

# **SO\_GERICHTE VSBES.2019.249 vom 4. Mai 2020**

SO Obergericht, 2020-05-04, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2019.249\\_d20200504](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.249_d20200504)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2019.249 du 4 mai 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2019.249 del 4 maggio 2020

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 2**

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 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).

2.5 Sowohl das Verwaltungsverfahren als auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben Verwaltung 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 geltenden ■ Grundsatz der freien Beweiswürdigung auf. Führen die im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen den Versicherungsträger oder das Gericht bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so liegt im Verzicht auf die Abnahme weiterer Beweise keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör (antizipierte Beweiswürdigung). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteile des Bundesgerichts 9C\_296/2018 vom 14. Februar 2019 E. 4 und 9C\_273/2017 vom 9. April 2018 E. 3.1, je mit Hinweisen).

3. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, es seien berufliche Massnahmen und/oder eine Invalidenrente bei einem IV-Grad von mindestens 40 % zuzusprechen.

Demgegenüber ermittelte die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort einen Invaliditätsgrad von lediglich 13 %. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Dr. med. D.\_\_\_\_, Orthopädische Chirurgie FMH, hielt in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 7. August 2018 fest, die Behandlung der Beschwerdeführerin sei vom 15. Mai 2015 bis 26. Juni 2018 erfolgt. Die Patientin komme im Prinzip bei Bedarf, wobei es sich meistens um Schmerzexazerbationen handle. Die Patientin gehe aber auch häufig ins Ausland (Heimat [...]) und sei dann über Monate nicht mehr bei ihm in Behandlung. Die Patientin habe von ihm lediglich vom 11. August bis 30. September 2017 ein Arbeitsunfähigkeitszeugnis erhalten. Eine aktuelle Arbeitsunfähigkeit bestehe nicht. Damals habe die Patientin wahrscheinlich noch in einem Restaurationsbetrieb gearbeitet. Zur Vorgeschichte wurde angegeben, bei der Patientin bestehe seit mindestens 3 Jahren ein komplexes Schmerzsyndrom an den Fersen, am Rücken, an den Schultern, Daumen und Füßen sowie insbesondere auch am Knie. Die Patientin habe mehrere Szintigraphien gehabt, wobei tatsächlich eine mediale Gonarthrose links mehr als rechts dokumentiert werden könne und auch gewisse Mittelfuss-Arthrosen. Die LWS- und Schulterschmerzen könnten aber nicht szintigraphisch dokumentiert werden. Die Patientin zeige Zeichen einer Fibromyalgie bzw. somatoformen Schmerzverarbeitungsstörung, dies zumindest ausserhalb der Knieproblematik und der Rückfussproblematik.

Zur aktuellen medizinischen Symptomatik und Situation wurde dargelegt, die Patientin gebe wiederum massivste Schmerzen am ganzen Körper an, spontan erwähne sie erstaunlicherweise das linke Knie nur geringfügig (das linke Knie sei arthrotisch am stärksten befallen). Die Schultern könnten frei bewegt werden, seien diffus druckdolent, die LWS zeige keine Zeichen einer Radikulopathie, sei aber diffus druckempfindlich, im Sinne einer Fibromyalgie. Auch die Hüftbeweglichkeit sei nicht eingeschränkt, aber schmerzhaft. Beide Knie zeigten medial eine gewisse Zuklappbarkeit, links etwas stärker als rechts und links auch etwas schmerzhafter. Im Rückfussbereich bestehe eine diffuse Druckdolenz über der Achillessehne, an der Fascia plantaris. Paresen seien nicht vorhanden. Zur aktuellen Medikation wurde Folgendes angegeben: NSAR bei Bedarf, Infiltrationen des linken Knies bei Bedarf. Im Rahmen der Befunderhebung wurde angegeben, es bestehe im Prinzip keine Bewegungseinschränkung aller Gelenke im Körper. Die Schmerzen im Bereich der Schultern, der LWS und HWS, der Hüfte, der Knie und der Füße könnten im Prinzip nur an den Knien objektiviert werden durch eine leichte mediale Zuklappbarkeit. Die Patientin scheine psychisch erschöpft.

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden keine gestellt. Vielmehr wurde dargelegt, somatisch gesehen bestehe für mittelschwere Tätigkeiten (Gehen auf ebenem Terrain, sitzen alle 2 bis 3 Stunden, kurze Zeit, keine Lasten mehr als 10 bis 15 kg heben) keinerlei Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Für sehr stark körperlich belastende Tätigkeiten, welche die Patientin wahrscheinlich nie ausüben werde (anamnestisch zurzeit arbeitslos), bestehe eine Einschränkung von mindestens 50 %: Hier seien Tätigkeiten wie Heben von Lasten von mehr als 15 kg, Betätigen von schweren Maschinen, Stehen auf Leitern etc. gemeint. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Fibromyalgie sowie eine beginnende leichte Gonarthrose-Entwicklung links mehr als rechts genannt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete dahingehend, diese sei somatisch gesehen günstig. Psychosomatisch gesehen sei sie jedoch sehr schwierig bei offensichtlicher somatoformer Schmerzverarbeitungsstörung und wahrscheinlich auch

geringer Motivation zur Reintegration. Eventuell spielten auch psychische Faktoren eine Rolle. Es seien möglichst wenige medizinischen Kontrollen durchzuführen, damit nicht einem sekundären Krankheitsgewinn Vorschub geleistet werde.

Die Funktionseinschränkungen wurden wie folgt beschrieben: Bei längerem Stehen (über 2 bis 3 Stunden, beim Heben von Lasten von mehr als 15 kg und beim Betreten von Leitern oder Gehen auf sehr unebenem Terrain, bei Feldarbeiten etc.) sei die Patientin sicherlich eingeschränkt zu 50 %. Bei mittelschweren Tätigkeiten, wie dies wahrscheinlich bei der letzten Tätigkeit der Fall gewesen sei (Führung eines Restaurantsbetriebs, Arbeiten an der Bar), könne die Patientin als voll arbeitsfähig betrachtet werden. Zur Eingliederungsfähigkeit wurde angegeben, eine angepasste Verweistätigkeit sei im Ausmass von 8,5 Stunden pro Tag zu 100 % zuzumuten. Die Prognose sei jedoch schlecht wegen vermutlich ungünstiger psychosozialer Einbettung. Bei Aufgaben im Haushalt sei sie nicht eingeschränkt (IV-Nr. 20).

3.2 Dr. med. E. \_\_\_\_, Psychotherapie und Psychiatrie FMH, gab in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 6. August 2018 an, die Behandlung habe vom 3. Oktober 2017 bis 20. Juli 2018 gedauert. Es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 9. Februar bis 20. Juli 2018 bestanden. Im Weiteren wurde dargelegt, die Patientin sei seit dem Jahr 2016 zunehmend depressiv. Anfang Jahr habe sie ihre Selbstständigkeit als Berufsfrau wegen zunehmender Schulden, starkem Antriebsverlust und Konzentrationsschwierigkeiten aufgegeben. Die Patientin beklage starkes Gedankenkreisen, unbeherrschbare Schlafstörungen, grosse innere Unruhe und Panikanfälle. Sie lebe seit 24 Jahren in der Schweiz. 1993 sei ihre Tochter auf die Welt gekommen, die nun verheiratet sei. Die Patientin habe sich getrennt und lebe nun von der Sozialhilfe. Es handle sich um eine 49-jährige Patientin, welche wach und zu allen Qualitäten orientiert sei. Das formale Denken sei kreisend und etwas sprunghaft. Spürbar seien Antriebsminderung, Freudlosigkeit und Motivationsschwäche, seelische und körperliche Erschöpfung, Niedergeschlagenheit, Traurigkeit, eine diffuse Ängstlichkeit und Schuldgefühle. Geklagt werde über Panikanfälle und eine starke soziale Isolierungstendenz. Die Patientin sei durch ihre Hausärztin, Dr. med. F. \_\_\_\_, zugewiesen worden und stehe bei ihm in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung.

Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Schwergradige depressive Episode, ohne psychotische Symptomatik, mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.21), somatisch: Schwergradige Gonarthrose». Zur Prognose wurde festgehalten, diese sei durchaus positiv. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit bis 50 % könne bei entsprechender Verbesserung der Psychopathologie angenommen werden, danach sei eine weitere Evaluation notwendig. Aufgrund ihrer Gonarthrose sei die Patientin in ihrer Mobilität auch am Arbeitsplatz stark limitiert. Die depressiven Symptomatiken behinderten schliesslich die Patientin zusätzlich zu stark, um die Arbeit fortzuführen. Eine eventuelle Eingliederung im geschützten Rahmen wäre möglich und zweckdienlich, bis zu einer vorläufigen Grenze von 50 %. Die floride Depression sowie eine Gonarthrose stünden der Eingliederung im Weg (IV-Nr. 21).

3.3 Die Hausärztin, Dr. med. F. \_\_\_\_, gab in ihrem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 27. September 2018 an, es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit vom 7. Dezember 2017 bis 31. August 2018 bestanden. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine Depression, Fibromyalgie, Gonarthrose, Hypertonus sowie eine linksventrikuläre Hypertrophie angegeben. Als

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Fettstoffwechselstörung vermerkt (IV-Nr. 22).

