

SO_GERICHTE VSBES.2019.250 vom 30. März 2021

SO Obergericht, 2021-03-30, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2019.250_d20210330

FR: SO_GERICHTE VSBES.2019.250 du 30 mars 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2019.250 del 30 marzo 2021

Regeste

Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen

Erwägungen

E. 1

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

1.2 Für die Beurteilung eines Falles hat das Sozialversicherungsgericht grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung (hier: 20. September 2019) eingetretenen Sachverhalt abzustellen (BGE 144 V 224 E. 6.1.1 S. 232, 131 V 242 E. 2.1 S. 243).

E. 2

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

2.2 In zeitlicher Hinsicht sind ■ vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen ■ grundsätzlich diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220, 131 V 9 E. 1 S. 11 und 107 E. 1 S. 109, 127 V 466 E. 1 S. 467). Im vorliegenden Fall wird eine gesundheitliche Beeinträchtigung seit 2015 geltend gemacht (IV-Nr. 134), d.h. eine rentenbegründende Invalidität könnte erst nach Ablauf der einjährigen Wartezeit im Jahr 2016 vorliegen. Der Rentenanspruch wiederum entsteht ■ sofern die entsprechenden Anspruchsvoraussetzungen gegeben sind ■ frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs vom 6. Juni 2017 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 9. Juni 2017, IV-Nr. 134), was hier im Dezember 2017 der Fall wäre. Ein allfälliger Rentenanspruch könnte demnach frühestens ab 1. Dezember 2017 gegeben sein. Damit sind die ab 1. September 2017 geltenden Bestimmungen des IVG massgebend.

E. 3

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

3.2 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, 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 ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.3 Versicherungsträger und Sozialversicherungsrichter haben die Beweise frei, d.h. ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen (Art. 61 lit. c ATSG; BGE 125 V 352 E. 3a). Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass der Sozialversicherungsrichter alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in

Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232, 125 V 351 E. 3a S. 352).

3.4 Mit BGE 143 V 409 hat das Bundesgericht seine Rechtsprechung im Hinblick auf die therapeutische Angehörigkeit leichter bis mittelgradiger depressiver Störungen aufgegeben und erwogen, dass es sach- und systemgerecht sei, solche Leiden ebenfalls einem strukturierten Beweisverfahren nach BGE 141 V 281 zu unterziehen. Gemäss geltender bundesgerichtlicher Rechtsprechung sind nunmehr sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen, welches durch den psychiatrischen Gutachter bzw. die psychiatrische Gutachterin dementsprechend zu prüfen ist. Entscheidend beim strukturierten Beweisverfahren ist, unabhängig von der diagnostischen Einordnung des Leidens, ob es gelingt, auf objektivierter Beurteilungsgrundlage den Beweis einer rechtlich relevanten Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit zu erbringen. Verlauf und Ausgang von Therapien sind dabei wichtige Schweregradindikatoren. Dementsprechend ist es Aufgabe des medizinischen Sachverständigen, nachvollziehbar aufzuzeigen, weshalb trotz einer leichten bis mittelschweren Depression und an sich guter Therapierbarkeit der Störung im Einzelfall funktionelle Leistungseinschränkungen resultieren, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Zudem haben medizinische Studien gezeigt, dass eine adäquate, leitlinienkonforme antidepressive Therapie als eine notwendige Voraussetzung für günstige Verläufe hinsichtlich Arbeitsfähigkeit und Wiedereingliederung anzusehen ist. Eine konsequente, adäquate psychotherapeutische Therapie des depressiven Geschehens ist dabei nach medizinischer Ansicht wie auch im Rahmen der sozialversicherungsrechtlichen Schadenminderungspflicht zumutbar (BGE 143 V 409 E. 4.5 S. 415 ff. mit Hinweisen).

E. 4

Minuten) handelt es sich zudem um Kanzleiaufwand, der nicht zu entschädigen ist. Damit beträgt der Aufwand noch insgesamt 708 Minuten bzw. 11.8 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung CHF 2'124.00. Unter Berücksichtigung der geltend gemachten Auslagen von CHF 762.10 und der MwSt von 7,7 % beläuft sich die Kostenforderung auf total CHF 3'108.35. Diese ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 635.45, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist anzufügen, dass hier ■ mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin ■ von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn ■ wie vorliegend der Fall ■ keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht.

15.2 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. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, der jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen ist (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin	Die Gerichtsschreiberin
Weber-Probst	Küng

E. 5

Symptomatisches Karpaltunnelsyndrom links – Medianussonographie beidseits vom 30. Januar 2018: beidseitig Nervi mediani-Verdickung (links 18 mm² und rechts 14 mm²) – 13. Februar 2018: Sonogesteuerte perineurale Glukokortikoid-Infiltration Nervus medianus links

E. 6

Chronisch rezidivierender Schulterschmerz nach postoperativer Kapsulitis rechts – Schulterarthroskopie rechts vom 28. Januar 2010 mit intraartikulärem Débridement, Bizepsstenotomie, AC-Gelenkresektion, subakromialer Dekompression und PASTA-Repair – Schulterarthroskopie rechts mit Kapsulotomie und subakromialer Dekompression sowie Mobilisation in Narkose am 14. Mai 2010 – Sonographie Schulter rechts kursorisch vom 30. Januar 2018: keine Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion, keine Bursitis – Aktuell: Klinisch scapulathorakale Dyskinesie Grad I-II rechts

E. 7

Hysterektomie Juni 2016 mit anamnestisch Zweiteingriff wegen Zyste

E. 8

Allergie auf Latex, Codein, Histamin Die Zuweisung sei nach eineinhalbmonatiger stationärer Behandlung zur Erlangung eines stabilen Funktionsniveaus, einer Tagesstruktur und zur Klärung der Arbeitssituation im Kontext zum Störungsbild durch die Klinik M.____ erfolgt. Beim Eintritt hätten eine depressive Symptomatik, Affekt- sowie Antriebsschwankungen, Dünnhäutigkeit, Affektinkontinenz, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit und starkes Gedankenkreisen imponiert. Ausserdem habe die Beschwerdeführerin eine starke innere Unruhe bis zu Panikattacken beklagt, mit übermässiger Aktivität habe sie sich davon abzulenken versucht. Dies sei ihre Strategie im Umgang mit negativen Emotionen seit der Kindheit. Psychopharmakotherapeutisch sei die vorbestehende Therapie mittels Cymbalta und Trittico zunächst unverändert fortgeführt worden. Im weiteren Verlauf sei Cymbalta durch Wellbutrin ersetzt und die Dosis auf 300 mg / Tag erhöht worden, bei guter Verträglichkeit. Trittico sei im Verlauf abgesetzt und die somatische Medikation unverändert fortgesetzt worden. Die Beschwerdeführerin sei als Pflegehelferin in einem Altersheim zu 70 % angestellt. Sie habe vom teilstationären Rahmen mit geregelter Tagesstruktur und sozialen Kontakten profitiert und sei dennoch mit dem tagesklinischen Programm sowie zahlreichen externen Terminen (Abklärungstermine, Darmspiegelung, Physiotherapie) überfordert gewesen, so dass sie schliesslich eine Pause eingelegt habe. Eine weitere medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung sei indiziert.

7.2.9 Dr. med. G.____ hielt im Verlaufsbericht vom 18. April 2018 (IV-Nr. 164 S. 1 f.) handschriftlich fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich seit dem 24. Oktober 2017 verschlechtert. Die psychiatrische Diagnose habe sich nicht geändert, aber die körperliche. Sowohl die körperlichen als auch die psychischen Diagnosen (Depression, ICD-10 F33.1-2; Aufmerksamkeitsstörung, ICD-10 F90.9) hätten einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dies aus psychischer Sicht seit dem Klinikaufenthalt 2016 (11. November 2016). Zusätzlich zu den psychischen Problemen kämen jetzt körperliche dazu, z.T. altbekannte, z.T. neue (Karpaltunnelsyndrom beidseits). Die Aufenthalte in der Klinik und der Tagesklinik hätten keine wesentliche Besserung gebracht. Mit den vielen verschiedenen Arztterminen sei die Beschwerdeführerin sehr überfordert. Sie verwechsle Termine und könne sich nicht recht auf den Alltag konzentrieren. Ihr sei die Stelle gekündigt worden.

7.2.10 Aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung vom 27. März, 4. und 18. April 2018 der L.____ wurde im Bericht vom 8. Mai 2018 (IV-Nr. 182 S. 22 ff.) u.a. festgehalten, dass die Bildungs- und Berufsbiographie der Beschwerdeführerin sowie das angewendete Verfahren auf ein prämorbid intellektuelles Leistungsvermögen im unteren Normbereich hindeuteten. Ein durchgeführtes, standardisiertes Symptomvalidierungsverfahren erweise sich als unauffällig. In der testdiagnostischen Untersuchung habe die Beschwerdeführerin nach vielfachen katastrophisierenden Äusserungen beharrlich mitgearbeitet. Im Rahmen der Anamneseerhebung sei die Bereitschaft Auskunft zu geben eingeschränkt gewesen. Auch habe sie sich sehr affektlabil gezeigt und sei häufig in Tränen ausgebrochen. Die zur Verfügung stehenden Berichte deuteten einerseits auf spezifische Lernstörungen, andererseits auf eine ADHS, mal vom unaufmerksamen Typus, mal vom hyperaktiven impulsiven Typus, hin. Die Beschwerdeführerin selbst könne die «neuen» kognitiven Probleme nicht exakt benennen. Aus neuropsychologischer Sicht lasse sich aktuell nicht klären, ob bei der Beschwerdeführerin eine postoperative kognitive Dysfunktion und somit eine neu aufgetretene kognitive Störung vorliege. Die vielfältig vorliegenden Befunde deuteten vielmehr darauf hin, dass sie bereits in der Kindheit unter kognitiven Schwierigkeiten gelitten habe, welche im Rahmen eines im unteren Durchschnittsbereich

liegenden intellektuellen Leistungsvermögen sowie kognitiven Leistungsminderungen, die möglicherweise durch spezifische Lernstörungen resp. eine ADHS verursacht seien, zu sehen seien. Während den neuropsychologischen Untersuchungen habe sich die Beschwerdeführerin affektlabil gezeigt, so dass es sehr wahrscheinlich erscheine, dass die wahrgenommenen «neuen» kognitiven Leistungsminderungen stark durch eine affektive Problematik überlagert seien, weshalb derzeit von einer Quantifizierung der Befunde abgesehen werde. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei nicht eindeutig davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an einer ADHS leide. Die Beschwerdeführerin selbst habe divergierende Angaben zur verspürten Wirkung des Medikaments Concerta gezeigt, so dass auch die Frage nach einer Optimierung dieser Therapie unbeantwortet bleiben müsse. Aus rein neuropsychologischer Sicht empfehle sich, wenn möglich, eine Optimierung der antidepressiven Therapie. Zur Verbesserung der Eigenwahrnehmung der kognitiven Leistungsfähigkeit sei die Durchführung kognitiv-übender Verfahren (z.B. im Rahmen einer Ergotherapie) zu empfehlen. Dabei sollte es nicht zu einer Überforderung kommen.

7.2.11 Im «Operationsbericht ambulant» vom 18. Juni 2018 (IV-Nr. 172.2 S. 11 f.) stellte Dr. med. Q.____, Facharzt FMH für orthopädische Chirurgie, speziell Handchirurgie, die Diagnose eines «Karpaltunnelsyndroms links mehr als rechts». Am 18. Juni 2016 sei eine Karpaltunnelspaltung links erfolgt. Die Indikation sei durch die Nachtruhestörungen und die Dauerparästhesien mit Fallenlassen von Gegenständen an der linken Hand gegeben gewesen.

