziert und nachvollzogen werden könnten. Es bestünden keinerlei objektivierbare Grundlagen für die Entwicklung einer Somatisierungsstörung, insbesondere weder eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung noch eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Es seien aktuell weder objektivierbare affektive noch kognitive oder sonstige psychische Störungen ersichtlich. Es sei auch nie eine krankheitswertige und arbeitsrelevante psychische Störung objektiviert worden; eine solche liege auch aktuell nicht vor (A.S. 138, 144 f., 147 und 149).

7.6 Die von den Gutachtern der E.\_\_\_\_ aufgrund ihrer aktuellen Untersuchungen gewonnenen Erkenntnisse werden durch das aus den Akten hervorgehende Gutachten des Neurochirurgen Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 26. August 2015 erhärtet. Auch dieser Gutachter konnte aufgrund seiner Befragung und Untersuchung vom 3. August 2015 keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen, wobei er im Rahmen seiner Beurteilung festhielt, aufgrund der erhobenen Befunde könne eine andauernde, mindestens teilweise Arbeitsunfähigkeit nicht schlüssig begründet werden. Die Beschwerdeführerin habe betont, bei der Arbeit nicht unter vermehrten Beschwerden zu leiden. Alle ihren physischen, psychischen und intellektuellen Fähigkeiten entsprechenden Arbeiten könnten ihr zugemutet werden. Objektivierbare funktionelle Einschränkungen bestünden nicht. Die bisherige Tätigkeit sei den «Beschwerden» angepasst und somit zu 100 % zumutbar (IV-Nr. 63.4 S. 4 ff.; E. II. 6.2 hiervor). Auf die bereits im Gutachten von Dr. med. L.\_\_\_\_ beschriebenen Inkonsistenzen verwies auch der orthopädische Teilgutachter der E.\_\_\_\_ (vgl. A.S. 110). Solche gehen auch aus dem Bericht der Suva über die kreisärztliche Untersuchung vom 27. Januar 2016 hervor (IV-Nr. 53; E. II. 6.4 hiervor). Der Einwand, die Gutachter der E.\_\_\_\_ seien der Beschwerdeführerin in keiner Art und Weise gerecht geworden, indem sie ihr die tatsächlich subjektiv empfundenen enormen Schmerzen abgesprochen hätten, erweist sich nach dem Gesagten als unbegründet. Aufgrund des nun vorliegenden Gerichtsgutachtens kann nicht von einer «massiven Einschränkung im Alltag» gesprochen werden, wie dies von der Beschwerdeführerin behauptet wird.

8. Nach dem Gesagten ist aufgrund des vom Gericht veranlassten polydisziplinären Gutachtens der E.\_\_\_\_ vom 30. Oktober 2020 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung vom 2. August 2018, welche rechtsprechungsgemäss die zeitliche Grenze der gerichtlichen Überprüfungsbefugnis bildet (Urteil des Bundesgerichts I 940/06 vom 19. November 2007 E. 4.1 mit Hinweis auf BGE 129 V 167 E. 1 S. 169), in sämtlichen Disziplinen keine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ausgewiesen. Da seit der rechtskräftigen Verfügung vom 27. Juli 2011 bis zur vorliegend angefochtenen Verfügung keine erhebliche Veränderung des Sachverhalts eingetreten ist, liegt kein Revisionsgrund vor. Im vorliegenden Neuanmeldungsverfahren besteht somit keine Möglichkeit, eine davon abweichende Beurteilung des Rentenanspruchs vorzunehmen.

Vielmehr bleibt es beim bisherigen Rechtszustand. Damit erübrigt sich ein Einkommensvergleich. Die Beschwerde ist somit abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin (Art. 61 lit. g ATSG).