### 3.4

3.4.1 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung veranlassten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation, spez. Rheumaerkrankungen FMH, vom 25. April 2019 kann zu den aktuellen Beschwerden Folgendes entnommen werden: Die Explorandin gebe an, dass sie seit fast 10 Jahren an Rückenschmerzen und sei fast 5 Jahren an Knie- und Fusschmerzen leide. Anfänglich seien die Knieschmerzen nur links gewesen, seit 2 Jahren leide sie auch an Knieschmerzen rechts. In den letzten Jahren sei sie am linken Knie wiederholt mit Kortikosteroiden infiltriert worden, im letzten Jahr viermal. Diese Spritzen hätten nur für eine Woche ein wenig gewirkt. Die Schmerzintensität sei zu stark. Gegenwärtig im Sitzen habe sie praktisch keine Schmerzen. Wenn sie gehe, seien die Schmerzen jedoch nach 5 bis 10 Minuten sehr stark ausgeprägt. Auf die Frage nach einer Beeinträchtigung der Gehstrecke habe die Explorandin geantwortet, schätzungsweise 5 bis 10 Minuten gehen zu können. Das Treppensteigen sei schlimm. Aufwärtsgehen sei schlimmer als Abwärtsgehen. Sie leide seit fast vier Jahren an Schmerzen im Fersenbereich plantar, beidseits von gleicher Intensität. Sie sei mit lokalen Spritzen behandelt worden, was während drei Monaten eine Besserung gebracht habe. Letztmals sei sie im Januar 2017 beidseits infiltriert worden. Seither habe sie nicht mehr viel Schmerzen an den Fersen gehabt, aber sie gehe auch nicht viel. Auf die Frage nach den Rückenschmerzen lokalisiere die Explorandin diese in der ganzen Lenden-Beckenregion bis und mit thorakolumbalem Übergang beidseits und meine, diese träten beim Geschirrspülen, Aufstehen, Staubsaugen und Schlafen auf. Sie erwache jede Nacht an Rückenschmerzen. Abgesehen von Schmerzen im Gesichtsbereich und im Abdomen gebe die Explorandin in allen Körperregionen Schmerzen an. Sie meine, sie sei schon sehr lange sehr müde. Der Schlaf sei häufig nicht erholsam und schon lange nur von kurzer Dauer. Ausserdem leide sie an Vergesslichkeit.

Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Gonarthrose beidseits, vor allem links und vor allem Varusgonarthrosen». Im Weiteren wurde dargelegt, der Beginn der Symptome der Gonarthrosen sei nicht zuverlässig beurteilbar, weil in den Akten kein Verlauf der Gonarthrosen dokumentiert worden sei. Laut Angaben des orthopädischen Chirurgen Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. August 2018 habe damals bereits seit mindestens drei Jahren ein komplexes Schmerzsyndrom bestanden. Laut den Angaben der Explorandin bestehe die Kniesymptomatik links seit 5 Jahren und rechts seit 2 Jahren. Ferner wurde die Diagnose «Mittelfussarthrosen» gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein unspezifisches, weit ausgebreitetes Schmerzsyndrom aktenanamnestisch seit 4 Jahren angegeben, welches vereinbar sei mit einer Fibromyalgie, chronische paravertebrale Rückenschmerzen laut Anamnese seit 10 Jahren im Rahmen der Diagnose 1, bei Muskeldeconditionierung, bei leichter thorakolumbaler Skoliose, ohne über das Alter hinausgehende degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, anamnestisch ein Verdacht auf eine Faszitis plantaris beidseits, aktuell asymptomatisch, kardiovaskuläre Risikofaktoren mit Adipositas per magna (BMI 35.4 kg/m<sup>2</sup>), als Raucherin, mit Dyslipidämie, arterieller Hypertonie und belasteter Familienanamnese, eine linksventrikuläre Herzhypertrophie sowie ein Uterus myomatus.

Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die 56-jährige, aus [...] stammende und nun alleinstehende Explorandin sei im Jahr 1995 in die Schweiz eingereist. Sie habe während vielen Jahren verschiedentlich selbstständig Nachtlokale betrieben. Gemäss ihren Angaben habe sie als Geschäftsführerin bis Ende Dezember 2016 in einem Nachlokal bzw. einer Bar in [...] gearbeitet, wo sie seit dem Jahr 2012 während 10 bis 12 Stunden pro Tag während 7 Tagen pro Woche gearbeitet habe und sich keine Mitarbeiterin habe leisten können. Gemäss ihren Angaben sei es Mitte 2014 gesundheitlich bergab gegangen, mit körperlichen Schmerzen. Das Einkommen aus dem Betrieb habe mehr schlecht als recht die anfallenden Kosten abgedeckt. Seit dem 1. Dezember 2017 sei sie als Nichterwerbstätige gemeldet gewesen. Was die Beurteilung der Schmerzen und jene des Bewegungsapparates angehe, werde die Meinung des orthopädischen Chirurgen Dr. med. D. \_\_\_ geteilt. Die Explorandin zeige ein Ausmass der Ausdehnung, ein somatisch nicht stützbares, chronisches Schmerzsyndrom, mit hoher Schmerzintensität und weiterer Schmerzausbreitung mit dem entsprechend sehr hoch positiven regionalen Schmerzindex. Charakteristisch für eine Fibromyalgie sei auch der hoch positive Score der Symptomschwere mit schon seit langem andauernder starker Müdigkeit und nicht erholsamem Schlaf, die kognitive Störung (Vergesslichkeit) und die für eine Omarthrose sehr starken Schmerzen auch in Ruhe, mit Schätzung einer 8 bis 9 auf der visuellen Analogskala. Bei chronisch weit ausgedehnten Schmerzen sei es schwierig, differentialdiagnostisch eine Systemerkrankung wie zum Beispiel eine entzündliche Rückenerkrankung auszuschliessen. Aufgrund der am 15. März 2016 erfolgten Magnetresonanztomografie der Lendenwirbelsäule und der Iliosakralgelenke sei das Vorliegen einer entzündlichen Systemerkrankung äusserst unwahrscheinlich, weil die Explorandin gemäss ihren Angaben bereits seit 10 Jahren an Rücken-, Knie- und Fusschmerzen leide. Darüber hinaus habe Dr. med. D. \_\_\_ berichtet, dass er in den Szintigrafien, ausser einer Aktivität der medialen Gonarthrose, links mehr als rechts, lediglich gewisse Mittelfussarthrosen habe feststellen können.

Bei der Anamnese habe die Explorandin das typische Beschwerdebild einer Fibromyalgie mit permanent andauernden und weit ausgedehnten Schmerzen geschildert, nicht das Bild eines entzündlichen Wirbelsäulenschmerzes mit typischem früh morgendlichem Maximum und Morgensteifigkeit. Bei der klinischen Untersuchung habe ein deutliches Schmerzgebaren und Schonverhalten imponiert. Die Untersuchung der Wirbelsäule cervical und lumbal sei wegen einer Gegeninnervation nicht vollumfänglich möglich gewesen. Deswegen seien Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule veranlasst worden, welche keine über das Alter hinausgehende degenerative Veränderungen und nur eine leichte Fehlform der Wirbelsäule gezeigt habe bei fehlendem Nachweis von neurologischen Ausfällen. Das Achsenskelett sei zumindest für leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten genügend belastbar. Das Hauptproblem im rheumatologischen/orthopädischen Bereich seien, wie Dr. med. D. \_\_\_ beurteilt habe, die Kniegelenke. Diese hätten am 20. Februar 2019 klinisch keine Aktivierung gezeigt, man habe keine Schwellungen oder Ergüsse an den Kniegelenken finden können. Es habe sich auch keine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit gefunden. Dennoch bestehe kein Zweifel an einer verminderten Belastbarkeit der Kniegelenke, vor allem links und im medialen femorotibialen Gleitlager, wo sich erwartungsgemäss die Hauptbefunde an den Kniegelenken zeigten: Varusgonarthrose links mehr als rechts, in den Röntgenbildern vor allem linksseitig bereits mässiggradig bis fortgeschritten ausgeprägt.

Ferner wurde dargelegt, die Prognose der Gonarthrosen hänge ab von der körperlichen Aktivität und dem Körpergewicht. Bei der Explorandin bestehe eine morbide Adipositas. Laut den Angaben mache sie die nötigen Heimübungen nicht regelmässig. Deshalb sei von einer schlechten Prognose der Gonarthrosen auszugehen und es sei früher als normal mit einer Progression zu rechnen. Um die Prognose zu verbessern, sei es deshalb angezeigt, dass die Explorandin konsequent ihre Muskulatur stärken und ihr Gewicht reduziere. Die Gonarthrosen hätten zweifelsohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin benötige eine Tätigkeit, bei welcher sie nicht so häufig stehen oder gehen müsse. Eine solche Tätigkeit wirke sich auch günstig auf die, aktuell nicht erneut abgeklärten, zurzeit subjektiv im Hintergrund stehenden Fusschmerzen bei nachgewiesenen Mittelfussarthrosen aus. Im Weiteren wurde angegeben, in den Akten gebe es keine Angaben über eine Rehabilitation oder Eingliederungsmassnahmen. Insbesondere was die Rückenschmerzen angehe, bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den ausgeprägten geklagten Beschwerden und den nur geringen objektiven pathologischen Befunden. Deshalb könne man aus rein rheumatologischer Sicht die von der Explorandin geklagten Beschwerden bei weitem nicht erklären. Inkonsistenzen seien hingegen nicht ersichtlich gewesen.