7.2.12 Im rheumatologischen Gutachten vom 3. Juli 2018 (IV-Nr. 178 S. 41 ff.) hielt Dr. med. I.____, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 86 f.): 1. Chronische rezidivierende Schulter-Arm-Beschwerden rechts (ICD-10 M54.12) mit / bei – Status nach Schulterarthroskopie rechts von 28. Januar 2010 mit intraartikulären Débridement, Bizepsstenotomie, AC-Gelenksresektion, subacromialer Dekompression und PASTA-Repair – Status nach Schulterarthroskopie rechts mit Kapsulotomie und subacromiale Dekompression sowie Mobilisation in Narkose am 14. Mai 2010 – Status nach Bildung einer ausgeprägten Frozen Shoulder postoperativ Mai 2010 – Klinisch aktuell keine Zeichen einer residuellen Frozen Shoulder, myotendinotische Verspannungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur (Musculus trapezius, Musculus teres minor, Musculus pectoralis major rechtsseitig) im Vordergrund (ICD-10 M57.9) – Kernspintomographisch am 9. November 2012 Verdacht auf Re-Ruptur, zumindest unterflächenseitige Teilruptur der Supraspinatussehne nach Rotatorenmanschetten-Repair, Chondromalazie Grad II, III des glenoidalen Gelenkknorpels (Arthro-MRI des rechten Schultergelenkes von 9. November 2012) – Sonographisch kursorisch am 30. Januar 2018: Keine Hinweise für Rotatorenmanschettenläsion, keine Bursitis – Aktuell: Klinisch myotendinotische Verspannungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur mit Bildung einer Scapula thorakalen Dyskinesie Grad I bis II rechts, keine Anhaltspunkte für Impingement der rechten Schulter oder symptomatische Läsionen der Rotatorenmanschette 2. Cervical- und thorakal betontes panvertebrales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.2, M54.6) mit / bei – Kernspintomographisch Osteochondrose C6/C7 und TH4/TH5, progrediente spondylogene foraminale Einengung C4/C5 und C5/C6 rechtsbetont sowie deutlich C6/C7 ohne Nachweis einer umschriebenen cervicalen Diskushernie, ohne Myelopathie im MRI der HWS von 18. September 2012 – Geringe linkskonvexe Skoliose der mittleren BWS sowie Osteochondrose TH4/5 mit geringer Protrusion, minimal auch TH3/4 und TH5/6 sowie geringe Osteochondrose TH11/TH12 im MRI der BWS, LWS von 21. September 2012 – Keine Bandscheibenhernien, keine Spinalkanal- / Neuroforaminalstenose in der LWS;

mehrsegmentale mässige Spondylarthrose distal betont im MRI der LWS von 14. Januar 2017 – Aktuell klinisch keine Hinweise auf segmentale Dysfunktion der gesamten Wirbelsäule, keine Hinweise auf cervicale oder lumbale Radikulopathie – Myotendinotische Verspannungen der Musculi trapezii sowie der paravertebralen Muskulatur im thorakalen Bereich im Vordergrund – Zeichen einer ligamentären Hyperlaxität (ICD-10 M35.7) ohne Zeichen einer segmentalen Instabilität der Wirbelsäule – Muskuläre Dysbalance wegen Insuffizienz der paravertebralen und der abdominalen Muskulatur Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Status nach Distorsion des rechten oberen Sprunggelenkes am 4. September 2017 [recte: 4. Oktober 2017] (ICD-10 S93.40) mit / bei – Konservativ behandelt, keine Hinweise auf ossäre Läsionen, Druckdolenz auf dem ligamentären Bandapparat rechtsseitig 2. Bilaterales linksbetontes Carpaltunnelsyndrom (ICD-10 G56.0) mit / bei – Status nach Operation am 18. Juni 2018 linkseitig Wichtige Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit seien: 1. Status nach therapeutischer Laparoskopie mit CO2 Laser unterstützter Evaporation von Endometriosen-Herden, Salpinx-Ektomie beidseits mittels Ultracision, totaler laparoskopischer Hysterektomie am 20. Juni 2016 wegen Adenomyosis Uterus myomatosus, Endometriose Grad I nach AFS (ICD-10 N80.0, N80.8) 2. Venöses Angiom cerebellär links im MRI Gehirnschädel von 16. Dezember 2016 (ICD-10 D18.00) 3. Diverse Allergien unter anderem Latex, Codein, Histamin (ICD-10 T78.7) In der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegefachfrau (Spitalgehilfin) könne die Beschwerdeführerin keine Stunde mehr Arbeit leisten. Gegen die Ausübung der bisherigen Tätigkeit interferierten sowohl die Veränderungen im Bereich der linken Schulter als auch der Zustand des axialen Skeletts. Der Zustand nach Revision des Supraspinatussehne mit Anlage eines Ankers (PASTA-Repair), der Zustand nach Kapsulotomie, die gegenwärtige anhaltende muskuläre Dysbalance der äusseren Schultergürtelmuskulatur und des Musculus pectoralis major rechtsseitig, führten zu einer verminderten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit der rechten Schulter für Tätigkeiten, welche das Heben, Tragen oder Stossen von Lasten über 10 kg oder Überkopfarbeiten erforderten. Zudem führe die anhaltende muskuläre Dysbalance der Rumpfmuskulatur mit Bildung einer Fehlhaltung der Wirbelsäule zusammen mit den vorhandenen degenerativen Veränderungen des axialen Skeletts zu einer verminderten Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit des axialen Skeletts für Tätigkeiten, welche das Tragen von Lasten über 10 kg und die Arbeit in vorgeneigter Körperhaltung erforderten. Da diese körperlich schweren Tätigkeiten Bestandteil der Tätigkeit als Spitalgehilfin bildeten, sei ihr diese nicht mehr möglich. Diesbezüglich bestehe also auch eine volle Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Bezogen auf ein 100%iges Pensum lasse sich eine volle Arbeitsunfähigkeit aus rheumatologischer Sicht in der angestammten Tätigkeit feststellen. Aktenkundig sei eine volle Arbeitsunfähigkeit bei der Tätigkeit als Pflegegehilfin in einem Alters- und Pflegeheim ab 4. April 2009 zu 100 % attestiert worden. Seither habe sich der klinische Zustand der Beschwerdeführerin nicht mehr wesentlich verbessert. Dieser Zustand sei im Vorgutachten von Dr. med. C.____, orthopädische Chirurgie FMH, vom 27. August 2013 (vgl. E. II. 7.1.1 hiervor) ebenfalls bestätigt worden. Neue Aspekte ergäben sich anlässlich dieser aktuellen rheumatologischen Begutachtung nicht, insbesondere keine wesentliche Veränderung der Leistungsfähigkeit. Es handle sich um einen residuellen Zustand (S. 96 f.). Als optimal angepasste Tätigkeit gälten körperlich leichte Tätigkeiten, ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu stossen, Überkopfarbeiten zu verrichten, oder in vornüber geneigter Körperhaltung arbeiten zu müssen. In einer solchen Tätigkeit könne die

Beschwerdeführerin ein volles Pensum (8 Stunden im Tag) verrichten. Im Rahmen einer angepassten Tätigkeit lasse sich aus rheumatologischer Sicht keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit begründen: Das Ausmass der degenerativen Veränderung könne als leichtgradig bis mittelmässig betrachtet werden: Eine Progression relevanter degenerativer Veränderungen am Bewegungsapparat habe mittlerweile nicht stattgefunden. Der klinische Zustand habe sich, nach der Bildung einer Frozen Shoulder (2010), im Jahr 2012 mit Rückbildung der Frozen Shoulder definitiv verbessert, anschliessend habe sich der klinische Zustand stabilisiert. Die vorhandenen Veränderungen und die daraus resultierenden Einschränkungen der Leistungsfähigkeit seien lediglich für körperlich schwere Tätigkeiten ausserhalb des oben beschriebenen positiven Belastungsprofils ungünstig. Die Veränderungen am Bewegungsapparat könnten somit nicht für eine globale Einschränkung der Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin verantwortlich gemacht werden. In einer optimal angepassten Tätigkeit im freien Arbeitsmarkt bestehe in einem 100%-Pensum eine volle Arbeitsfähigkeit. Mit Ausnahmen des postoperativen Verlaufs, der im Jahr 2010 eine Periode von vier bis sechs Monate erfordert haben soll, lasse sich im Laufe der Zeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in adaptierter Tätigkeit feststellen. Diesbezüglich ergäben sich auch gegenüber den Vorgutachten von 27. August 2013 (vgl. E. II. 7.1.1 hiervor) keine neuen Aspekte. Durch medizinische Massnahmen könne die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht relevant verbessert werden. Die durchgeführten medizinischen Massnahmen (Operationen) im Bereich der rechten Schulter mit Einlage eines Ankers der Supraspinatussehne führten zu einer verminderten Belastbarkeit des Schultergelenkes rechtsseitig, die an sich irreversibel sei und die Durchführung schwerer körperlicher Tätigkeiten betreffe. Aus diesem Grund könne die Arbeitsfähigkeit durch medizinische Massnahmen nicht relevant verbessert werden. Zu diskutieren blieben detonisierende Massnahmen der Schultergürtelmuskulatur mittels einer Ultraschalltherapie, gegebenenfalls die Durchführung einer Triggerpunkt-Therapie, soweit es die Beschwerdeführerin ertragen könne. Auch zu diskutieren wäre eine allmähliche muskuläre Rekonditionierung, wobei die Beschwerdeführerin selber angebe, regelmässig an einem Fitnessprogramm sowie an physiotherapeutischen Sitzungen teilzunehmen. Weitere operative Sanierungen seien nicht erforderlich.

7.2.13 Im psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2018 (IV-Nr. 178 S. 11 ff.) wies PD Dr. med. F.____, Spezialarzt FMH Psychiatrie und Psychotherapie, folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus (S. 30): – Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis punktuell mittelgradige Episode (ICD-10 F33.0 / F33.1) – Anamnestisch mögliche Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS) (ICD-10 F90) Es gebe keine Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im psychiatrischen Gutachten vom 19. Mai 2014 (vgl. E. II. 7.1.2 hiervor) habe PD Dr. med. F.____ dieselben Diagnosen gestellt, wie er sie auch im hier vorliegenden Gutachten stelle, ausser dass die depressive Episode unterdessen mitunter auch eine punktuell mittelgradige Dimension zu erreichen scheine. Seit der letzten Begutachtung hätten sich bei der Beschwerdeführerin im gesundheitlichen wie auch im sozialen Kontext folgende Veränderungen ergeben: Sie habe sich im März 2016 von ihrem zweiten Ehemann getrennt. Im selben Jahr, nämlich im Juni 2016, habe sich die Beschwerdeführerin einer Hysterektomie unterziehen lassen. Sie berichte, dass sie seither eine Zunahme ihrer psychischen Beschwerden erlitten habe, so dass sie die im August 2016 begonnene Ausbildung zur Fachangestellten Gesundheit nicht habe antreten können. Sie sei noch bis im November 2016 an ihrer Arbeitsstelle im Altersheim H.____ im angestammten 70%-Pensum tätig gewesen und dann aufgrund ihrer