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

9.3 Gemäss Art. 45 Abs. 1 ATSG übernimmt der Versicherungsträger die Kosten der Abklärung, soweit er die Massnahmen angeordnet hat. Hat er keine Massnahmen angeordnet, so übernimmt er deren Kosten dennoch, wenn die Massnahmen für die Beurteilung des Anspruchs unerlässlich waren oder Bestandteil nachträglich zugesprochener Leistungen bilden. Mit BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 hat das Bundesgericht für den Bereich der Invalidenversicherung Kriterien aufgestellt, die bei der Beurteilung der Frage zu berücksichtigen sind, ob die Kosten eines Gerichtsgutachtens der Verwaltung auferlegt werden können. Es erwog, es müsse ein Zusammenhang bestehen zwischen dem Untersuchungsmangel seitens der Verwaltung und der Notwendigkeit, eine Gerichtsexpertise anzuordnen. Dies sei namentlich in folgenden Konstellationen der Fall: Wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen bestehe, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet habe, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt habe, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfülle (BGE 140 V 70 E. 6.1 S. 75 mit Hinweisen; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C\_64/2019 vom 27. November 2019 E. 8.1 mit Hinweisen).

Im vorliegenden Fall ordnete das Gericht das Gutachten der Begutachtungsstelle E.\_\_\_\_ an, weil sich das von der Beschwerdegegnerin im Verwaltungsverfahren veranlasste Gutachten der D.\_\_\_\_ vom 12. Januar 2018 bezüglich der attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeiten in den Disziplinen «Rheumatologie» und «Orthopädie» als widersprüchlich (attestierter Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als Montagemitarbeiterin aus rheumatologischer und polydisziplinärer Sicht von 80 %, aus orthopädischer Sicht dagegen von 0 % [vgl. IV-Nr. 91.1 S. 20, 91.3 S. 14 und 91.5 S. 8]) und zu wenig klar (positives Belastungsprofil in wechselbelastenden Tätigkeiten, «welche auch zeitlich in 30 Minuten-Abschnitten eingeteilt werden können» [A.S. 91.5 S. 7]) herausgestellt hat. Vor diesem Hintergrund war auch nicht klar, ob die Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit, welche beide Gutachter aus Sicht ihrer Disziplin auf 20 % (rheumatologisch) bzw. minimal 20 % (orthopädisch) festgesetzt hatten, deckungsgleich sind und damit ineinander aufgehen oder ob eine (vollständige oder teilweise) Addition der attestierten Arbeitsunfähigkeiten vorgenommen werden müsste. Ausserdem ist auch nicht restlos klar, ob eine Konsensbesprechung der Gutachter der D.\_\_\_\_ tatsächlich durchgeführt wurde, da nicht die polydisziplinäre Beurteilung, sondern einzig die Teilgutachten von den einzelnen Gutachtern unterzeichnet wurden; dieser Eindruck wird durch den Zeitdruck mit der

«letzten Mahnung» der Beschwerdegegnerin verstärkt (vgl. IV-Nr. 90). Insgesamt fehlt es damit an der Schlüssigkeit und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens der D.\_\_\_\_ in Bezug auf die Disziplinen «Rheumatologie» und «Orthopädie» sowie das Verhältnis zwischen den diesbezüglichen Teilgutachten. Die Beschwerdegegnerin wäre aufgrund des Untersuchungsgrundsatzes gehalten gewesen, die bestehenden Widersprüche und Unklarheiten aufzulösen bzw. den Sachverhalt ergänzend abklären zu lassen. Die Voraussetzungen, unter welchen der Beschwerdegegnerin die Kosten eines Gerichtsgutachtens zu tragen hat, sind damit erfüllt. Nach dem Gesagten rechtfertigt es sich, der Beschwerdegegnerin die Kosten des Gerichtsgutachtens von insgesamt CHF 14'938.15 (inkl. Kosten für Bildgebungen und Labor; vgl. den Parteien vorgängig zugestellte Rechnung der E.\_\_\_\_ vom 5. November 2020, A.S. 151) aufzuerlegen. Die IV-Stellen haben im Rahmen der mit BGE 139 V 496 umschriebenen Grundsätze gestützt auf Art. 45 Abs. 1 Satz 2 ATSG für die gesamten Kosten des Gerichtsgutachtens aufzukommen (BGE 143 V 269 E. 7.2 S. 283).

Demnach wird erkannt:

#### Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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