Die an den rheumatologischen Gutachter gestellten Fragen wurden dahingehend beantwortet, die Frage, ob die zuletzt ausgeübte Tätigkeit weiterhin zumutbar sei, könne aktuell nicht zuverlässig beantwortet werden, weil kein Bericht über die effektive Situation am damaligen Arbeitsplatz erstellt worden sei. Unter der Voraussetzung, dass die Explorandin am bisherigen Arbeitsplatz zwischendurch immer wieder kurze Zeit habe absitzen können und keine Lasten über 15 kg heben müssen, sei davon auszugehen, dass aus rein rheumatologischer Sicht die bisherige Tätigkeit auch aktuell noch vollschichtig möglich wäre. Es sei jedoch anzunehmen, dass aus rein rheumatologischer Sicht eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % bestehe, weil die Explorandin mehr Pausen zur Entlastung der Kniegelenke benötigen dürfte. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei auf mindestens 80 % zu schätzen.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit äusserte sich der rheumatologische Gutachter dahingehend, es wäre sicher günstig, wenn die Explorandin eine optimal angepasste Tätigkeit mit folgendem Belastungsprofil ausüben könnte: Leichte Arbeit mit Wechselbelastung. Nur gelegentlich leichte bis mittelschwere Arbeit. Heben von Lasten von nicht mehr als 15 kg. Zwecks Entlastung der Kniegelenke und Füsse überwiegend sitzende Tätigkeiten. Keine Arbeiten, bei welchen Standfestigkeit erforderlich sei, wie z.B. auf Leitern steigen. Keine Tätigkeiten, bei welchen die Explorandin Arbeiten in der Hocke ausüben müsse und keine Tätigkeit mit Gehen auf unebenem Gelände. Aus rheumatologischer Sicht bestehe bei einer adaptierten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit 8,5 Stunden pro Tag. Bei einer adaptierten Tätigkeit lasse sich aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen. Aufgrund der Akten habe nie über eine längere Zeit eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus rheumatologischer Sicht empfehle sich dringend, das Körpergewicht zu reduzieren und eine konsequente langfristige medizinische Trainingstherapie. Bei progredientem Verlauf der Gonarthrose werde sich mit der Zeit wohl die Implantation einer Total-Endoprothese, zumindest am linken Knie, zur Diskussion stellen. Die Arbeitsfähigkeit könne noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden (IV-Nr. 32 S. 1 ff.).

3.4.2 Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Gutachten vom 10. Mai 2019 zum Anlass der Begutachtung u.a. fest, nach den Angaben der Explorandin habe sich ihr Gesundheitszustand im Verlauf des Jahres 2014 massiv verschlechtert. Sie habe starke Schmerzen in verschiedenen Gelenken bekommen und die vorbestehenden Rückenschmerzen hätten sich verschlechtert. Zunehmend hätten sich auch psychische Probleme entwickelt seit der Übernahme der [...] -Bar in [...] durch die Explorandin und ihren Ehemann im Jahr 2012. Sie hätten die Bar trotz enormen persönlichen Einsatzes nie gewinnbringend betreiben können. Die Explorandin sei seit Januar 2018 freiwillig von ihrem Ehemann getrennt; sie habe eine 1993 geborene Tochter. Aufgrund der Schmerzen und multiplen psychosozialen Belastungen habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt. Die vorliegende psychiatrische Begutachtung finde am 12. März 2019 statt. Zum psychiatrischen Befund wurde angegeben, die Stimmung der Explorandin sei weitgehend ausgeglichen, sie könne immer wieder lächeln, manchmal auch lachen. Beim Gespräch über belastende Themen habe sie ein paar wenige Male Tränen in den Augen gehabt. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität. Die Explorandin hinterlasse einen sehr vitalen Eindruck. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gehemmt bzw. verlangsamt noch an Ideen verarmt, jedoch auf die geklagten Beschwerden leicht eingeeengt. Die Beschwerdeschilderung sei zum Teil logisch und kohärent, oft jedoch vage und wenig fassbar. Es lasse sich zeitweise auch eine Dramatisierungstendenz erkennen. Die Angaben seien nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich. Die Explorandin könne nicht immer präzise zeitliche Angaben machen. Während der gesamten 1,5 Stunden dauernden Untersuchung liessen sich indes weder Konzentrations-, Aufmerksamkeits- noch Auffassungsstörungen und auch keine Ermüdungszeichen rein klinisch feststellen. In psychomotorischer Hinsicht hinterlasse die Explorandin einen zeitweise leicht angespannten, dann wiederum völlig entspannten Eindruck. Testpsychologische Zusatzuntersuchungen seien keine durchgeführt worden.

Der psychiatrische Gutachter stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.00)». Unter dem Titel «Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung» wurde dargelegt, die hereditär mit keiner psychiatrischen Krankheit belastete Explorandin sei in wohlgeordneten familiären Verhältnissen als viertältestes von zwölf Kindern in einer Stadt in [...] aufgewachsen. Psychopathologische Befunde in der Kindheit liessen sich anamnestisch nicht eruieren. Die Explorandin habe mit beiden Eltern eine gute Beziehung entwickeln können. In [...] habe sie eine drei Jahre dauernde Ausbildung zur Coiffeuse durchlaufen. Im Jahr 1995 sei sie in die Schweiz eingereist. Mit Unterbrüchen habe sie seither als Barfrau gearbeitet, während vielen Jahren habe sie auch selbstständig eine eigene Bar geführt, zuletzt von 2012 bis 2017 in [...]. Seit dem Tod ihres langjährigen Partners habe sie keinen Partner mehr gehabt. Vorehelich habe sie die aktuell 25-jährige Tochter geboren, mit welcher sie, wie auch mit ihrem Enkelkind, eine gute Beziehung pflege.

Im Weiteren wurde dargelegt, die Explorandin befinde sich seit Oktober 2017 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei lic. phil. G.\_\_\_\_ in der Praxis von Dr. med. E.\_\_\_\_ in Behandlung. Von den behandelnden Therapeuten sei die Explorandin seit dem 9. Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Sie habe ihre selbstständig geführte Bar per Ende September 2017 aufgegeben. Im Vergleich mit den

Befunden im Bericht der behandelnden Therapeuten vom August 2018 sei es aktuell zu einer deutlichen Verbesserung der depressiven Beschwerden gekommen. Dementsprechend könne von guten Heilungschancen ausgegangen werden, zumal die Explorandin nicht sämtliche ihr verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme. Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass spätestens seit Anfang März 2019 eine deutliche Verbesserung der depressiven Beschwerden eingetreten sei. Eingliederungsmassnahmen seien bisher keine durchgeführt worden. Die Explorandin gehe davon aus, dass sie zu keiner beruflichen Tätigkeit mehr fähig sei wegen ihrer Schmerzen und der depressiven Beschwerden. Eine solch hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht indes nicht objektivieren, da lediglich noch ein leichtgradiger Schweregrad der Depression festgestellt werden könne. Zudem könne zu den Schmerzen aus rein psychiatrischer Sicht keine Stellungnahme erfolgen, da sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht diagnostizieren lasse.

Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, die Angaben der Explorandin seien nicht immer als konsistent zu betrachten. Seit Oktober 2017 befinde sie sich bei ihrem Therapeuten in Behandlung, seither lasse sich ein ausgewiesener Leidensdruck nachweisen. Von einer Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen und therapeutischen Leistungen könne nicht gesprochen werden. Es lasse sich indes eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennen. Die Explorandin berichte über einen Tagesablauf, dem zu entnehmen sei, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend erledigen könne, auch wenn sie dabei zum Teil von ihrer Tochter unterstützt werde. Demgegenüber schildere sie, dass sie zu gar keiner Berufstätigkeit mehr fähig sei. Eine solche hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht nicht objektivieren.

Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde erklärt, es liessen sich auch Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu nennen. Die Explorandin sei auch vielseitig interessiert, habe Interesse an Aktualitäten und informiere sich mit dem Lesen von arabischen Zeitungen im Internet. Sie informiere sich aber auch mit dem Schauen von Nachrichten- und Informationssendungen am Fernseher. In der Persönlichkeitsstruktur liessen sich keine relevanten Psychopathologien feststellen, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung betrachtet werden könnten. Sozial sei die Explorandin als relativ gut integriert zu beurteilen. Schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten liessen sich nicht erkennen. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP könne als lediglich leichtgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Die übrigen Items des Ratingbogens Mini-ICF-APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. An Funktionseinschränkungen zu nennen seien die depressiven Beschwerden.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde erwähnt, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorandin eine Tätigkeit von 7 Stunden pro Tag zumutbar. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe keine Einschränkung der Leistung. Das Arbeitspensum sei (bezogen auf ein 100 %-Pensum) auf 85 % zu schätzen. Es liessen sich keine verlässlichen Aussagen über den Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Explorandin machen. Unter gleichzeitiger Mitberücksichtigung der vorhandenen Akten sei indes davon auszugehen, dass ab Februar

2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Bis aktuell sei es diesbezüglich zu einer deutlichen Verbesserung gekommen, approximativ könne spätestens ab März 2019 von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit wieder ausgegangen werden, wobei festzuhalten sei, dass der Übergang von der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in die 85%ige Arbeitsfähigkeit fließend gewesen sein dürfte.

Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde vermerkt, aus psychiatrischer Sicht seien keine speziellen Merkmale zu nennen, welche bei einer Tätigkeit berücksichtigt werden müssten. Eine maximale Präsenz von 7 Stunden pro Tag in einer solchen Tätigkeit wäre möglich. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Bezogen auf ein 100 %-Pensum betrage hier die Arbeitsfähigkeit ebenfalls 85 %. Der zeitliche Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei gleich wie in der bisherigen Tätigkeit. Eventuell könnte die Arbeitsfähigkeit noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Die Explorandin sollte zu einer besseren Compliance bezüglich der Psychopharmaka motiviert werden. Darüber hinaus werde die Weiterführung der bestehenden Psychotherapie empfohlen. Von diesen Massnahmen könne mit grosser Wahrscheinlichkeit mittelfristig mit einer weiteren Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (IV-Nr. 33.1 S. 1 ff.).

3.4.3 Die Konsensbeurteilung der beiden Gutachter lautete dahingehend, unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils könne als gemeinsame Konsensbeurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden (IV-Nr. 33.1 S. 20 ff.).

### **E. 3**

Es sei eine öffentliche Verhandlung nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen mit zusätzlicher Parteibefragung.