psychischen Beschwerdezunahme vom 11. November 2016 bis 26. Januar 2017 in der L.____ hospitalisiert gewesen. Danach habe sie stundenweise an zwei bis drei Tagen pro Woche gearbeitet, bis eine erneute psychische Beschwerdezunahme eine psychiatrische Hospitalisation in der Klinik M.____ (19. Juli 2017 bis 31. August 2017) notwendig gemacht habe. Im Anschluss daran sei die Beschwerdeführerin vom 3. Oktober 2017 bis 19. Februar 2018 in der Psychiatrischen Tagesklinik der P.____ behandelt worden (S. 31). Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit bestehe aus psychiatrischer Sicht eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Bereits im psychiatrischen Gutachten vom 19. Mai 2014 habe PD Dr. med. F.____ eine Arbeitsfähigkeit von 80 % aus psychiatrischer Sicht attestiert. Es habe sich seither keine Veränderung der Arbeitsfähigkeit ergeben, einzig während den teilstationären, bzw. stationären psychiatrischen Behandlungen sei selbstverständlich eine 0%ige Arbeitsfähigkeit vorgelegen. Die Beschwerdeführerin stehe bei Dr. med. G.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung und nehme bei ihr alle zwei Wochen einen Termin wahr. Es könnten keine Gründe genannt werden, weshalb es im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie nicht gelingen sollte, dass die Beschwerdeführerin auch subjektiv wieder eine stabilere psychische Verfassung erlangen und erleben könne. Diese ambulante psychiatrische Behandlung sei auf jeden Fall fortzusetzen. Die Beschwerdeführerin scheine sich durch die antidepressive Medikation mit Wellbutrin etwas entspannter zu fühlen. Es könne diskutiert werden, ob die Tagesdosierung Concerta nicht wieder auf 72 mg erhöht und dann auf zwei Einnahmezeiten aufgeteilt werden sollte, zumal die Beschwerdeführerin berichte, dass sie etwa sieben Stunden nach der morgendlichen Einnahme ein Nachlassen der Wirkung erlebe und dann deutlich ermüde und unkonzentrierter werde. Aktuell sei weder eine erneute stationäre psychiatrische Behandlung noch eine teilstationäre psychiatrische Behandlung indiziert. Die ambulante Psychotherapie könne inhaltlich unter Weiterführung einer soliden psychopharmakologischen Medikation genügend genutzt werden, um die Gründe für die subjektiv verschlechterte psychische Verfassung der Beschwerdeführerin durchzuarbeiten, um sodann zu ermöglichen, dass sie wieder auf ihre erhaltenen innerpsychischen Ressourcen zurückgreifen könne (S. 38 f.). 7.2.14 Anlässlich der interdisziplinären Konsensbeurteilung vom 6. Juli 2018 (IV-Nr. 178 S. 2 ff.) bestätigten PD Dr. med. F.____ und Dr. med. I.____ die in ihren jeweiligen Gutachten ausgewiesenen Diagnosen (vgl. E. II. 7.2.12 f. hiervor). In der bisherigen Tätigkeit als Pflegegehilfin in einem Alters- und Pflegeheim bestehe aus rheumatologischer Sicht eine Arbeitsfähigkeit von 0 %. Für die Gesamtarbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit sei also die rheumatologische Beurteilung massgebend. Für die Beurteilung der Gesamtarbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit sei die psychiatrische Beurteilung massgebend. Die Arbeitsfähigkeit für eine angepasste Tätigkeit betrage 80 % unter Berücksichtigung der Limiten aus rheumatologischer Sicht, formuliert im rheumatologischen Gutachten von Dr. med. I.____ (S. 9 f.). 7.2.15 Dr. med. J.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2018 (IV-Nr. 175 S. 2 f.) fest, zur psychiatrischen Situation sei vollinhaltlich auf das Gutachten von PD Dr. med. F.____ zu verwiesen, welches vollständig, schlüssig und nachvollziehbar sei. Diagnostisch würden die gleichen Diagnosen erhoben wie in der Vorbegutachtung von 2014, diesmal sei die depressive Episode jedoch punktuell auch von mittlerem Schweregrad. Es ergäben sich diskrete psychische Verschlechterungen im Vergleich zur Voruntersuchung vier Jahre zuvor. Die jeweiligen Verbesserungen des psychischen Zustandes während den Hospitalisationen untermauerten, dass keine Therapieresistenz vorliege. Aus psychiatrischer Sicht bestehe jedoch im Hinblick auf die Arbeitsfähigkeit keine Veränderung, sodass von einer 80%igen

Arbeitsfähigkeit in der angestammten wie auch in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen werden könne. Rheumatologie: Die im Jahr 2010 diagnostizierte gefrorene Schulter des rechten Schultergelenkes habe sich vollständig zurückgebildet, geblieben seien myotendinotische Verspannungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur. Muskuläre Dysbalance und Insuffizienz der paravertebralen und abdominalen Muskulatur bei degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule ohne Zeichen einer radikulären Radikulopathie im cervicalen oder lumbalen Bereich. In einer angepassten Tätigkeit bestehe aus rheumatologischer Sicht eine volle Arbeitsfähigkeit. Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien: – Chronisch rezidivierende Schulter-Arm-Beschwerden rechts bei aktuell myotendinotischen Verspannungen der äusseren Schultergürtelmuskulatur – Cervical- und thorakal betontes paravertebrales Schmerzsyndrom Sowohl das psychiatrische Gutachten von PD Dr. med. F. ___ als auch das rheumatologische Gutachten von Dr. med. I. ___ seien aus medizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar. Die oben genannten Diagnosen begründeten eine Einschränkung der funktionellen Leistungsfähigkeit und somit eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit. Den neuen medizinischen Abklärungen könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft auswiesen. Es lägen keine neuen Diagnosen mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. In einer körperlich leichten Tätigkeit, ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, zu tragen oder zu stossen, Überkopfarbeiten zu verrichten, in vornüber geneigter Körperhaltung arbeiten zu müssen, bestehe eine 80%ige Arbeitsfähigkeit, die durch die Einschränkungen im psychiatrischen Bereich begründet sei. Diese Arbeitsfähigkeit sei lediglich während der teilstationären und stationären Massnahmen unterbrochen gewesen. 7.2.16 Dr. med. G. ___ wies im Schreiben vom 9. Oktober 2018 (IV-Nr. 182 S. 30 ff.) folgende Diagnosen aus: – Rezidivierende depressive Störung, zeitweise schwere und mittelschwere depressive Episoden (ICD-10 F33.2) – Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0) – Persistierende Schulterschmerzen nach Operation Die Beschwerdeführerin habe versucht, ab dem 6. Februar 2017 zu arbeiten. Wegen Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen und innerer Unruhe habe das Arbeitspensum nicht gesteigert werden können. Seit dem 1. Juli 2017 sei sie zu 100 % arbeitsunfähig. In der Folge sei sie in der Klinik M. ___ und in der Tagesklinik [...] wegen einer depressiven Episode mit schwerem Ausmass hospitalisiert gewesen und seither zu 100 % krankgeschrieben. In der Zwischenzeit sei ihr die Stelle gekündigt worden. Bis heute habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht wesentlich stabilisiert, damit sie arbeitsfähig wäre. Sie sei nicht mehr im gleichen Mass antriebslos wie vor dem Klinikaufenthalt, jedoch affektiv nicht stabil. In gewissen Gesprächen sei sie affektgesteuert, weine, sei hoffnungslos und bringe den Wunsch, nicht mehr leben zu wollen, zum Ausdruck. Sie fühle sich oft überfordert und könne unter kleinen Belastungen psychisch stark dekomensieren. Sie versuche, ihre äussere Erscheinung einer gepflegten, zuversichtlichen und starken Frau aufrechtzuerhalten. Über die Zeit wirke die Beschwerdeführerin im Affekt, Impuls sowie in der Leistungsfähigkeit unstabil. Die Aufrechterhaltung ihrer äusseren Erscheinung sei eine Ressource, die nicht genüge, um einer Arbeit nachzugehen. Z.B. dekomensiere sie psychisch, wenn ihr von aussen eine kleine Aufgabe gestellt werde, die nichts mit ihren persönlichen Angelegenheiten zu tun habe. Sie könne diese nicht ausführen und verfüge über keine Ressourcen, diese in Angriff zu nehmen. Ihre privaten Angelegenheiten regle sie nur mit grosser Anstrengung. Aus der über die Zeit gemachten Beobachtung könne Dr. med. G. ___ festhalten, dass im Juli 2017

eine schwere depressive Episode festzustellen gewesen sei, die sich etwas gebessert habe (Austrittsbericht Klinik M.____, vgl. E. II. 7.2.3 hiervor). Heute sei eine starke psychische Labilität feststellbar. Zudem habe die Beschwerdeführerin den Wunsch, nicht mehr leben zu wollen. Die einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, die testologisch in der L.____ erhoben worden sei (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor), sei in der Behandlung und Stabilisierung zu berücksichtigen, denn sie führe ebenfalls zu einer gewissen Instabilität, innerlichen Zerfahrenheit und mangelhaften affektiven Kontrolle. Aus Sicht von Dr. med. G.____ habe sich die Beschwerdeführerin nach dem Aufenthalt in der L.____ und vor dem Aufenthalt in der Klinik M.____ sehr um den Wiedereinstieg in den Beruf bemüht. Dies sei ihr wegen der starken Müdigkeit, den Schlafstörungen und der inneren Anspannung indes nicht möglich gewesen. Seit dem Tagesklinikaufenthalt sei der psychische Zustand unstabil und wechselhaft. Die Beschwerdeführerin sei heute nicht in der Lage, einer geregelten Arbeit nachzugehen, da sie psychisch nicht stabil sei und auch die Leistung nicht konstant erbringen könne. Die Arbeitsfähigkeit betrage etwa drei Stunden pro Tag bei einer Leistungsfähigkeit von 50 %. Die Differenz zur Beurteilung im Gutachten bestehe in der dort zu wenig beachteten Problematik der fehlenden Ressourcen und der Komplexität des Krankheitsbildes. Zu wenig Beachtung finde die Entwicklung der Erkrankung seit 2016 mit den ausgeprägten depressiven Episoden 2016 und 2017. 7.2.17 Dr. med. J.____, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 (IV-Nr. 184) fest, zu den abweichenden Einschätzungen der Therapeuten bezüglich des Schweregrades der depressiven Störung habe PD Dr. med. F.____ in seinem Gutachten Stellung genommen bzw. nachvollziehbar dargelegt, dass es sich um punktuelle Verschlechterungen gehandelt habe, die unter entsprechender Therapie wieder remittiert seien. Zu den Einwänden betreffend die neuropsychologischen Abklärungen vom Februar 2017 und Mai 2018 wie auch die mögliche ADHS solle PD Dr. med. F.____ Stellung nehmen. Zur Kritik am rheumatologischen Gutachten, dass keine neuen Röntgenbilder erstellt worden seien, gelte es anzumerken, dass für die gutachterliche Untersuchung und Einschätzung von funktionellen Einschränkungen bzw. Leistungsfähigkeit nicht zwingend eine Bildgebung erforderlich sei. Der Gutachter sei frei zu entscheiden, ob abhängig von den vorliegenden Akten / Bildgebung im Zusammenhang mit den eigenen erhobenen klinischen Befunden eine erneute Bildgebung für die Beurteilung notwendig sei. 7.2.18 PD Dr. med. F.____ hielt im Schreiben vom 11. Februar 2019 (IV-Nr. 187) fest, im Bericht der L.____ vom 16. Februar 2017 über die testpsychologischen Abklärungen vom 24. und 30. Januar 2017 (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor) seien hauptsächlich psychometrische Instrumente angewendet worden, die immer zu kurz greifen würden. Denn mit diesen würden hauptsächlich subjektive Angaben eines Patienten abgebildet und nicht etwa objektive Untersuchungsbefunde erhoben, auch würden weder systemische noch anamnestische Informationen abgebildet. Stellvertretend hierfür sei zu erwähnen, dass in diesem Bericht das BDI angewendet worden sei, welches nun typischerweise ausschliesslich subjektive Angaben eines Patienten abbilde. Es werde aufgrund des BDI eine mittelschwere depressive Symptomatik ermittelt. Hierzu werde auf die eingehende Diskussion der Affektpathologie der Beschwerdeführerin im Kapitel 6.3 unter Punkt 2 des psychiatrischen Gutachtens vom 6. Juli 2018, S. 21 – 23 (vgl. E. II. 7.2.13 hiervor) verwiesen, wo im Detail begründet werde, weshalb lediglich eine leichte bis punktuell mittelgradige Episode vorliege. Lügen eine ausgeprägtere Affektpathologie bzw. depressive Störung vor, die sich sodann auch relevanter auf die Arbeitsfähigkeit auswirkten, müssten obligat zumindest einzelne jener spezifischen objektiven Parameter pathologisch ausgelenkt sein, die im

Detail erwähnt worden seien (äusseres Erscheinungsbild, Psycho- und Sprachmotorik, Mimik und Gestik, Denkt tempo, kognitive Ressourcen, Affektverarmung sowie affektive Schwingungsfähigkeit). D.h. eine relevante Affektpathologie, die auch ausreichend dauerhaft wäre, müsste in diesen spezifischen objektiven Parametern «Spuren hinterlassen», was aber nicht der Fall gewesen sei. Weiter erfasse auch das Freiburger Persönlichkeitsinventar, das in diesem Bericht auch verwendet worden sei, ebenfalls ausschliesslich subjektive Angaben der Beschwerdeführerin. PD Dr. med. F. ___ habe in seinem psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2018 im Abschnitt zur Affektpathologie eingehend diskutiert, weshalb sich die Beschwerdeführerin in der Begutachtung derart dysfunktional präsentiert habe. Im Kapitel 7.3 auf S. 25 habe er sodann auch festgehalten, dass sich innerhalb der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin insofern Inkonsistenzen ergeben hätten, als sie sich nämlich oftmals als pauschal dysfunktional beschrieben habe, während sie jedoch über einzelne Tagesaktivitäten und soziale Kontakte habe berichten können. Auch beim Vergleich der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin mit den objektiven Untersuchungsbefunden hätten sich sodann einzelne Inkonsistenzen ergeben. Weder das Freiburger Persönlichkeitsinventar noch die Impulsivitäts-Skala könnten verwendet werden, wenn sie nicht vor dem Hintergrund dieser Inkonsistenzen interpretiert würden. Dasselbe gelte für die Erhebung der ADHS. Hier handle es sich im Bericht vom 16. Februar 2017 überwiegend um Angaben, die von der Beschwerdeführerin stammten. Einzelne stammten von ihrer Pflegemutter, die jedoch zur frühen Kindheit der Beschwerdeführerin keine Angaben machen können, hingegen zur Primarschulzeit und zur Berufsausbildung, die aber nichts mit einer ADHS-Symptomatik zu tun hätten. Somit seien auch die Untersuchungen zur ADHS mit grossem Vorbehalt zu interpretieren. Schliesslich werde jedoch die Diagnose einer ADHS im Erwachsenenalter nicht mit Sicherheit bestätigt. Am 8. Mai 2018 sei ein weiterer Bericht der L. ___ über eine neuropsychologische Untersuchung erfolgt (vgl. E. II. 7.2.10 hiervor). Es würden ein im unteren Durchschnittsbereich liegendes intellektuelles Leistungsvermögen und kognitive Leistungsminderungen festgestellt, die möglicherweise durch spezifische Lernstörungen resp. eine ADHS verursacht seien. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei aber nicht eindeutig davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an einer ADHS leide. Dass sie während dieser Untersuchung sehr affektlabil gewesen und offenbar häufig in Tränen ausgebrochen sei, widerspreche nicht der von PD Dr. med. F. ___ diskutierten Affektpathologie der Beschwerdeführerin, da die Dauerhaftigkeit dieser affektiven Auffälligkeiten nicht erwiesen sei. Am 30. Oktober 2018 sei sodann die Stellungnahme der Rechtsvertreterin an die Beschwerdegegnerin erfolgt (IV-Nr. 182 S. 1 ff.).

Selbstverständlich beziehe sich diese auf die ihr zur Verfügung gestellten medizinischen Akten, die sie als Nichtmedizinerin und somit ohne fundierte medizinische Fachkenntnisse übernehme. Zunächst fasse sie die psychiatrisch relevanten Vorakten zusammen, dies unter Hervorhebung der jeweiligen psychiatrischen Diagnosen. Im Kapitel 7.3 seines psychiatrischen Gutachtens vom 6. Juli 2018 habe PD Dr. med. F. ___ diese Vorakten eingehend diskutiert und jeweils auch erklärt, weshalb auf zahlreiche dieser Akten nicht abgestützt werden könne. Wenn also die Rechtsvertreterin zum Schluss komme, dass «vor diesem Hintergrund die diagnostische Beurteilung der Gutachter nicht überzeugt», so sei dies eine Beurteilung einer nichtmedizinischen Fachperson, welche nicht geschult sei, die Inkonsistenzen und Mängel psychiatrischer Berichte zu erkennen. Die Rechtsvertreterin argumentiere sodann, dass ein Grund für die «zu milde eingestufte Depression bei der Versicherten» sein möge, dass der psychiatrische Gutachter nur von einer anamnestisch

möglichen Hyperaktivitäts- / Aufmerksamkeitsstörung ausgehe. PD Dr. med. F. ___ habe die Affektpathologie und somit die depressive Störung der Beschwerdeführerin aufgrund diverser Beurteilungsdimensionen eingehend beurteilt. Hier zeige sich das fehlende medizinische Verständnis der Rechtsvertretung gut. Es sei im Übrigen auch nicht korrekt, dass die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung in den zur Verfügung gestellten Akten bestätigt worden sei. Somit sei auch die weitere Auseinandersetzung der Rechtsvertreterin mit dieser Diagnose nicht verwertbar. Es werde sowohl an der psychodiagnostischen Beurteilung als auch an der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin gemäss dem psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2018 festgehalten. 7.2.19 In der Stellungnahme vom 28. März 2019 (IV-Nr. 189) führte die RAD-Ärztin Dr. med. J. ___ aus, PD Dr. med. F. ___ nehme ausführlich zu den Einwänden Stellung. Wesentlich sei seine Argumentation, dass in der testpsychologischen Abklärung psychometrische Instrumente verwendet worden seien, die hauptsächlich die subjektiven Angaben eines Patienten abbildeten. Es werde nochmals auf die ausführlich dargestellte Affektpathologie im Rahmen des Gutachtens hingewiesen, sowie auf die Gründe, weshalb nicht auf die testpsychologischen Abklärungsergebnisse als diagnostisches Mittel abgestellt werden könne, ohne diese vor dem Hintergrund der im Gutachten festgestellten Inkonsistenzen zu interpretieren. Es könne an der RAD-Stellungnahme vom 6. September 2018 (vgl. E. II. 7.2.15 hiervor) festgehalten werden. 7.2.20 Dr. med. G. ___ bestätigte im Schreiben vom 15. Mai 2019 (Beschwerde-Beilage Nr. 68) die bereits im Schreiben vom 9. Oktober 2018 gestellten Diagnosen (vgl. E. II. 7.2.16 hiervor). Die Beschwerdeführerin sei aktuell nicht arbeitsfähig. Es fehlten eine psychische Konstanz, geistige und körperliche Belastbarkeit. Sie sei bis heute nicht in der Lage einer geregelten Arbeit nachzugehen, da sie psychisch nicht stabil sei und auch die Leistung nicht konstant erbringen könne. Die Arbeitsfähigkeit betrage höchstens etwa drei Stunden pro Tag bei einer leichten angepassten Arbeit. 7.2.21 Dr. med. J. ___, RAD, hielt in ihrer Stellungnahme vom 23. Mai 2019 (IV-Nr. 196) fest, es würden im Einwand keine neuen medizinischen Aspekte geltend gemacht. Die zitierten Sprechstunden- / Arztberichte seien dem Gutachter bereits vorgelegen und seien in seine Überlegungen mit eingeflossen. Zur ADHS-Diagnose habe PD Dr. med. F. ___ am 11. Februar 2019 bereits ausführlich Stellung genommen (vgl. E. II. 7.2.18 hiervor). Eine weitergehende Abklärung sei demnach nicht angezeigt. Bezüglich der Notwendigkeit von Röntgenbildern im Rahmen einer Begutachtung habe der RAD bereits am 11. Dezember 2018 Stellung genommen (vgl. E. II. 7.2.17 hiervor). 7.2.22 Mit Schreiben vom 1. Oktober 2019 (Beschwerde-Beilage Nr. 70) bestätigte die Klinik R. ___ den Eintritt der Beschwerdeführerin vom 8. Oktober 2019 für einen stationären Aufenthalt. 8. Da die Beschwerdegegnerin in ihrer Verfügung vom 20. September 2019 im Wesentlichen auf das bidisziplinäre Gutachten von Dr. med. I. ___ und PD Dr. med. F. ___ vom 6. Juli 2018 (vgl. E. II. 7.2.12 ff. hiervor) abstellte (A.S. 2), ist nachfolgend zu prüfen, ob diesem Beweiswert zukommt. Die von Dr. med. I. ___, Facharzt FMH für Innere Medizin und Rheumatologie, und PD Dr. med. F. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, erstellten Teilgutachten werden den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen (Vollständigkeit, Schlüssigkeit, Nachvollziehbarkeit; vgl. E. II. 3.3 hiervor) in allen Punkten gerecht: So beruhen sie je auf einer durchgeführten Exploration, womit auch die geklagten Beschwerden der Beschwerdeführerin mitberücksichtigt worden sind (vgl. IV-Nrn. 178 S. 2, 13, 23, 41, 76 ff.), auf den relevanten Vorakten (IV-Nrn. 178 S. 45 ff. S. 14 ff., 83 ff.) und auf allseitigen Untersuchungen (Erheben des somatischen Befundes, des rheumatologischen Status, des Neurostatus und weitere objektive Untersuchungsbefunde,

IV-Nrn. 178 S. 81 ff., 29 ff.). Auf das Erstellen von neuen Röntgenaufnahmen wurde bewusst verzichtet, da zum einen bereits ein ausführliches Röntgendossier vorhanden sei, welches den Fall genügend aufkläre, und sich zum andern bei der aktuellen klinischen Untersuchung keine neuen Aspekte feststellen liessen, welche mittels neuen Röntgenbildern abgeklärt werden müssten (IV-Nr. 178 S. 86).

8.1 Aus rheumatologischer Sicht hielt Dr. med. I. ___ fest, es bestünden am Bewegungsapparat im Bereich der rechten Schulter chronisch rezidivierende Schulter-Arm-Beschwerden, welche vorwiegend auf die Auswirkungen einer muskulären Dysbalance der äusseren hinteren und ventralen Schultergürtelmuskulatur zurückzuführen seien (IV-Nr. 178 S. 88). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt, da im Rahmen der rheumatologischen Untersuchung vom 6. Juni 2018 bei der passiven Abduktion der rechten Schulter mit Codemanngriff eine Anspannung der äusseren Schultermuskulatur im Bereich des Musculus trapezius pars descendens sowie des Musculus pectoralis major rechtsseitig an seinem Ansatz am Humerus rechtsseitig, festgestellt wurde. Palpatorisch im Ruhezustand gebe es muskuläre Verspannungen des Musculus pectoralis major, der bei Palpation extrem druckdolent sei. Desgleichen muskuläre Verspannungen des Musculus trapezius pars ascendens sowie des Musculus teres minor rechtsseitig (IV-Nr. 178 S. 82 oben). Eingehend auf die durch die Beschwerdeführerin weiter beklagten Schmerzen im Nackenbereich und in der Mitte der Brustwirbelsäule (IV-Nr. 178 S. 75) fänden sich gemäss dem rheumatologischen Gutachter anlässlich der aktuellen Untersuchung keine Hinweise auf eine strukturell bedingte segmentale Dysfunktion der HWS, BWS und der LWS (IV-Nr. 178 S. 90). Diese Beurteilung erscheint aufgrund der anschliessenden Begründung plausibel. So legte Dr. med. I. ___ dar, die passive Beweglichkeit dieser Segmente der Wirbelsäule entfalte sich gesamthaft schmerzfrei, ohne Zeichen einer residuellen Irritation einer Nervenwurzel im cervicalen Bereich, ohne Zeichen einer cervicalen Myelopathie oder einer lumbalen Radikulopathie. Eine organisch bedingte Blockade bei lokaler Irritation der Facettengelenke im cervicalen thorakalen und lumbalen Bereich lasse sich ebenfalls nicht feststellen. Im Vordergrund fänden sich myotendinotische Verspannungen der paravertebralen Muskulatur im thorakalen und im cervicalen Bereich mit Verspannung der Musculi trapezii beidseits (IV-Nr. 178 S. 90). In Bezug auf die bei der gutachterlichen Untersuchung der BWS festgestellten klinisch leichtgradigen Zeichen einer ligamentären Hyperlaxizität, ohne Zeichen einer segmentalen Instabilität der LWS (IV-Nr. 178 S. 81), hielt der rheumatologische Gutachter fest, es fänden sich zwar klinische Hinweise auf eine ligamentäre Hyperlaxizität, die als Folge einer angeborenen Variante der Kollagensynthese, aber ohne pathologische Bedeutung, zu verstehen sei (IV-Nr. 178 S. 90). Dies ist nachvollziehbar, da anschliessend dargelegt wurde, dass sich deswegen bei der Beschwerdeführerin auch keine Hinweise auf eine segmentale Instabilität des axialen Skeletts fänden. Im Weiteren erscheint gestützt auf die im Bereich der Hände objektivierten leichten Heberden- und Bouchard-Knoten schlüssig, dass sich gemäss Dr. med. I. ___ im Bereich der Hände keine Hinweise auf symptomatische degenerative Veränderungen von klinischer Relevanz feststellen liessen (IV-Nr. 178 S. 91). Damit erweist sich das rheumatologische Teilgutachten als beweiswertig.