### **E. 3.4**

3.4.1 Dem im Rahmen der bidisziplinären Begutachtung veranlassten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_, Physikalische Medizin und Rehabilitation, spez. Rheumaerkrankungen FMH, vom 25. April 2019 kann zu den aktuellen Beschwerden Folgendes entnommen werden: Die Explorandin gebe an, dass sie seit fast 10 Jahren an Rückenschmerzen und sei fast 5 Jahren an Knie- und Fusschmerzen leide. Anfänglich seien die Knieschmerzen nur links gewesen, seit 2 Jahren leide sie auch an Knieschmerzen rechts. In den letzten Jahren sei sie am linken Knie wiederholt mit Kortikosteroiden infiltriert worden, im letzten Jahr viermal. Diese Spritzen hätten nur für eine Woche ein wenig gewirkt. Die Schmerzintensität sei zu stark. Gegenwärtig im Sitzen habe sie praktisch keine Schmerzen. Wenn sie gehe, seien die Schmerzen jedoch nach 5 bis 10 Minuten sehr stark ausgeprägt. Auf die Frage nach einer Beeinträchtigung der Gehstrecke habe die Explorandin geantwortet, schätzungsweise 5 bis 10 Minuten gehen zu können. Das Treppensteigen sei schlimm. Aufwärtsgehen sei schlimmer als Abwärtsgehen. Sie leide seit fast vier Jahren an Schmerzen im Fersenbereich plantar, beidseits von gleicher Intensität. Sie sei mit lokalen Spritzen behandelt worden, was während drei Monaten eine Besserung gebracht habe. Letztmals sei sie im Januar 2017 beidseits infiltriert worden. Seither habe sie nicht mehr viel Schmerzen an den Fersen gehabt, aber sie gehe auch nicht viel. Auf die Frage nach den Rückenschmerzen lokalisiere die Explorandin diese in der ganzen Lenden-Beckenregion bis und mit thorakolumbalem Übergang beidseits und meine,

diese träten beim Geschirrspülen, Aufstehen, Staubsaugen und Schlafen auf. Sie erwache jede Nacht an Rückenschmerzen. Abgesehen von Schmerzen im Gesichtsbereich und im Abdomen gebe die Explorandin in allen Körperregionen Schmerzen an. Sie meine, sie sei schon sehr lange sehr müde. Der Schlaf sei häufig nicht erholsam und schon lange nur von kurzer Dauer. Ausserdem leide sie an Vergesslichkeit. Es wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt: «Gonarthrose beidseits, vor allem links und vor allem Varusgonarthrosen». Im Weiteren wurde dargelegt, der Beginn der Symptome der Gonarthrosen sei nicht zuverlässig beurteilbar, weil in den Akten kein Verlauf der Gonarthrosen dokumentiert worden sei. Laut Angaben des orthopädischen Chirurgen Dr. med. D.\_\_\_\_ in seinem Bericht vom 7. August 2018 habe damals bereits seit mindestens drei Jahren ein komplexes Schmerzsyndrom bestanden. Laut den Angaben der Explorandin bestehe die Kniesymptomatik links seit 5 Jahren und rechts seit 2 Jahren. Ferner wurde die Diagnose «Mittelfussarthrosen» gestellt. Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden ein unspezifisches, weit ausgebreitetes Schmerzsyndrom aktenanamnestisch seit 4 Jahren angegeben, welches vereinbar sei mit einer Fibromyalgie, chronische paravertebrale Rückenschmerzen laut Anamnese seit 10 Jahren im Rahmen der Diagnose 1, bei Muskeldeconditionierung, bei leichter thorakolumbaler Skoliose, ohne über das Alter hinausgehende degenerative Veränderungen an der Wirbelsäule, anamnestisch ein Verdacht auf eine Fasziitis plantaris beidseits, aktuell asymptomatisch, kardiovaskuläre Risikofaktoren mit Adipositas per magna (BMI 35.4 kg/m<sup>2</sup>), als Raucherin, mit Dyslipidämie, arterieller Hypertonie und belasteter Familienanamnese, eine linksventrikuläre Herzhypertrophie sowie ein Uterus myomatus. Im Rahmen der medizinischen und versicherungsmedizinischen Beurteilung wurde im Wesentlichen dargelegt, die 56-jährige, aus [...] stammende und nun alleinstehende Explorandin sei im Jahr 1995 in die Schweiz eingereist. Sie habe während vielen Jahren verschiedentlich selbstständig Nachtlokale betrieben. Gemäss ihren Angaben habe sie als Geschäftsführerin bis Ende Dezember 2016 in einem Nachlokal bzw. einer Bar in [...] gearbeitet, wo sie seit dem Jahr 2012 während 10 bis 12 Stunden pro Tag während 7 Tagen pro Woche gearbeitet habe und sich keine Mitarbeiterin habe leisten können. Gemäss ihren Angaben sei es Mitte 2014 gesundheitlich bergab gegangen, mit körperlichen Schmerzen. Das Einkommen aus dem Betrieb habe mehr schlecht als recht die anfallenden Kosten abgedeckt. Seit dem 1. Dezember 2017 sei sie als Nichterwerbstätige gemeldet gewesen. Was die Beurteilung der Schmerzen und jene des Bewegungsapparates angehe, werde die Meinung des orthopädischen Chirurgen Dr. med. D.\_\_\_\_ geteilt. Die Explorandin zeige ein Ausmass der Ausdehnung, ein somatisch nicht stützbares, chronisches Schmerzsyndrom, mit hoher Schmerzintensität und weiterer Schmerzausbreitung mit dem entsprechend sehr hoch positiven regionalen Schmerzindex. Charakteristisch für eine Fibromyalgie sei auch der hoch positive Score der Symptomschwere mit schon seit langem andauernder starker Müdigkeit und nicht erholsamem Schlaf, die kognitive Störung (Vergesslichkeit) und die für eine Omarthrose sehr starken Schmerzen auch in Ruhe, mit Schätzung einer 8 bis

#### **E. 4**

Der Beschwerdeführerin sei die volle unentgeltliche Rechtspflege und Rechtsverteidigung unter gleichzeitiger Einsetzung des unterzeichneten Rechtsanwalts als unentgeltlicher Rechtsbestand zu gewähren.

##### **E. 4.1**

4.1.1 Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen im Wesentlichen mit der Begründung ab, gemäss ihren Abklärungen sei die Beschwerdeführerin aus gesundheitlichen Gründen in ihrer Arbeitsfähigkeit eingeschränkt gewesen. Gemäss den vorliegenden medizinischen Unterlagen habe sich ihre gesundheitliche Situation jedoch verbessert. So seien ihr per März 2019 aus versicherungsmedizinischer Sicht leichte, überwiegend sitzende Tätigkeiten mit Wechselbelastung und Heben von Lasten von nicht mehr als 15 kg wieder in einem vollen Pensum zuzumuten. Das Besteigen von Leitern, Gehen auf unebenem Gelände sowie Tätigkeiten in der Hocke sollten vermieden werden. Unter diesen Umständen sei eine Leistungsminderung von 15 % zu berücksichtigen. Es sei der Beschwerdeführerin möglich und zumutbar, ein entsprechendes rentenausschliessendes Erwerbseinkommen zu erzielen. Es habe keine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit bestanden, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Berufliche Massnahmen seien nicht angezeigt (IV-Nr. 43; A.S. 1 ff.).

4.1.2 Die Beschwerdeführerin lässt demgegenüber geltend machen, es seien der Beschwerdeführerin die versicherten Leistungen (berufliche Massnahmen, Invalidenrente) bei einem IV-Grad von mindestens 40 % ab wann rechtens zuzusprechen. Eventualiter seien weitere medizinische und beruflich-erwerbsbezogenen Abklärungen anzuordnen. Subeventualiter sei ein medizinisches Gerichtsgutachten unter Einbezug der internistischen, rheumatologischen, orthopädischen und psychiatrischen Fachrichtungen in Auftrag zu geben. Dies wird im Wesentlichen damit begründet, die Beschwerdegegnerin habe den medizinischen Sachverhalt unter Direktvergabe an die Dres. med. B. \_\_\_ und C. \_\_\_ einzig bidisziplinär erhoben, nicht polydisziplinär nach dem Zufallsprinzip, wie dies gemäss der einschlägigen Rechtsprechung erforderlich gewesen wäre. Eine direkte Auftragserteilung müsse die Ausnahme bilden. Die dafür bestehenden Voraussetzungen seien hier nicht erfüllt. Die Beurteilung der Kniearthrosen gehöre in das Fachgebiet der (Knie-)Orthopädie. Diese Fachrichtung habe bei der Auftragsvergabe gefehlt. Bei der Auftragsvergabe sei zudem gar noch nicht sicher gewesen, wie es um die weiteren Schmerzen der Beschwerdeführerin im Rücken-, Schulter- und Daumenbereich bestellt gewesen sei. Es seien bei der Beschwerdeführerin diverse internistische Bezüge erkennbar. So leide sie unter Bluthochdruck und an einer linksventrikulären Hypertrophie, was zumindest den Beizug eines Internisten, wenn nicht eines Kardiologen nötig mache. Auf dem Anmeldeformular vom 26. Januar 2018 sei auch vermerkt, dass die Beschwerdeführerin unter Hormonstörungen leide. An anderer Stelle sei von einer Fettstoffwechselstörung die Rede. Die Beschwerdeführerin leide ausserdem an einer Adipositas per magna. Eine gründliche internistische Abklärung wäre daher im Rahmen der Begutachtung erforderlich gewesen. Es komme hinzu, dass enorm viele Eingliederungshindernisse zu berücksichtigen seien (fehlende anerkannte Berufsbildung, mangelhafte resp. fehlende Deutschkenntnisse, usw.). Unter diesen Voraussetzungen hätte die Auftragsvergabe eindeutig zufallsbasiert erfolgen müssen. Das vorliegende, direkte in Auftrag gegebene bidisziplinäre Gutachten sei beweismässig nicht verwertbar (Beschwerde, S. 6 f. Ziff. 7).