8.2 In der psychiatrischen Untersuchung stellte PD Dr. med. F. ___ fest, es hätten sich innerhalb der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin insofern Inkonsistenzen ergeben, als sie sich oftmals als pauschal dysfunktional beschrieben habe, während sie jedoch über einzelne Tagesaktivitäten und soziale Kontakte habe berichten können, was mit einer pauschalen Dysfunktionalität nicht zu vereinbaren sei (IV-Nr. 178 S. 35). Diese gutachterliche

Einschätzung ist nachvollziehbar, da sich die Beschwerdeführerin im Rahmen der Exploration zum einen dahingehend äusserte, sich depressiv, müde, erschöpft und antriebslos zu fühlen und unter Freud-, Interesse- und Lustlosigkeit zu leiden. Es fühle sich an, als sei bei ihr «der Stecker ausgezogen worden» (IV-Nr. 178 S. 26). Andererseits gab sie an, einige wenige Kolleginnen zu haben, mit denen sie regelmässigen Kontakt pflege. Zudem habe sie Kontakt zur Familie, wo sie «Gotte» sei. Sie treffe sich gelegentlich mit Kolleginnen zu einem Kaffee in der Stadt. In den letzten Jahren habe sie sich von sozialen Kontakten aber doch etwas zurückgezogen, da diese für sie etwas anstrengend seien. Weiter gab die Beschwerdeführerin an, manchmal spazieren zu gehen und kürzlich im [...] baden gegangen zu sein (IV-Nr. 178 S. 27 f.). Gemäss überzeugender Darlegung des psychiatrischen Gutachters ergäben sich einzelne Inkonsistenzen auch beim Vergleich der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin mit den objektiven Untersuchungsbefunden. So seien die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu einer weitgehenden Dysfunktionalität in sämtlichen Lebensbereichen inkonsistent zu den objektiven Untersuchungsbefunden, insbesondere zu jenen, welche die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten und die maximal leicht pathologisch ausgelenkt gewesen seien (IV-Nr. 178 S. 35). Auch diese gutachterliche Einschätzung überzeugt, da die Grundstimmung als immer wieder auch depressiv beschrieben wurde, wobei diese laut PD Dr. med. F. ___ jedoch nicht über eine leichte bis punktuell mittelgradige Depressivität hinausreiche. Weiter konnten auch immer wieder eutyhme Stimmungszustände und eine diskrete Affektverarmung, nicht aber eine Affektverflachung oder Affektstarre festgestellt werden. Der affektive Rapport sei jederzeit ordentlich herstellbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe ausserdem keinerlei Affektinkontinenz gezeigt, jedoch wiederholt affektlabile Einbrüche, die sie aber jeweils rasch wieder habe kontrollieren können, so dass diese nicht länger angedauert hätten (IV-Nr. 178 S. 30). Somit erweist sich auch das psychiatrische Teilgutachten als beweismässig. 8.3 Anlässlich der interdisziplinären Konsensbesprechung vom 6. Juli 2018 (vgl. E. II. 7.2.14 hiervor) wurden eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte bis punktuell mittelgradige Episode» und eine «anamnestisch mögliche Aufmerksamkeits- / Hyperaktivitätsstörung» diagnostiziert. Die diesbezüglich gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung geforderte Indikatorenprüfung (vgl. E. II. 3.4 hiervor) lässt sich anhand des Gutachtens vornehmen: Zur Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde wird ausgeführt, es resultierten lediglich leichte qualitative Funktionseinbussen aus den psychiatrischen Diagnosen. Die qualitativen Funktionsfähigkeiten seien überwiegend erhalten (IV-Nr. 178 S. 5). Es könnten die leichte Ermüdbarkeit, die leichte Antriebsminderung und die leicht reduzierte psychische Belastbarkeit der Beschwerdeführerin berücksichtigt werden. Zudem bestünden leichte Beeinträchtigungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben, weshalb die Beschwerdeführerin in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht beeinträchtigt sei. Auch die Flexibilität und Umstellfähigkeit seien aus denselben Gründen leicht beeinträchtigt (IV-Nr. 178 S. 37). Was den Behandlungs- und Eingliederungserfolg anbelangt, ist festzustellen, dass zwar seit 2017 eine regelmässige Psychotherapie stattfindet und dem psychiatrischen Gutachter keine Gründe genannt werden konnten, weshalb es im Rahmen einer ambulanten Psychotherapie nicht gelingen sollte, dass die Beschwerdeführerin auch subjektiv eine stabilere psychische Verfassung wiedererlangen und -erleben könne. Daher sei diese auf jeden Fall fortzusetzen. Die Beschwerdeführerin scheine sich durch die antidepressive Medikation mit Wellbutrin etwas entspannter zu fühlen. Es könne diskutiert werden, ob die Tagesdosierung Concerta nicht wieder von 54

auf 72 mg erhöht und auf zwei Einnahmezeiten aufgeteilt werden sollte (IV-Nr. 178 S. 34). Komorbiditäten werden keine festgestellt. Zur Persönlichkeit wird ausgeführt, es bestehe keine Persönlichkeitspathologie (IV-Nr. 178 S. 6). So liege keine Persönlichkeitsstörung vor, sondern eine neurotische psychische Grundstimmung (IV-Nr. 178 S. 37). Bei der Beschwerdeführerin scheine die psychische Situation zudem psychosozial massiv überlagert zu sein (IV-Nr. 178 S. 32). Als Ressource wird die Motivation der Beschwerdeführerin genannt, wieder in den ersten Arbeitsmarkt zurückzukehren (IV-Nr. 178 S. 6). In der Kategorie «Konsistenz» ist sodann das Augenmerk auf eine gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen und einen behandlungs- und eingliederungsanamnestic ausgewiesenen Leidensdruck zu richten. Diesbezüglich lässt sich dem Gutachten entnehmen, dass sich innerhalb der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin insofern Inkonsistenzen ergeben hätten, als dass sie sich nämlich oftmals pauschal dysfunktional beschreibe, während sie jedoch über einzelne Tagesaktivitäten und soziale Kontakte berichten könne, was mit einer pauschalen Dysfunktionalität nicht vereinbar sei. Auch beim Vergleich der subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin mit den objektiven Untersuchungsbefunden ergäben sich einzelne Inkonsistenzen. Die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zu einer weitgehenden Dysfunktionalität in sämtlichen Lebensbereichen seien inkonsistent zu den objektiven Untersuchungsbefunden, insbesondere zu jenen, welche die innerpsychische Vitalität objektiv abzubilden vermöchten und die maximal leicht pathologisch ausgelenkt ausfielen (IV-Nr. 178 S. 35). Diesen Ausführungen kann gefolgt werden und die daraus gefolgerte Arbeitsfähigkeits-Einschätzung erweist sich als plausibel. 8.4 Es kann somit festgehalten werden, dass die beiden Teilgutachten vom 3. und 6. Juli 2018 beweiswertig sind. Aufgrund der «interdisziplinären Konsensbeurteilung» vom 6. Juli 2018 (IV-Nr. 178 S. 2 ff., 10) beruht das Gutachten zudem auf einer bidisziplinären Gesamtbeurteilung. 9. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob die vor dem bidisziplinären Gutachten verfassten medizinischen Akten dessen Beweiswert allenfalls in Zweifel zu ziehen vermögen: 9.1 In Bezug auf das rheumatologische Teilgutachten von Dr. med. I.____ ist einzig auf den Arztbericht des Rheumatologen Dr. med. N.____ vom 16. April 2018 (vgl. E. II. 7.2.7 hiervor) einzugehen. Der rheumatologische Gutachter hat sich – wie nachfolgend dargelegt – mit sämtlichen Diagnosestellungen bzw. Befunderhebungen des die Beschwerdeführerin behandelnden Rheumatologen auseinandergesetzt und diese in nachvollziehbarer Weise diskutiert: So hielt Dr. med. I.____ u.a. fest, Dr. med. N.____ habe in seinem Bericht vom 16. April 2018 kein provozierbares Impingement der rechten Schulter beschrieben, wie es auch anlässlich der aktuellen rheumatologischen Untersuchung vom 6. Juni 2018 festzustellen gewesen sei (IV-Nr. 178 S. 94 Mitte). Folglich ergeben sich diesbezüglich zwischen den auf das medizinische Fachgebiet der Rheumatologie spezialisierten Fachärzten keine voneinander abweichenden Einschätzungen. Auf weitgehend unveränderte Befunde bzw. rheumatologische Feststellungen weist auch die weitere Einschätzung von Dr. med. I.____ hin, wonach bereits Dr. med. N.____ das Vorliegen einer muskulären Dysbalance der hinteren Schultergürtelmuskulatur erwähnt habe, indem er «Zeichen einer Scapula alata im Sinne einer Scapula thorakalen Dyskinesie I bis II» festgestellt habe (IV-Nr. 187 S. 89). In Bezug auf die durch Dr. med. N.____ ausgewiesene Diagnose eines «symptomatischen Karpaltunnelsyndroms links» und des sodann am 18. Juni 2018 durchgeführten operativen Eingriffs (vgl. E. II. 7.2.11 hiervor) hielt Dr. med. I.____ fest, es fänden sich im Bereich der Hände keine Hinweise auf symptomatische degenerative Veränderungen von klinischer Relevanz. Da lediglich leichte Heberden- und

Bouchard-Knoten vorhanden seien (IV-Nr. 178 S. 91), wies er das bilaterale, linksbetonte Carpaltunnelsyndrom als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Bezüglich die durch Dr. med. N.____ aufgeführte Diagnose eines chronisch rezidivierenden Panvertebralsyndroms bei axialer sehr eindrücklicher Hyperlaxizität (vgl. E. II. 7.2.12 hiervor) äusserte sich Dr. med. I.____ wie folgt: Es fänden sich klinische Hinweise auf eine ligamentäre Hyperlaxizität, die als Folge einer angeborenen Variante der Kollagensynthese zu verstehen, aber ohne pathologische Bedeutung, sei. Aufgrund dieser leichtgradigen Hyperlaxizität gebe es auch keine Hinweise auf eine segmentale Instabilität des axialen Skelettes. Im Weiteren bestätigte der rheumatologische Gutachter durch die Diagnosestellung des «cervical- und thorakal betonten panvertebralen Schmerzsyndroms» das bereits zuvor durch Dr. med. N.____ ausgewiesene Panvertebralsyndrom. Es sind folglich keine voneinander abweichenden Befunderhebungen festzustellen. Die von Dr. med. N.____ festgestellten Befunde mit eingeschränktem Schürzengriff rechts bei auch positiver Innenrotations-Lag und dem Nackengriff in der rechten Schulter mit Ausweichbewegung hätten sich gemäss Dr. med. I.____ bei der aktuellen rheumatologischen Untersuchung nicht mehr feststellen lassen (IV-Nr. 178 S. 89). So entfalte sich die Kraft der Aussen- und Innenrotation symmetrisch kräftig und schmerzfrei. Es ist daher diesbezüglich von einer leichtgradigen Verbesserung auszugehen. In Bezug auf die durch Dr. med. N.____ ebenfalls ausgewiesene «anamnestische Erschöpfungsdepression» ist festzuhalten, dass es sich bei ihm um ein Facharzt mit Spezialisierung auf die medizinischen Fachgebiete der Rheumatologie und Allgemeine Innere Medizin handelt und der durch ihn ausgestellten psychiatrischen Diagnose deshalb kaum Beweiswert zukommt. Der Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens von Dr. med. I.____ wird durch den Arztbericht von Dr. med. N.____ nicht geschmälert.

9.2 Es ist weiter auf das psychiatrische Teilgutachten von PD Dr. med. F.____ vom 6. Juli 2018 einzugehen: 9.2.1 In Bezug auf die Berichte der die Beschwerdeführerin seit dem 6. Februar 2017 behandelnden Psychiaterin Dr. med. G.____ vom 23. Oktober 2017 und 18. April 2018 (vgl. E. II. 7.2.4 und 7.2.9 hiervor) ergibt sich Folgendes: Zu der durch sie in ihrem relativ kurz und knapp gehaltenen Bericht vom 23. Oktober 2017 (vgl. E. II. 7.2.4 hiervor) ausgewiesenen Diagnose einer «schweren» depressiven Episode, führte der psychiatrische Gutachter PD Dr. med. F.____ in nachvollziehbarer Weise aus, diese werde nirgends mit objektiven Untersuchungsbefunden untermauert (IV-Nr. 178 S. 36). Dies erweist sich als korrekt. So finden sich im Arztbericht von Dr. med. G.____ vom 23. Oktober 2017 keine konkreten Anhaltspunkte, die auf einen entsprechenden Schweregrad der depressiven Episode hinweisen würden. Dies umso weniger als Dr. med. G.____ gar feststellte, dass sich die Beschwerdeführerin subjektiv stimmungsmässig gut fühle (IV-Nr. 151 S. 6), was sich – gemäss PD Dr. med. F.____ (IV-Nr. 178 S. 36) – mit einer «schweren depressiven Episode» nicht vereinbaren lasse. Ähnlich verhält es sich in Bezug auf die durch Dr. med. G.____ weiter ausgewiesene «einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung, ICD-10 F90». So wurde diese Diagnose ebenfalls nicht diskutiert und vermag folglich ebenfalls nicht zu überzeugen. Da diese Diagnose im Austrittsbericht der Klinik M.____ vom 6. September 2017 (vgl. E. II. 7.2.3 hiervor) erstmals gestellt und im Bericht vom 15. November 2017 (vgl. E. II. 7.2.5 hiervor) sodann bestätigt worden war, ist nicht auszuschliessen, dass die behandelnde Psychiaterin diese Diagnose übernommen hat. Der durch Dr. med. G.____ weiter ausgewiesenen somatischen Diagnose von «persistierenden Schulterproblemen nach Operationen» kommt aufgrund der Tatsache, dass sie auf das Fachgebiet der Psychiatrie spezialisiert ist, kaum Beweiswert zu. Dies gilt auch in Bezug auf die durch Dr. med. G.____

im Verlaufsbericht vom 18. April 2018 (vgl. E. II. 7.2.9 hiervor) vorgenommene Einschätzung, wonach sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin aus somatischer Sicht seit dem 24. Oktober 2017 verschlechtert habe. Es ist ergänzend darauf hinzuweisen, dass es sich bei Dr. med. G. ___ um die behandelnde Psychiaterin der Beschwerdeführerin handelt, womit auch der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen ist, dass behandelnde Ärzte (seien dies Hausärzte oder spezialärztlich behandelnde Medizinalpersonen) im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (Urteile des Bundesgerichts 8C_317/2019 vom 30. September 2019 E. 4.2.3, 8C_420/2018 vom 13. März 2019 E. 6.5, 8C_609/2017 vom 27. März 2018 E. 4.3.3 je mit Hinweisen). Insgesamt vermögen die Diagnosestellungen und Einschätzungen von Dr. med. G. ___ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von PD Dr. med. F. ___ nicht zu verringern.

9.2.2 In Bezug auf den Austrittsbericht der L. ___ vom 27. Februar 2017 (vgl. E. II. 7.2.2 hiervor) führte PD Dr. med. F. ___ aus, es werde eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode» diagnostiziert, wobei sich hier keinerlei objektive Untersuchungsbefunde fänden, mit Ausnahme der Angabe, dass sich die depressive Symptomatik verbessert habe, so dass beim Austritt keine mittelgradige depressive Episode mehr vorgelegen haben könne. Es werde in diesem Bericht erwähnt, dass «übereinstimmend mit dem klinischen Eindruck diagnostische Verfahren eine mittelgradige Ausprägung der depressiven Episode» gezeigt hätten. Allerdings würden diese «diagnostischen Verfahren» nirgends beschrieben und – wie vorstehend erwähnt – der klinische Eindruck auch nicht im Detail aufgeführt. Diesen gutachterlichen Einschätzungen kann gefolgt werden. So wird im Austrittsbericht der L. ___ vom 27. Februar 2017 hauptsächlich über die während des stationären Aufenthalts durchgeführten Therapien / Behandlungen berichtet. Es finden sich indes keine Angaben zu erhobenen Untersuchungsbefunden, weshalb die ausgewiesene Diagnose einer mittelgradigen depressiven Episode nicht zu überzeugen vermag. Gleiches gilt in Bezug auf die ebenfalls ausgewiesene «Verdachtsdiagnose einer ADHS im Erwachsenenalter». So wird im Austrittsbericht vom 27. Februar 2017 diesbezüglich einzig auf die durchgeführte testpsychologische Abklärung verwiesen. Im entsprechenden Bericht vom 16. Februar 2017 (vgl. E. II. 7.2.1 hiervor) findet sich der Hinweis, wonach die vorliegenden Akten und Berichte zur frühen Kindheit der Beschwerdeführerin in Bezug auf eine ADH-Symptomatik widersprüchliche Hinweise ergäben und auch fremdanamnestisch nur unzureichend verlässliche Angaben vorlägen, um eine Diagnose zu stellen. Zwar würden die im Rahmen der Testpsychologie erhaltenen Informationen darauf hinweisen, dass eine ADHS des v.a. hyperaktiv-impulsiven Typs vorliege, jedoch könne nicht abschliessend beurteilt werden, ob die Symptome nicht besser durch eine andere psychische Erkrankung erklärbar seien. Gestützt auf diese Ausführungen liegt keine gesicherte ADHS-Diagnosestellung vor, weshalb die im Austrittsbericht vom 27. Februar 2017 festgehaltene Verdachtsdiagnose plausibel erscheint. In diesem Sinn wies auch der RAD-Arzt Dr. med. D. ___ in seiner Stellungnahme vom 1. Februar 2018 (vgl. E. II. 7.2.6 hiervor) den Verdacht auf eine einfachen Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit aus. Es ist daher und auch aufgrund der im Rahmen der neuropsychologischen Untersuchung vom 27. März, 4. und 18. April 2018 (vgl. E. II. 7.2.10 hiervor) getroffenen Feststellungen, wonach aus rein neuropsychologischer Sicht nicht eindeutig von einer ADHS auszugehen sei, nicht zu beanstanden, wenn PD Dr. med. F. ___ anlässlich seiner psychiatrischen Begutachtung von einer «anamnestisch möglichen»

ADHS ausging, da Hinweise für diese Störung vorlägen (IV-Nr. 178 S. 33 unten). Der Austrittsbericht der L.____ vom 27. Februar 2017 schmälert den Beweiswert des psychiatrischen Gutachtens nicht. 9.2.3 Im Austrittsbericht der Klinik M.____ vom 6. September 2017 (vgl. E. II. 7.2.3 hiervor) wurde eine «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome, ICD-10 F33.2» diagnostiziert. Diesbezüglich führte PD Dr. med. F.____ aus, im Psychostatus beim Eintritt in die Klinik sei die Stimmungslage als niedergedrückt beschrieben worden, was nicht untermauere, dass eine schwere depressive Ausprägung vorgelegen habe. Diesen Ausführungen kann gefolgt werden. Dies auch unter Berücksichtigung des Arztberichts der Klinik M.____ vom 15. November 2017 (vgl. E. II. 7.2.5 hiervor), in welchem aufgrund von gleichbleibenden Befunderhebungen lediglich noch eine «mittelgradige Depression, ICD-10 F32.1» ausgewiesen wurde. Somit vermögen weder der Austrittsbericht vom 6. September 2017 noch der Arztbericht vom 15. November 2017 der Klinik M.____ den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens zu verkleinern. 9.2.4 In Bezug auf die im Austrittsbericht der Tagesklinik der P.____ vom 5. März 2018 (vgl. E. II. 7.2.8 hiervor) diagnostizierte «rezidivierende depressive Störung, bei Eintritt eine mittelgradige depressive Episode» hielt PD Dr. med. F.____ fest (IV-Nr. 178 S. 36), es fänden sich keinerlei Angaben zu objektiven Untersuchungsbefunden beim Austritt, was ungünstig sei, denn es würde nach einer 4 1 / 2 Monate dauernden tagesklinischen Behandlung doch interessieren, wie sich die Grundstimmung allenfalls verändert habe. Diese gutachterliche Einschätzung erweist sich als korrekt. So lassen sich dem Austrittsbericht vom 5. März 2018 einzig Angaben betreffend den Zustand der Beschwerdeführerin beim Eintritt (depressive Symptomatik, Affekt- sowie Antriebsschwankungen, Dünnhäutigkeit, Affektinkontinenz, Schlafstörungen, Tagesmüdigkeit und starkes Gedankenkreisen, sowie starke innere Unruhe bis Panikattacken) entnehmen. Der Bericht der Tagesklinik der P.____ vermag die beweiswertigen Ausführungen und Einschätzungen von PD Dr. med. F.____ nicht zu verringern. 9.2.5 Zu den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung im Bericht vom 8. Mai 2018 (vgl. E. II. 7.2.10 hiervor) äusserte sich PD Dr. med. F.____ in seinem Schreiben vom 11. Februar 2019 (vgl. E. II. 7.2.18 hiervor). Dabei legte er u.a. dar, dass die Tatsache, wonach die Beschwerdeführerin während der Untersuchung affektlabil gewesen und offenbar häufig in Tränen ausgebrochen sei, nicht der durch ihn nochmals diskutierten Affektpathologie der Beschwerdeführerin widerspreche. Die Dauerhaftigkeit dieser affektiven Auffälligkeiten sei jedoch nicht erwiesen. Diese Beurteilung ist korrekt: So finden sich aufgrund der neuropsychologischen Untersuchung keine Angaben zur Dauer der affektlabilen Einbrüche bzw. der Tränenausbrüche der Beschwerdeführerin. Zudem stehen die neuropsychologischen Untersuchungen vom März / April 2018 dem psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Juli 2018 in Bezug auf die Beurteilung der ADHS nicht entgegen: Im Bericht vom 8. Mai 2018 wurde festgehalten, dass sich aktuell aus rein neuropsychologischer Sicht nicht erklären lasse, ob bei der Beschwerdeführerin eine postoperative kognitive Dysfunktion und somit eine neu aufgetretene kognitive Störung vorliege. Aus rein neuropsychologischer Sicht sei «nicht eindeutig» davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin an einer ADHS leide. Dies stimmt mit der gutachterlichen Einschätzung von PD Dr. med. F.____ überein, wonach von einer «anamnestisch möglichen» Aufmerksamkeitsdefizit- / Hyperaktivitätsstörung (ADHS), auszugehen sei. Der Bericht betreffend die neuropsychologische Untersuchung vom 8. Mai 2018 vermag die gutachterlichen Ausführungen und Einschätzungen von PD Dr. med. F.____ nicht in Frage zu stellen. 9.3 Zusammenfassend vermögen die zeitlich vor den