Im Weiteren lässt die Beschwerdeführerin geltend machen, das rheumatologische Gutachten erweise sich als zu wenig verbindlich und präzise. Insbesondere fehle eine detaillierte retrospektive Beurteilung. Es fehle sodann eine Auseinandersetzung mit der Fibromyalgie sowie der Adipositas bzw. den Auswirkungen dieser Störungsbilder auf die Arbeitsfähigkeit. Bezüglich der Wirbelsäulenproblematik seien keine aussagekräftigen

Bildgebungen vorhanden. Dr. med. B.\_\_\_\_ habe lediglich konventionelle Röntgenbilder anfertigen lassen, was aber eine entzündliche Erkrankung nicht ausschliesse. Auf ein MRI oder eine Szintigraphie hätte nicht verzichtet werden dürfen. Die Begutachtung sei als mangelhaft einzustufen. Es sei unerfindlich, weshalb Dr. med. B.\_\_\_\_ zwar Röntgenbilder der Wirbelsäule und der Kniegelenke, nicht aber solche der Schultergelenke bzw. der oberen Extremitäten und der linken Hand sowie der Füsse eingeholt habe. Aufgrund der mangelhaften Befunderhebung seien die LWS-, HWS-, Knie-, Fuss- und Schulterbeschwerden auch nicht nachvollziehbar. Es sei unklar, wie Dr. med. B.\_\_\_\_ zu seiner Zumutbarkeitsbeurteilung gelangt sei. Unhaltbar sei ferner, dass der rheumatologische Gutachter die Diagnose einer Fibromyalgie gestellt, diese aber ohne weitere Begründung als nicht arbeitsrelevant eingestuft habe (Beschwerde, S. 8 f. Ziff. 8). Ferner habe der psychiatrische Gutachter Dr. med. C.\_\_\_\_ seine Einschätzung offensichtlich rein diagnoseabhängig abgegeben. Der von ihm angegebene «Ratingbogen Mini-ICF-APP» befinde sich gar nicht bei den Akten. Nachvollziehbare Aussagen zur Durchhaltefähigkeit, Selbstbehauptungsfähigkeit etc. fehlten. Es falle auf, dass sich Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht mit den somatischen Komorbiditäten auseinandergesetzt habe und eine Beurteilung und Indikatorenangabe lediglich bezogen auf die Depression, nicht aber hinsichtlich der Fibromyalgie abgegeben habe. Es fehle im Gutachten von Dr. med. C.\_\_\_\_ auch eine Erfassung sämtlicher somatischer Befunde. Sein psychiatrisches Gutachten erweise sich damit als unvollständig, indem es die somatischen Befunde nicht vollständig in die Beurteilung miteinbeziehe (Beschwerde, S. 9 f. Ziff. 9).

Schliesslich wurde ausgeführt, selbst wenn auf die Beweiskraft des bidisziplinären Gutachtens geschlossen würde, so wäre die Invaliditätsbemessung dennoch nicht rechtskonform. Der psychiatrische Gutachter habe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % während über eines Jahres und eine Verbesserung spätestens ab März 2019 hin zu einer 85%igen Arbeitsfähigkeit bestätigt. Damit bestehe zumindest ein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente. Das Wartejahr wäre spätestens im Februar 2019 erfüllt gewesen, nachdem die IV-Anmeldung von der IV-Stelle richtigerweise auf Januar 2018 bezogen worden sei. Somit stehe der Beschwerdeführerin auf jeden Fall ab 1. Februar 2019 eine ganze Invalidenrente zu. Da zumindest ein Anspruch auf eine befristete Rente bestehe, hätte die IV-Stelle zumindest den Eingliederungsbedarf prüfen müssen, zumal die Beschwerdeführerin bereits 63 (recte: 53) Jahre alt sei und verschiedene Selbsteingliederungshindernisse bestünden (Beschwerde, S. 10 ff. Ziff. 10 bis 12).

Anlässlich der am 4. Mai 2020 durchgeführten öffentlichen Verhandlung lässt die Beschwerdeführerin an den in der Beschwerde vom 14. Oktober 2019 gestellten Rechtsbegehren sowie an der darin dargelegten Begründung festhalten (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 5. Mai 2020; E. I. 2.7 hiavor; A.S. 55 ff.).

4.2 Zum Einwand des Beschwerdeführers, die Beschwerdegegnerin wäre verpflichtet gewesen, nicht nur ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten, sondern ein polydisziplinäres (internistisches, rheumatologisches, orthopädisches und psychiatrisches) Gutachten zu veranlassen, ist Folgendes festzuhalten:

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts existieren keine festen Kriterien zur allgemeingültigen Abgrenzung der Anwendungsfelder der verschiedenen Kategorien von Expertisen. Die grosse Vielfalt von Begutachtungssituationen erfordert Flexibilität. In groben Zügen jedoch lassen sich die jeweiligen Einsatzbereiche wie folgt umreissen: Die umfassende administrative Erstbegutachtung wird regelmässig polydisziplinär und damit

zufallsbasiert anzulegen sein; eine direkte Auftragserteilung soll die Ausnahme bleiben. Eine polydisziplinäre Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. In begründeten Fällen kann von einer polydisziplinären Begutachtung abgesehen und eine mono- oder bidisziplinäre durchgeführt werden, sofern die medizinische Situation offenkundig ausschliesslich ein oder zwei Fachgebiete beschlägt; weder dürfen weitere interdisziplinäre Bezüge (z.B. internistischer Art) notwendig sein noch darf ein besonderer arbeitsmedizinischer bzw. eingliederungsbezogener Klärungsbedarf bestehen. Diese Voraussetzungen werden vor allem bei Verlaufsbeurteilungen erfüllt sein (BGE 139 V 349 E. 3.2 S. 352).

Im vorliegenden Fall gab die Beschwerdeführerin anlässlich des Früherfassungsgesprächs vom 17. November 2015 an, sie habe immer wieder Rückenbeschwerden gehabt. Im Verlauf des Jahres 2014 habe sich die Situation abrupt verschlechtert, mit starken Knieschmerzen beidseits, Schmerzen in den Fersen, im unteren und mittleren Rücken, im Daumengrundgelenk rechts und mit Kopfschmerzen, seit zwei Wochen auch im linken Arm und in den Fingern IV und V links. Verschiedene Abklärungen seien durchgeführt worden und Therapieversuche hätten meist nur kurzzeitig eine Linderung verschafft, teilweise die Schmerzen sogar verstärkt (Physiotherapie) oder zu Nebenwirkungen geführt (Schmerztabletten). An den Kniegelenken habe sie eine schwere Arthrose, wobei man ihr eine Operation empfohlen habe. Ausserdem leide sie an Depressionen (IV-Nr. 5 S. 2). In den beiden Anmeldungen für eine Hilflosenentschädigung vom 26. Januar und 28. März 2018 gab die Beschwerdeführerin an, sie leide an Bluthochdruck, schweren depressiven Episoden mit psychosomatischen Störungen, Arthrose sowie an einer Fibromyalgie bzw. somatoformen Störungen (IV-Nr. 6 S. 3 und 12 S. 3). In der Anmeldung für eine Invalidenrente bzw. berufliche Massnahmen vom 13. Juli 2018 wurde bezüglich der gesundheitlichen Beeinträchtigung auf die vorliegenden Akten verwiesen (IV-Nr. 18 S. 6). Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 7. August 2018 die Diagnosen (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Fibromyalgie sowie einer beginnenden leichten Gonarthrose-Entwicklung links mehr als rechts (IV-Nr. 20 S. 2) und Dr. med. E.\_\_\_\_ stellte in seinem Bericht vom 6. August 2018 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer schwergradigen depressiven Episode, ohne psychotische Symptomatik, mit somatischen Symptomen (ICD-10 F32.21) sowie einer schwergradigen Gonarthrose (IV-Nr. 21 S. 2). Die Hausärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ stellte in ihrem Bericht vom 27. September 2018 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) Depression, Fibromyalgie, Gonarthrose, Hypertonus (Bluthochdruck) und linksventrikuläre Hypertrophie (Gewebevergrösserung des linken Herzmuskels); im Weiteren wurde die Diagnose (ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer Fettstoffwechselstörung gestellt (IV-Nr. 22 S. 2). Gestützt auf diese vorliegenden medizinischen Unterlagen kam die RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin Neurologie FMH, zum Schluss, es sei von den Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) einer beginnenden Gonarthrose links mehr als rechts, eines generalisierten Schmerzsyndroms und einer schweren Depression auszugehen; die erwähnten Diagnosen arterielle Hypertonie und Dyslipidämie (Fettstoffwechselstörung) hätten keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin müsse abgeklärt werden und die Arbeitsfähigkeit könne aufgrund der vorliegenden Akten nicht beurteilt werden (Stellungnahme vom 6. Dezember 2018, IV-Nr. 26). Daraufhin veranlasste die

Beschwerdegegnerin am 7. Dezember 2018 ein bidisziplinäres (rheumatologisches und psychiatrisches) Gutachten bei den Dres. med. B.\_\_\_\_ und C.\_\_\_\_ (IV-Nr. 27).