rheumatologischen / psychiatrischen Teilgutachten von Dr. med. I.____ und PD Dr. med. F.____ vom 3. / 6. Juli 2018 verfassten medizinischen Akten deren Beweiswert nicht zu schmälern. 9.4 Es ist zu prüfen, ob die nach den beiden Teilgutachten vom 3. und 6. Juli 2018 verfassten medizinischen Berichte deren Beweiswert allenfalls in Frage zu stellen vermögen: 9.4.1 Im Schreiben vom 9. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.2.16 hiervor) diagnostizierte Dr. med. G.____ erneut eine «rezidivierende depressive Störung, zeitweise schwere und mittelschwere depressive Episoden (ICD-10 F33.2)» und hielt fest, die im Juli 2017 festgestellte schwere depressive Episode habe sich etwas gebessert, wobei heute eine starke psychische Labilität feststellbar sei. Da in Bezug auf die als schwer qualifizierte depressive Episode keine neu erhobenen Befunde erkennbar sind, erweist sich diese Beurteilung als nicht nachvollziehbar. In diesem Zusammenhang erstaunt es, dass sich die behandelnde Psychiaterin nicht mit den Einschätzungen der zeitlich vorangehenden psychiatrischen Begutachtung durch PD Dr. med. F.____ auseinandergesetzt hat. Es ist ferner nicht ersichtlich, inwiefern sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Begutachtung durch PD Dr. med. F.____ vom 6. Juli 2018 allenfalls verändert haben soll. Daher kann auch den weiteren Ausführungen von Dr. med. G.____ nicht gefolgt werden, wonach die Entwicklung der Erkrankung seit 2016 mit den ausgeprägten Episoden 2016 und 2017 im Gutachten zu wenig Beachtung finde. Diesbezüglich hielt die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 (vgl. E. II. 7.2.17 hiervor) denn auch fest, PD Dr. med. F.____ habe in seinem Gutachten zu abweichenden Einschätzungen der Therapeuten bez. des Schweregrades der depressiven Störung Stellung genommen und nachvollziehbar dargelegt, dass es sich um punktuelle Verschlechterungen gehandelt habe, die unter entsprechender Therapie wieder remittiert seien. Die Kritik der behandelnden Psychiaterin vermag somit nicht durchzudringen. In Bezug auf die durch Dr. med. G.____ im Schreiben vom 9. Oktober 2018 ebenfalls ausgewiesene «einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ICD-10 F90.0)» ist auf die Ausführungen unter E. II. 9.2.1 hiervor zu verweisen. Dabei ist hervorzuheben, dass es sich hierbei im Wesentlichen um eine mögliche und daher nicht gesicherte Diagnose handelt, was PD Dr. med. F.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten auch entsprechend darlegte. In Bezug auf die weitere Einschätzung von Dr. med. G.____ im Schreiben vom 9. Oktober 2018 (vgl. E. II. 7.2.16 hiervor), wonach die Beschwerdeführerin mit der Arbeitsaufnahme persönlich und psychisch überfordert wäre, ist auf die gutachterliche Beurteilung von PD Dr. med. F.____ in seinem Teilgutachten vom 6. Juli 2018 zu verweisen (IV-Nr. 178 S. 37), wonach die Beschwerdeführerin in ihrer Fähigkeit zur Einhaltung von Regeln und Routinen nicht relevant beeinträchtigt sei, jedoch leichte Beeinträchtigungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben bestünden. Aus denselben Gründen sei sie in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit sowie in ihrer Flexibilität und Umstellungsfähigkeit leicht beeinträchtigt. Die Durchhaltefähigkeit sei aus objektiv-psychiatrischer Sicht lediglich leicht beeinträchtigt, während die Beschwerdeführerin subjektiv von einer deutlich höheren Beeinträchtigung der Durchhaltefähigkeit ausgehe, was aber mit einer erheblichen psychosozialen Überlagerung in Verbindung gebracht werden müsse. Aufgrund dieser Ausführungen kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich Dr. med. G.____ bei ihrer Einschätzung stark auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin gestützt hat. Da sich – wie bereits oben erwähnt – Dr. med. G.____ auch nicht mit den Einschätzungen des psychiatrischen Gutachters auseinandergesetzt hat, vermag ihr allgemein-abstrakt gehaltenes Vorbringen, wonach die Beschwerdeführerin mit der Arbeitsaufnahme überfordert wäre, nicht zu

überzeugen. Der Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens vom 6. Juli 2018 wird durch das Schreiben von Dr. med. G.____ vom 9. Oktober 2018 nicht geschmälert. Dies gilt auch für ihr Schreiben vom 15. Mai 2019 (vgl. E. II. 7.2.20 hiervor), welches gegenüber demjenigen vom 9. Oktober 2018 keine Neuerungen enthält. 9.4.2 Eingehend auf das Schreiben der Klinik R.____ vom 1. Oktober 2019 (vgl. E. II. 7.2.22 hiervor) kann festgehalten werden, dass das Versicherungsgericht bei der Beurteilung eines Falles grundsätzlich auf den bis zum Zeitpunkt des Erlasses der streitgegenständlichen Verfügung (hier: 20. September 2019, vgl. E. II. 1.2 hiervor) eingetretenen Sachverhalt abzustellen hat. Verschlechterungen nach diesem Zeitpunkt wären im Rahmen einer Neuanschuldung oder eines Revisionsgesuchs geltend zu machen (Urteil des Bundesgerichts 8C_562/2018 vom 14. November 2018 E. 3.2 mit Hinweisen; BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220 m.H.). Da sich aus den vorliegenden Akten keine weiteren Angaben betreffend die Hospitalisation in der Klinik R.____ finden, ist eine gesundheitliche Verschlechterung seit der gutachterlichen Abklärung durch PD Dr. med. F.____ vom 6. Juli 2018 bis zum Verfügungserlass nicht ausgewiesen. Der Beweiswert des Gutachtens vom 6. Juli 2018 wird durch das Schreiben vom 1. Oktober 2019 nicht tangiert. 9.4.3 Folglich vermögen auch die nach dem beweiswertigen Gutachten vom 6. Juli 2018 verfassten medizinischen Bericht den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens nicht in Zweifel zu ziehen. 10. Es ist auf die weiteren Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen: 10.1 Die Beschwerdeführerin stellt sich zum einen auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin habe keine Abklärungen bezüglich der zumutbaren Arbeitstätigkeit unter Berücksichtigung der ADHS gemacht und daher den Sachverhalt nicht richtig festgestellt und das Recht nicht richtig angewendet (A.S. 31). PD Dr. med. F.____ schätzte in seinem psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2018 die Diagnose einer ADHS lediglich als «anamnestisch möglich» ein und führte aus, es lägen für diese Störung Hinweise vor (IV-Nr. 178 S. 33 f.). Zugleich betonte er, dies bereits im Gutachten vom 19. Mai 2014 festgestellt zu haben. So hätten die damals von der Beschwerdeführerin gemachten subjektiven Angaben zur Kindheit und ihrem schulischen Verhalten sowie zu Schwierigkeiten, Gelesenes oder Gehörtes zu speichern und auch über ihre Ablenkbarkeit und schlechte Konzentrationsfähigkeit auf das Vorliegen einer ADHS hingewiesen. Weiter legte PD Dr. med. F.____ dar, im Rahmen der depressiven Störung und der ADHS bestünden bei der Beschwerdeführerin leichte Beeinträchtigungen in der Planung und Strukturierung von Aufgaben und sie sei aus diesen Gründen in ihrer Entscheidungs- und Urteilsfähigkeit leicht beeinträchtigt (IV-Nr. 178 S. 37). Folglich hat PD Dr. med. F.____ die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin aufgrund einer möglichen ADHS in seine Beurteilung zur Arbeitsfähigkeit durchaus miteinbezogen. Es ist daher nicht ersichtlich, inwiefern der Sachverhalt durch die Beschwerdegegnerin nicht richtig festgestellt worden sein soll. Die Beschwerdeführerin vermag mit ihrem Vorbringen nicht durchzudringen. 10.2 Die Beschwerdeführerin beantragt, es sei eine neue psychiatrische Begutachtung anzuordnen, in der die Frage zu beantworten sei, welche Berufe unter Berücksichtigung der depressiven Episoden leichten bis mittleren Grades und der ADHS in Frage kämen und in welchem Beschäftigungsgrad diese ausgeführt werden könnten (A.S. 34). Diesbezüglich ist festzuhalten, dass es Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die versicherte Person arbeitsunfähig ist. Im Weiteren sind die ärztlichen Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen der Person noch zugemutet werden können (BGE 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 132 V 93 E. 4

m.w.H.). Diesen Aufgaben ist PD Dr. med. F.____ in seinem psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2018 vollumfänglich nachgekommen. So diskutierte er zum einen den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin unter dem Titel «medizinische und versicherungsmedizinische Beurteilung» (IV-Nr. 178 S. 34 ff.) und folgerte sodann daraus, dass die Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 80 % arbeitsfähig sei (IV-Nr. 178 S. 38). Das Vorbringen der Beschwerdeführerin läuft ins Leere. 10.3 Weiter lässt die Beschwerdeführerin vorbringen (vgl. E. II. 5.2.2 hiervor), anhand der Bilder aus dem Jahr 2012 wäre mit neuen Bildern ein Vergleich der Veränderungen bez. der Nackenschmerzen und Beschwerden im Bereich der Brustwirbelsäule möglich gewesen, was indes unterlassen worden sei. Daher sei eine neue orthopädische und rheumatologische Begutachtung, gestützt auf aktuelle MRI- und Röntgenaufnahmen der Wirbelsäule und der Schulter, erstellen zu lassen. Im rheumatologische Teilgutachten vom 3. Juli 2018 verzichtete Dr. med. I.____ bewusst auf weitere bildgebende Abklärungen, was er mit dem bereits bestehenden ausführlichen Röntgendossier begründete. Zudem seien im Rahmen seiner klinischen Untersuchung keine neuen Aspekte festgestellt worden, welche mittels neuer Röntgenbilder abgeklärt werden müssten (vgl. E. II. 8 hiervor). Diese Einschätzung erscheint mit Blick auf die im entsprechenden Gutachten aufgeführten Röntgenaufnahmen (IV-Nr. 178 S. 83 ff.), unter die auch die MRI-Untersuchungen subsumiert worden sind, plausibel. Ausserdem kommt den Gutachtern – was die Wahl der Untersuchungsmethoden betrifft – nach der Rechtsprechung ein weiter Ermessensspielraum zu (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_831/2018 vom 23. Januar 2019 E. 3.2.5, statt vieler: 9C_78/2017 vom 26. Januar 2018 E. 5.1 m.H.). Darauf wies auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ in ihrer Stellungnahme vom 11. Dezember 2018 (vgl. E. II. 7.2.17 hiervor) hin. So führte sie aus, der Gutachter sei frei zu entscheiden, ob abhängig von den vorliegenden Akten / Bildgebung im Zusammenhang mit den eigenen klinischen Befunden eine erneute Bildgebung für die Beurteilung nötig sei. Somit vermag die Beschwerdeführerin aus diesem Vorbringen nichts zu ihren Gunsten abzuleiten. 10.4 Die Beschwerdeführerin lässt zudem beantragen (A.S. 74 f.), die Beschwerdegegnerin habe die Akten aus den Jahren 1976 bis 1978 zu edieren und darüber Bericht zu geben, was noch vorhanden sei und was nicht, wann sie durch wen vernichtet worden seien (vgl. E. I. 6 Ziff. 2 hiervor). Die Beschwerdeführerin begründet dies im Wesentlichen damit, dass in verschiedenen Gutachten regelmässig auf die schwierige Kindheit der Beschwerdeführerin hingewiesen werde und auch auf die Auswirkungen der schwierigen Verhältnisse bis heute (vgl. E. II. 5.2 hiervor). Diese Ausführungen erweisen sich als zutreffend. Dennoch ist unklar und wird durch die Beschwerdeführerin nicht begründet, welcher Erkenntnisgewinn den Akten aus den Jahren 1976 bis 1978 zukäme. Gemäss Ausführungen in der Beschwerdeantwort vom 5. Dezember 2019 (A.S. 95 f., Ziff. 3) sind die entsprechenden Akten aus den Jahren 1976 bis 1978 bei der Beschwerdegegnerin nicht mehr vorhanden bzw. sind offenbar vernichtet worden. Da Akten gemäss der Weisung über die Aktenführung in der AHV/IV/EO/EL/FamZLw/FamZ (WAF, gültig ab 1. Januar 2011) so aufzubewahren sind, dass sie zehn Jahre nach dem Erlöschen des letzten Leistungsanspruchs vernichtet werden können, wenn sie mit Bestimmtheit nicht mehr für später entstehende Leistungen benötigt werden (RZ 1602), ist das Vorgehen der Beschwerdegegnerin nicht zu beanstanden. Der Beschwerdegegnerin kann daher somit auch keine Verletzung ihrer Aktenführungspflicht gemäss Art. 46 ATSG vorgeworfen werden. Da die IV-Akten aus den Jahren 1976 bis 1978 gar nicht mehr existieren, kann auch keine – wie von der Beschwerdeführerin geltend gemacht –

Verletzung des rechtlichen Gehörs der Beschwerdeführerin (Art. 29 Abs. 2 BV) vorliegen. So wurden der Beschwerdeführerin aufgrund ihres Gesuchs um Akteneinsicht vom 29. April 2019 (Beschwerdebeilage Nr. 73) sämtliche vorhandenen Akten zur Einsichtnahme zugestellt. Das Vorbringen, wonach die Beschwerdeführerin nicht in all ihre IV-Akten habe Einsicht nehmen können, greift daher nicht. 10.5 In Bezug auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin in der Replik vom 18. Februar 2020 (A.S. 111), wonach die Entwicklung seit Juli 2018 zeige, dass es zu keiner Stabilisierung gekommen sei, da die Beschwerdeführerin zwei weitere Male stationär behandelt worden sei und daher eine Therapieresistenz vorliege, kann auf die Ausführungen unter E. II. 9.4.2 hiervor verwiesen werden. Denn die medizinischen Berichte, auf welche sich die Beschwerdeführerin diesbezüglich bezieht (Beschwerde-Beilage Nrn. 70, 74 bis 87), wurden alle nach dem hier zu beurteilenden Zeitpunkt vom 20. September 2019 (vgl. E. II. 1.2 hiervor) verfasst, die stationären Behandlungen erfolgten mithin nach Verfügungserlass. Allfällige Verschlechterungen nach dem 20. September 2019 wären im Rahmen einer Neuanmeldung oder eines Revisionsgesuchs geltend zu machen. 11. Zusammenfassend wird der Beweiswert der beiden Teilgutachten vom 3. und 6. Juli 2018 weder durch die zeitlich zuvor noch durch die zeitlich danach verfassten medizinischen Akten, oder die Vorbringen der Beschwerdeführerin in Zweifel gezogen. Damit erweisen sich beide Teilgutachten von Dr. med. I. ___ und PD Dr. med. F. ___ vom 3. und 6. Juli 2018 als voll beweiswertig. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in ihrer angefochtenen Verfügung vom 20. September 2019 (A.S. 2) auf das bidisziplinäre Gutachten vom 6. Juli 2018 abgestellt hat. So hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. J. ___ in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2018 (vgl. E. II. 7.2.15 hiervor) fest, sowohl das psychiatrische Gutachten von PD Dr. med. F. ___ als auch das rheumatologische Gutachten von Dr. med. I. ___ seien aus medizinischer Sicht schlüssig und nachvollziehbar. Es kann somit auch auf die im bidisziplinären Gutachten vom 6. Juli 2016 ausgewiesene Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin abgestellt werden (vgl. E. II. 7.2.14 hiervor): Somit besteht in der bisherigen Tätigkeit als Pflegegehilfin aus rheumatologischer Sicht keine Arbeitsfähigkeit mehr. In einer adaptierten Tätigkeit (körperlich leichte Tätigkeit ohne Notwendigkeit, Lasten über 10 kg zu heben, tragen oder stossen, Überkopparbeiten zu verrichten, in vornüber geneigter Körperhaltung zu arbeiten, vgl. E. II. 7.2.12 hiervor) ist es der Beschwerdeführerin indes möglich, einer Arbeit zu 80 % nachzugehen. 12. Es ist nachfolgend zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit dem rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 12. November 2014 (IV-Nr. 131) im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 20. September 2019 (A.S. 1 ff.) in rechtsrelevanter Weise verändert hat (vgl. E. II. 7 hiervor). 12.1 Dr. med. I. ___ hielt im Rahmen seines rheumatologischen Gutachtens vom 3. Juli 2018 fest (IV-Nr. 178 S. 97), es sei aktenkundig eine volle Arbeitsunfähigkeit bei der Tätigkeit als Pflegegehilfin in einem Alters- / Pflegeheim ab dem 4. April 2009 zu 100 % attestiert worden. Seither habe sich der klinische Zustand der Beschwerdeführerin nicht mehr wesentlich verbessert. Dieser Zustand sei auch im Vorgutachten von Dr. med. C. ___ vom 27. August 2013 bestätigt worden, was zutrifft. Neue Aspekte ergäben sich anlässlich dieser aktuellen rheumatologischen Begutachtung nicht, insbesondere keine wesentliche Veränderung der Leistungsfähigkeit. Es handle sich um einen residuellen Zustand. Demzufolge hat sich auch die Einschätzung betreffend die Arbeitsfähigkeit aus somatischer Sicht seit 2013 nicht verändert. Es ist somit in Bezug auf den somatischen Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin keine wesentliche Veränderung festzustellen. PD Dr. med. F. ___

fürhte im psychiatrischen Gutachten vom 6. Juli 2018 aus, er habe im Gutachten vom 19. Mai 2014 dieselben Diagnosen gestellt, wie er sie auch im hier vorliegenden Gutachten stelle, ausser dass die depressive Episode unterdessen mitunter auch eine punktuelle mittelgradige Dimension zu erreichen scheine (IV-Nr. 178 S. 31 oben). Folglich präsentiert sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin als nicht wesentlich verändert. Es ist daher von einer geringgradig anderen diagnostischen Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen psychischen Gesundheitszustandes auszugehen, was nach revisionsrechtlichen Gesichtspunkten unbeachtlich (Urteil des Bundesgerichts 9C_679/2019 vom 22. Januar 2020 E. 4.2; BGE 112 V 371 E. 2b S. 372 mit Hinweisen; SVR 1996 IV Nr. 70 S. 104 E. 3a) und somit auch im vorliegenden Fall nicht ins Gewicht fällt. Dementsprechend fiel auch die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den Gutachter gleich aus. 12.2 Dem Vorbringen der Beschwerdeführerin, wonach die gesundheitliche Verschlechterung zwischen der Begutachtung aus dem Jahr 2014 und 2018 darin liege, dass sich die psychische Erkrankung als dauerhaft und therapieresistent erwiesen habe (A.S. 43), kann nicht gefolgt werden. So ging PD Dr. med. F.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 6. Juli 2018 aufgrund der Tatsache, wonach die Beschwerdeführerin im Rahmen von psychiatrischen Hospitalisationen eine relevante Verbesserung ihrer psychischen Stabilität und Befindlichkeit erfahren habe, in nachvollziehbarer Weise davon aus, dass keine Therapieresistenz vorliege (IV-Nr. 178 S. 33). Weiter führte PD Dr. med. F.____ aus, die Beschwerdeführerin bringe im Rahmen der diskutierten psychosozialen Belastung von 2018 hauptsächlich negative Denkinhalte vor und zeige zum ersten Mal eine gewisse Polarisierungs- und Externalisierungstendenz. Dass hinsichtlich der Parameter keine Kontinuität bestehe, untermauere, dass sie in ihrer subjektiven Wahrnehmung äusserer Gegebenheiten wie auch im innerpsychischen Erleben Schwankungen erfahre. Daraus kann gefolgert werden, dass bei der Beschwerdeführerin die Kriterien der Dauerhaftigkeit und Therapieresistenz nicht gegeben sind. 12.3 Im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid vom 12. November 2014 hat sich die gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der Verfügung vom 20. September 2019 somit nicht in rechtsrelevanter Weise verändert. In diesem Sinn hielt auch bereits die RAD-Ärztin Dr. med. J.____ in ihrer Stellungnahme vom 6. September 2018 (vgl. E. II. 7.2.15 hiervor) fest, den neuen medizinischen Abklärungen könnten keine Anhaltspunkte entnommen werden, welche eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes glaubhaft auswiesen. So lägen keine neuen Diagnosen mit relevanter Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vor. Eine erhebliche Veränderung der erwerblichen Auswirkungen ist bei der vorliegend unveränderten gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ebenfalls nicht festzustellen. Es ist daher nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin in der aktuellen Verfügung keinen erneuten Einkommensvergleich durchgeführt, sondern diesbezüglich auf die bereits in Verfügung vom 12. November 2014 vorgenommene IV-Berechnung ab dem 1. November 2011 verwiesen hat. Auf die diesbezüglichen Vorbringen der Beschwerdeführerin (leidensbedingter Abzug, Abklärung der Höhe des Einkommens in zumutbarer Arbeitstätigkeit, vgl. E. I. 5.2 hiervor) ist daher nicht einzugehen. Die Beschwerdegegnerin hielt zudem aufgrund des damals errechneten IV-Grades von 14 % (IV-Nr. 131 S. 2) zu Recht fest, dieser berechtige nicht zum Bezug von Rentenleistungen (vgl. E. II. 2 hiervor). 13. Folglich ist die angefochtene Verfügung vom 20. September 2019 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. 14. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 15. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen

Rechtspflege (vgl. E. I. 5 hiavor). 15.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Schweizerische Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Rechtsanwältin Ryser-Zwygart hat am 24. März 2020 eine Kostennote eingereicht (A.S. 128 ff.), worin sie einen Aufwand von insgesamt 748 Minuten und Auslagen von CHF 762.10 geltend macht. Darin ist ein Kanzleiaufwand für zwölf Klientenbriefe (24., 25. September, 10. (2 x), 28. Oktober, 19. November 2019, 8., 29. Januar, 10., 18., 24. Februar und 16. März 2020) à je 3 Minuten (total 36 Minuten) enthalten, die im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen sind. Bei der geltend gemachten Position «Telefon Combox» vom 30. September 2019 und 10. Februar 2020 von je 2 Minuten (total 4 Minuten) handelt es sich zudem um Kanzleiaufwand, der nicht zu entschädigen ist. Damit beträgt der Aufwand noch insgesamt 708 Minuten bzw. 11.8 Stunden. Der Stundenansatz beträgt aufgrund des Kreisschreibens Nr. 1 der Gerichtsverwaltungskommission des Kantons Solothurn vom 8. März 2016, in Kraft seit 15. Juli 2016 bzw. § 160 Abs. 3 Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. Damit ergibt sich eine Entschädigung CHF 2'124.00. Unter Berücksichtigung der geltend gemachten Auslagen von CHF 762.10 und der MwSt von 7,7 % beläuft sich die Kostenforderung auf total CHF 3'108.35. Diese ist zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Vorbehalten bleibt auch der Nachforderungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin im Umfang von CHF 635.45, wenn die Beschwerdeführerin zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). Zum Nachzahlungsanspruch der unentgeltlichen Rechtsbeiständin ist anzufügen, dass hier – mit Blick auf den Gehörsanspruch der Beschwerdeführerin – von einem Stundenansatz von CHF 230.00 (vgl. § 160 Abs. 2 GT) auszugehen ist, wenn – wie vorliegend der Fall – keine Honorarvereinbarung mit dem Klienten vorgelegt wird, die einen höheren Ansatz vorsieht. 15.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, der jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen ist (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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