Angesichts der Angaben der Beschwerdeführerin zu ihrem Gesundheitszustand sowie der von den behandelnden Ärzten erhobenen Befunde und gestellten Diagnosen wäre es angezeigt gewesen, die Beschwerdeführerin nicht nur rheumatologisch und psychiatrisch, sondern zusätzlich zumindest auch noch internistisch gutachterlich abklären zu lassen, da auch im internistischen Bereich Klärungsbedarf bestand. Zwar standen gemäss den vorerwähnten medizinischen Unterlagen das Knieleiden (Gonarthrosen) sowie die psychischen Beeinträchtigungen (Depression, generalisiertes Schmerzsyndrom [DD Fibromyalgie/chronische somatoforme Schmerzstörung]) als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit im Vordergrund (vgl. Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 6. Dezember 2018, IV-Nr. 26 S. 4 f.). Es kann aber nicht gesagt werden, die medizinische Situation beschlage offenkundig ausschliesslich diese Fachgebiete. Die von der Hausärztin Dr. med. F.\_\_\_\_ diagnostizierten weiteren Leiden (Bluthochdruck [arterielle Hypertonie], Gewebevergrösserung des linken Herzmuskels [linksventrikuläre Hypertrophie], Fettstoffwechselstörung [Dyslipidämie]) sowie die von der Beschwerdeführerin angegebenen Hormonstörungen (vgl. IV-Nr. 6 S. 3 und 12 S. 3) hätten jedoch ebenfalls gutachterlich abgeklärt werden müssen, zumal dem diagnostizierten Hypertonus und der linksventrikulären Hypertrophie im Bericht der Hausärztin ebenfalls Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde (IV-Nr. 22 S. 2) und aufgrund der vorliegenden Unterlagen auch noch von anderen kardiovaskuläre Risikofaktoren (Adipositas, Raucherin) und weiteren gesundheitlichen Problemen auszugehen war (vgl. IV-Nr. 5, 6 S. 3, 12 S. 3 und 15 S. 3). Wie oben erwähnt, ist die umfassende administrative Erstbegutachtung regelmässig polydisziplinär auszugestalten und eine zufallsbasierte Expertise ist auch dann einzuholen, wenn der Gesundheitsschaden zwar bloss als auf eine oder zwei medizinische Disziplinen fokussiert erscheint, die Beschaffenheit der Gesundheitsproblematik aber noch nicht vollends gesichert ist. Dies trifft im Fall der Beschwerdeführerin angesichts ihrer Beschwerdeangaben und der gestellten internistischen Diagnosen nicht zu. Es besteht hier kein Ausnahmefall, der im Rahmen der administrativen Erstbegutachtung lediglich eine bidisziplinäre Begutachtung rechtfertigen würde, da wie gesehen interdisziplinäre Bezüge internistischer Art bestehen und auch von einem arbeitsmedizinischen bzw. eingliederungsbezogenen Klärungsbedarf auszugehen ist.

4.3 Da ohnehin eine Rückweisung zur Veranlassung einer polydisziplinären Begutachtung unter zusätzlichem Einbezug der internistischen Disziplin vorzunehmen ist, kommt der Frage, ob die Gutachten von Dr. med. B.\_\_\_\_ und Dr. med. C.\_\_\_\_ je für sich allein genommen für die jeweilige Fachrichtung als beweismässig anzusehen wären, keine entscheidende Bedeutung mehr zu. Dennoch rechtfertigen sich die folgenden Hinweise: Der Rheumatologe Dr. med. B.\_\_\_\_ stellte neben den erwähnten Diagnosen (E. II. 3.4.1 hiervor) auch diejenige eines unspezifischen, weit ausgebreiteten Schmerzsyndroms, aktenanamnestisch seit vier Jahren, vereinbar mit einer Fibromyalgie. Er bestätigte damit die Sichtweise des behandelnden Orthopäden Dr. med. D.\_\_\_\_, der ebenfalls eine Fibromyalgie diagnostiziert hatte. In diesem Zusammenhang hielt der Gutachter weiter fest, charakteristisch für eine Fibromyalgie seien neben dem ausgeprägten Schmerzsyndrom auch der hoch positive Score der Symptomschwere mit schon seit langem andauernder Müdigkeit und nicht erholsamem Schlaf, die kognitive Störung (Vergesslichkeit) und die

für eine Omarthrose sehr starken Schmerzen auch in Ruhe, mit Schätzung einer 8 bis 9 auf der visuellen Analogskala (IV-Nr. 32 S. 22). Die Fibromyalgie zählt nach der Rechtsprechung zu den unklaren Beschwerdebildern, deren invalidenversicherungsrechtliche Tragweite einer spezifischen Prüfung mithilfe der von der Rechtsprechung (BGE 141 V 281) entwickelten Standardindikatoren verlangt (vgl. BGE 132 V 65). Eine solche nahm der rheumatologische Gutachter Dr. med. B. \_\_\_ nicht vor, was insofern einleuchtet, als es in der Regel dem psychiatrischen Gutachten obliegt, die Grundlagen für die entsprechende Beurteilung zu erarbeiten. Der psychiatrische Gutachter Dr. med. C. \_\_\_ stellte seinerseits keine Diagnose, welche den unklaren Beschwerdebildern zuzurechnen ist; insbesondere verneinte er das Vorliegen einer somatoformen Schmerzstörung. Sein Gutachten thematisiert zwar einzelne der Standardindikatoren unter dem Aspekt der von ihm diagnostizierten Depression (IV-Nr. 33.1 S. 14 ff.). Sie enthält aber keine Indikatorenprüfung, welche sich auf die Schmerzproblematik bezieht, und auch keine Feststellungen, welche es ermöglichen würden, diese Prüfung vorzunehmen. Insgesamt resultiert auf diese Weise eine Unvollständigkeit, indem durch den rheumatologischen Teilgutachter eine Diagnose gestellt wurde, welche eine besondere Prüfung unter Einbezug der Indikatoren verlangt, aber im psychiatrischen Teilgutachten die hierfür erforderlichen Feststellungen nicht getroffen wurden, weil sich die verwandte Diagnose einer somatoformen Schmerzstörung nicht stellen liess. In diesem Zusammenhang ist zudem die Klärung der internistischen Fragestellungen notwendig, um den Aspekt der Komorbidität zuverlässig einschätzen zu können. Es gilt zu beachten, dass Störungen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbiditäten in Betracht fallen, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 S. 430). Auch vor diesem Hintergrund kann dem bidisziplinären Gutachten keine volle Beweiskraft beigemessen werden.

4.4 Nach dem Gesagten kann das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. B. \_\_\_ und Dr. med. C. \_\_\_ keine hinreichende Grundlage für die abschliessende IV-rechtliche Beurteilung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit bilden. Die Sache ist daher an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie eine polydisziplinäre (internistische, rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung veranlasse und anschliessend über den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin neu entscheide. Eine Rückweisung an die IV-Stelle ist möglich, wenn diese allein in der notwendigen Erhebung einer bisher vollständig ungeklärten Frage begründet ist (BGE 137 V 210 E. 4.4.1.4 S. 264 f.). Im vorliegenden Fall ist die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin wegen des Fehlens einer internistischen Begutachtung sowie der auch in anderen Punkten fehlenden Basis für die Indikatorenprüfung nicht zuverlässig geklärt. Eine Rückweisung zur Neubegutachtung erscheint auch deshalb angebracht, weil sich die Beschwerdeführerin gemäss dem Schreiben ihres behandelnden Orthopäden Dr. med. D. \_\_\_ vom 19. März 2020 (A.S. 49) wegen einer unerwartet schnellen Verschlechterung ihres linken Knies einer Operation unterziehen müsse, welche für den 11. Mai 2020 geplant war. Vor diesem Hintergrund ist es sinnvoll, wenn die neue Begutachtung und die anschliessende neue Anspruchsprüfung auch diese neuere Entwicklung einbeziehen kann. Weiter stellt sich die Frage, ob neben der Rheumatologie oder an deren Stelle auch die orthopädische Disziplin in die Begutachtung einzubeziehen ist, was der ärztliche Dienst der Beschwerdegegnerin wesentlich besser beurteilen kann als das Versicherungsgericht. Mit Blick auf die internistische Abklärung wird auch der von Dr. med. B. \_\_\_ beigezogene und in seinem Gutachten erwähnte Bericht des Kardiologen Dr. med. I. \_\_\_ vom 6. März 2018 (vgl. IV-Nr. 32 S. 3 und 6 f.), der sich in

den dem Gericht vorliegenden Akten, soweit ersichtlich, nicht findet, beizuziehen sein.

## E. 5

5.1 Unter dem Gesichtspunkt des (bundesrechtlichen) Anspruchs auf eine Parteientschädigung im Streit um eine Sozialversicherungsleistung gilt die Aufhebung einer ablehnenden Verfügung und die Rückweisung der Sache an die Verwaltung zu ergänzender Abklärung und neuer Beurteilung als Obsiegen der versicherten Person (BGE 132 V 215 E. 6.2 S. 235 f.). Der Beschwerdeführerin steht somit eine ordentliche Parteientschädigung zu Lasten der Beschwerdegegnerin zu. Der Vertreter der Beschwerdeführerin macht mit Kostennote vom 4. Mai 2020 einen Aufwand von 14.07 Stunden, einen Stundenansatz von CHF 250.00 und Auslagen von insgesamt CHF 187.30 geltend.

Reine Kanzleiarbeit (z.B. die Weiterleitung von Dokumenten an die Klientschaft, das Einfordern von Akten, die Kenntnisnahme von Verfügungen, das Stellen von Fristerstreckungsgesuchen etc.) ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und somit nicht separat zu vergüten. Aufgrund des in der Kostennote enthaltenen Vermerks «Brief an Klientin» ist von der Weiterleitung von Orientierungskopien an die Klientschaft auszugehen, welche nicht zusätzlich zu vergüten ist. Demnach können folgende Positionen nicht berücksichtigt werden: 15. Oktober 2019 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 21. Oktober 2019 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 4. November 2019 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 28. Februar 2020 (Brief an Klientin, 0.17 Std.), 14. April 2020 (Brief an Klientin, 0.17 Std.) und 23. April 2020 (Brief an Klientin, 0.17 Std.). Sodann kann der geltend gemachte Aufwand für Korrespondenz bzw. Orientierungskopien und Telefonate an die Sozialen Dienste Oberer Leberberg vom 4. November 2019 (0.17 Std.), 6. Dezember 2019 (0.08 Std.), 28. Februar 2020 (0.17 Std.), 14. April 2020 (0.17 Std.) und 23. April 2020 (0.17 Std.) nicht vergütet werden, nachdem der Vertreter der Beschwerdeführerin bereits mit Eingabe vom 30. Oktober 2019 (vgl. A.S. 21 ff.) sämtliche Unterlagen betreffend unentgeltliche Rechtspflege dem Gericht eingereicht hatte und der entsprechende Aufwand bereits mit den Positionen vom 15., 21. und 30. Oktober 2019 berücksichtigt worden war. Die Position vom 23. April 2020 (Brief an Versicherungsgericht des Kantons Solothurn, 0.33 Std.), worin dem Gericht lediglich mitgeteilt wurde, die Verhandlung vom 4. Mai 2020 könne stattfinden und die Beschwerdeführerin verzichte auf ein persönliches Erscheinen, stellt ebenfalls Kanzleiaufwand dar und ist nicht separat zu vergüten. Für die Verhandlung vom 4. Mai 2020 sind 45 Minuten zu berücksichtigen und der nachprozessuale Aufwand wird angesichts des Obsiegens der Beschwerdeführerin praxisgemäss auf 30 Minuten festgesetzt. Damit reduziert sich der Aufwand um insgesamt 3.61 Stunden auf 10.46 Stunden. Ferner sind bei den Auslagen die Kopien nur mit CHF 0.50 zu vergüten (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 des Gebührentarifs [GT], BGS 615.11) und nicht mit CHF 1.00, wie dies vom Vertreter der Beschwerdeführerin in seinen Kostennoten stets geltend gemacht wird. Für die Fahrspesen sind CHF 0.70 pro Kilometer einzusetzen (vgl. § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 und § 157 Abs. 3 GT sowie § 161 lit. a des Gesamtarbeitsvertrages [GAV, BGS 126.3]). Bei einem Ansatz von CHF 250.00 resultiert mit den Auslagen und der Mehrwertsteuer eine Parteientschädigung von CHF 2'943.10 (Honorar von CHF 2'615.00, Auslagen von CHF 117.70 und Mehrwertsteuer [7.7 %] von CHF 210.40).

Das Honorar im Rahmen der bewilligten unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. Verfügung vom 27. Februar 2020; A.S. 45 f.) beliefe sich auf CHF 2'154.55.

5.2 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. Nach dem Ausgang des vorliegenden Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen.

Demnach wird erkannt:

2. Die Beschwerdegegnerin hat der Beschwerdeführerin eine Parteientschädigung von CHF 2'943.10 (inkl. Auslagen und MwSt.) zu bezahlen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu übernehmen.

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

## **E. 9**

auf der visuellen Analogskala. Bei chronisch weit ausgedehnten Schmerzen sei es schwierig, differentialdiagnostisch eine Systemerkrankung wie zum Beispiel eine entzündliche Rückenerkrankung auszuschliessen. Aufgrund der am 15. März 2016 erfolgten Magnetresonanztomografie der Lendenwirbelsäule und der Iliosakralgelenke sei das Vorliegen einer entzündlichen Systemerkrankung äusserst unwahrscheinlich, weil die Explorandin gemäss ihren Angaben bereits seit 10 Jahren an Rücken-, Knie- und Fusschmerzen leide. Darüber hinaus habe Dr. med. D. \_\_\_ berichtet, dass er in den Szintigrafien, ausser einer Aktivität der medialen Gonarthrose, links mehr als rechts, lediglich gewisse Mittelfussarthrosen habe feststellen können. Bei der Anamnese habe die Explorandin das typische Beschwerdebild einer Fibromyalgie mit permanent andauernden und weit ausgedehnten Schmerzen geschildert, nicht das Bild eines entzündlichen Wirbelsäulenschmerzes mit typischem früh morgendlichem Maximum und Morgensteifigkeit. Bei der klinischen Untersuchung habe ein deutliches Schmerzgebaren und Schonverhalten imponiert. Die Untersuchung der Wirbelsäule cervical und lumbal sei wegen einer Gegeninnervation nicht vollumfänglich möglich gewesen. Deswegen seien Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule veranlasst worden, welche keine über das Alter hinausgehende degenerative Veränderungen und nur eine leichte Fehlförmigkeit der Wirbelsäule gezeigt habe bei fehlendem Nachweis von neurologischen Ausfällen. Das Achsenskelett sei zumindest für leichte bis gelegentlich mittelschwere Arbeiten genügend belastbar. Das Hauptproblem im rheumatologischen/orthopädischen Bereich seien, wie Dr. med. D. \_\_\_

beurteilt habe, die Kniegelenke. Diese hätten am 20. Februar 2019 klinisch keine Aktivierung gezeigt, man habe keine Schwellungen oder Ergüsse an den Kniegelenken finden können. Es habe sich auch keine wesentliche Einschränkung der Beweglichkeit gefunden. Dennoch bestehe kein Zweifel an einer verminderten Belastbarkeit der Kniegelenke, vor allem links und im medialen femorotibialen Gleitlager, wo sich erwartungsgemäss die Hauptbefunde an den Kniegelenken zeigten: Varusgonarthrose links mehr als rechts, in den Röntgenbildern vor allem linksseitig bereits mässiggradig bis fortgeschritten ausgeprägt. Ferner wurde dargelegt, die Prognose der Gonarthrosen hänge ab von der körperlichen Aktivität und dem Körpergewicht. Bei der Explorandin bestehe eine morbide Adipositas. Laut den Angaben mache sie die nötigen Heimübungen nicht regelmässig. Deshalb sei von einer schlechten Prognose der Gonarthrosen auszugehen und es sei früher als normal mit einer Progression zu rechnen. Um die Prognose zu verbessern, sei es deshalb angezeigt, dass die Explorandin konsequent ihre Muskulatur stärke und ihr Gewicht reduziere. Die Gonarthrosen hätten zweifelsohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Explorandin benötige eine Tätigkeit, bei welcher sie nicht so häufig stehen oder gehen müsse. Eine solche Tätigkeit wirke sich auch günstig auf die, aktuell nicht erneut abgeklärten, zurzeit subjektiv im Hintergrund stehenden Fusschmerzen bei nachgewiesenen Mittelfussarthrosen aus. Im Weiteren wurde angegeben, in den Akten gebe es keine Angaben über eine Rehabilitation oder Eingliederungsmassnahmen. Insbesondere was die Rückenschmerzen angehe, bestehe eine erhebliche Diskrepanz zwischen den ausgeprägten geklagten Beschwerden und den nur geringen objektiven pathologischen Befunden. Deshalb könne man aus rein rheumatologischer Sicht die von der Explorandin geklagten Beschwerden bei weitem nicht erklären. Inkonsistenzen seien hingegen nicht ersichtlich gewesen. Die an den rheumatologischen Gutachter gestellten Fragen wurden dahingehend beantwortet, die Frage, ob die zuletzt ausgeübte Tätigkeit weiterhin zumutbar sei, könne aktuell nicht zuverlässig beantwortet werden, weil kein Bericht über die effektive Situation am damaligen Arbeitsplatz erstellt worden sei. Unter der Voraussetzung, dass die Explorandin am bisherigen Arbeitsplatz zwischendurch immer wieder kurze Zeit habe absitzen können und keine Lasten über 15 kg habe heben müssen, sei davon auszugehen, dass aus rein rheumatologischer Sicht die bisherige Tätigkeit auch aktuell noch vollschichtig möglich wäre. Es sei jedoch anzunehmen, dass aus rein rheumatologischer Sicht eine leichte Einschränkung der Leistungsfähigkeit von maximal 20 % bestehe, weil die Explorandin mehr Pausen zur Entlastung der Kniegelenke benötigen dürfte. Die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei auf mindestens 80 % zu schätzen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit äusserte sich der rheumatologische Gutachter dahingehend, es wäre sicher günstig, wenn die Explorandin eine optimal angepasste Tätigkeit mit folgendem Belastungsprofil ausüben könnte: Leichte Arbeit mit Wechselbelastung. Nur gelegentlich leichte bis mittelschwere Arbeit. Heben von Lasten von nicht mehr als 15 kg. Zwecks Entlastung der Kniegelenke und Füsse überwiegend sitzende Tätigkeiten. Keine Arbeiten, bei welchen Standfestigkeit erforderlich sei, wie z.B. auf Leitern steigen. Keine Tätigkeiten, bei welchen die Explorandin Arbeiten in der Hocke ausüben müsse und keine Tätigkeit mit Gehen auf unebenem Gelände. Aus rheumatologischer Sicht bestehe bei einer adaptierten Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mit 8,5 Stunden pro Tag. Bei einer adaptierten Tätigkeit lasse sich aus rein rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen. Aufgrund der Akten habe nie über eine längere Zeit eine Arbeitsunfähigkeit bestanden. Aus rheumatologischer Sicht empfehle sich dringend, das Körpergewicht zu reduzieren und eine

konsequente langfristige medizinische Trainingstherapie. Bei progredientem Verlauf der Gonarthrose werde sich mit der Zeit wohl die Implantation einer Total-Endoprothese, zumindest am linken Knie, zur Diskussion stellen. Die Arbeitsfähigkeit könne noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden (IV-Nr. 32 S. 1 ff.).

3.4.2 Der psychiatrische Gutachter, Dr. med. C.\_\_\_\_, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Gutachten vom 10. Mai 2019 zum Anlass der Begutachtung u.a. fest, nach den Angaben der Explorandin habe sich ihr Gesundheitszustand im Verlauf des Jahres 2014 massiv verschlechtert. Sie habe starke Schmerzen in verschiedenen Gelenken bekommen und die vorbestehenden Rückenschmerzen hätten sich verschlechtert. Zunehmend hätten sich auch psychische Probleme entwickelt seit der Übernahme der [...] -Bar in [...] durch die Explorandin und ihren Ehemann im Jahr 2012. Sie hätten die Bar trotz enormen persönlichen Einsatzes nie gewinnbringend betreiben können. Die Explorandin sei seit Januar 2018 freiwillig von ihrem Ehemann getrennt; sie habe eine 1993 geborene Tochter. Aufgrund der Schmerzen und multiplen psychosozialen Belastungen habe sich eine depressive Symptomatik entwickelt. Die vorliegende psychiatrische Begutachtung finde am 12. März 2019 statt. Zum psychiatrischen Befund wurde angegeben, die Stimmung der Explorandin sei weitgehend ausgeglichen, sie könne immer wieder lächeln, manchmal auch lachen. Beim Gespräch über belastende Themen habe sie ein paar wenige Male Tränen in den Augen gehabt. Die affektive Modulationsfähigkeit sei insgesamt als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen, nicht jedoch die Vitalität. Die Explorandin hinterlasse einen sehr vitalen Eindruck. Der Gedankengang sei in formaler Hinsicht weder gehemmt bzw. verlangsamt noch an Ideen verarmt, jedoch auf die geklagten Beschwerden leicht eingeengt. Die Beschwerdeschilderung sei zum Teil logisch und kohärent, oft jedoch vage und wenig fassbar. Es lasse sich zeitweise auch eine Dramatisierungstendenz erkennen. Die Angaben seien nicht immer konsistent und zum Teil widersprüchlich. Die Explorandin könne nicht immer präzise zeitliche Angaben machen. Während der gesamten 1,5 Stunden dauernden Untersuchung liessen sich indes weder Konzentrations-, Aufmerksamkeits- noch Auffassungsstörungen und auch keine Ermüdungszeichen rein klinisch feststellen. In psychomotorischer Hinsicht hinterlasse die Explorandin einen zeitweise leicht angespannten, dann wiederum völlig entspannten Eindruck. Testpsychologische Zusatzuntersuchungen seien keine durchgeführt worden. Der psychiatrische Gutachter stellte folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: «Rezidivierende depressive Störung mit chronischem Verlauf und gegenwärtig leichtgradiger Episode (ICD-10 F33.00)». Unter dem Titel «Medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung» wurde dargelegt, die hereditär mit keiner psychiatrischen Krankheit belastete Explorandin sei in wohlgeordneten familiären Verhältnissen als viertältestes von zwölf Kindern in einer Stadt in [...] aufgewachsen. Psychopathologische Befunde in der Kindheit liessen sich anamnestisch nicht eruieren. Die Explorandin habe mit beiden Eltern eine gute Beziehung entwickeln können. In [...] habe sie eine drei Jahre dauernde Ausbildung zur Coiffeuse durchlaufen. Im Jahr 1995 sei sie in die Schweiz eingereist. Mit Unterbrüchen habe sie seither als Barfrau gearbeitet, während vielen Jahren habe sie auch selbstständig eine eigene Bar geführt, zuletzt von 2012 bis 2017 in [...]. Seit dem Tod ihres langjährigen Partners habe sie keinen Partner mehr gehabt. Vorehelich habe sie die aktuell 25-jährige Tochter geboren, mit welcher sie, wie auch mit ihrem Enkelkind, eine gute Beziehung pflege. Im Weiteren wurde dargelegt, die Explorandin befinde sich seit Oktober 2017 in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung bei lic. phil. G.\_\_\_\_ in der Praxis von Dr. med. E.\_\_\_\_ in Behandlung. Von den behandelnden Therapeuten sei die Explorandin seit

dem 9. Februar 2018 zu 100 % arbeitsunfähig geschrieben worden. Sie habe ihre selbstständig geführte Bar per Ende September 2017 aufgegeben. Im Vergleich mit den Befunden im Bericht der behandelnden Therapeuten vom August 2018 sei es aktuell zu einer deutlichen Verbesserung der depressiven Beschwerden gekommen. Dementsprechend könne von guten Heilungschancen ausgegangen werden, zumal die Explorandin nicht sämtliche ihr verordneten Psychopharmaka regelmässig einnehme. Mit grosser Wahrscheinlichkeit könne davon ausgegangen werden, dass spätestens seit Anfang März 2019 eine deutliche Verbesserung der depressiven Beschwerden eingetreten sei. Eingliederungsmassnahmen seien bisher keine durchgeführt worden. Die Explorandin gehe davon aus, dass sie zu keiner beruflichen Tätigkeit mehr fähig sei wegen ihrer Schmerzen und der depressiven Beschwerden. Eine solch hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus psychiatrischer Sicht indes nicht objektivieren, da lediglich noch ein leichtgradiger Schweregrad der Depression festgestellt werden könne. Zudem könne zu den Schmerzen aus rein psychiatrischer Sicht keine Stellungnahme erfolgen, da sich die Diagnose einer anhaltenden somatoformen Schmerzstörung nicht diagnostizieren lasse. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, die Angaben der Explorandin seien nicht immer als konsistent zu betrachten. Seit Oktober 2017 befinde sie sich bei ihrem Therapeuten in Behandlung, seither lasse sich ein ausgewiesener Leidensdruck nachweisen. Von einer Nicht-Inanspruchnahme von medizinischen und therapeutischen Leistungen könne nicht gesprochen werden. Es lasse sich indes eine ungleichmässige Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen erkennen. Die Explorandin berichte über einen Tagesablauf, dem zu entnehmen sei, dass sie die anfallenden Alltagsarbeiten weitgehend erledigen könne, auch wenn sie dabei zum Teil von ihrer Tochter unterstützt werde. Demgegenüber schildere sie, dass sie zu gar keiner Berufstätigkeit mehr fähig sei. Eine solche hohe Einschränkung der Arbeitsfähigkeit lasse sich aus rein psychiatrischer Sicht nicht objektivieren. Zu den Fähigkeiten, Ressourcen und Belastungen wurde erklärt, es liessen sich auch Ressourcen erkennen, diesbezüglich sei insbesondere die weitgehend intakte psychosoziale Funktionsfähigkeit zu nennen. Die Explorandin sei auch vielseitig interessiert, habe Interesse an Aktualitäten und informiere sich mit dem Lesen von arabischen Zeitungen im Internet. Sie informiere sich aber auch mit dem Schauen von Nachrichten- und Informationssendungen am Fernseher. In der Persönlichkeitsstruktur liessen sich keine relevanten Psychopathologien feststellen, welche als Hinweise für das Vorliegen einer Persönlichkeitsstörung betrachtet werden könnten. Sozial sei die Explorandin als relativ gut integriert zu beurteilen. Schwerwiegende psychiatrische Komorbiditäten liessen sich nicht erkennen. Das Fähigkeitsniveau gemessen am Ratingbogen Mini-ICF-APP könne als lediglich leichtgradig eingeschränkt beurteilt werden. Insbesondere seien die Durchhaltefähigkeit, aber auch die Flexibilität und Umstellungsfähigkeit sowie die Planung und Strukturierung von Aufgaben als leichtgradig eingeschränkt zu beurteilen. Die übrigen Items des Ratingbogens Mini-ICF-APP könnten als nicht relevant eingeschränkt betrachtet werden. An Funktionseinschränkungen zu nennen seien die depressiven Beschwerden. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde erwähnt, aus rein psychiatrischer Sicht sei der Explorandin eine Tätigkeit von 7 Stunden pro Tag zumutbar. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe keine Einschränkung der Leistung. Das Arbeitspensum sei (bezogen auf ein 100 %-Pensum) auf 85 % zu schätzen. Es liessen sich keine verlässlichen Aussagen über den Verlauf der Entwicklung dieser Arbeitsfähigkeit aufgrund der diesbezüglich unpräzisen Angaben der Explorandin machen. Unter gleichzeitiger Mitberücksichtigung der vorhandenen Akten sei indes davon

auszugehen, dass ab Februar 2018 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Bis aktuell sei es diesbezüglich zu einer deutlichen Verbesserung gekommen, approximativ könne spätestens ab März 2019 von einer 85%igen Arbeitsfähigkeit wieder ausgegangen werden, wobei festzuhalten sei, dass der Übergang von der 100%igen Arbeitsunfähigkeit in die 85%ige Arbeitsfähigkeit fließend gewesen sein dürfte. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit wurde vermerkt, aus psychiatrischer Sicht seien keine speziellen Merkmale zu nennen, welche bei einer Tätigkeit berücksichtigt werden müssten. Eine maximale Präsenz von 7 Stunden pro Tag in einer solchen Tätigkeit wäre möglich. Dabei bestehe keine verminderte Leistungsfähigkeit. Bezogen auf ein 100 %-Pensum betrage hier die Arbeitsfähigkeit ebenfalls 85 %. Der zeitliche Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit sei gleich wie in der bisherigen Tätigkeit. Eventuell könnte die Arbeitsfähigkeit noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden. Die Explorandin sollte zu einer besseren Compliance bezüglich der Psychopharmaka motiviert werden. Darüber hinaus werde die Weiterführung der bestehenden Psychotherapie empfohlen. Von diesen Massnahmen könne mit grosser Wahrscheinlichkeit mittelfristig mit einer weiteren Verbesserung des psychischen Gesundheitszustands und dadurch auch der Arbeitsfähigkeit gerechnet werden (IV-Nr. 33.1 S. 1 ff.). 3.4.3 Die Konsensbeurteilung der beiden Gutachter lautete dahingehend, unter Berücksichtigung des rheumatologischen Belastbarkeitsprofils könne als gemeinsame Konsensbeurteilung diejenige des psychiatrischen Gutachtens uneingeschränkt übernommen werden (IV-Nr. 33.1 S. 20 ff.). 4.

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