

# **SO\_GERICHTE VSBES.2020.160 vom 7. August 2023**

SO Obergericht, 2023-08-07, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.160\\_d20230807](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.160_d20230807)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.160 du 7 août 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.160 del 7 agosto 2023

## **Regeste**

Invalidenrente

## **Erwägungen**

### **E. 1**

Juli 2016 verneint hat. In diesem Zusammenhang sind im Wesentlichen folgende medizinische Unterlagen von Belang:

5.1 Im Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_, Chefarzt-Stv. Orthopädische Klinik, B.\_\_\_\_, vom 21. Oktober 2014 (IV-Nr. 17) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin habe zwei Operationen erhalten. Erstmal sei eine mikrochirurgische Diskektomie L4/5 bei einer riesigen sequestrierten Diskushernie durchgeführt worden. Bei der zweiten Operation habe man eine Fusion und Dekompression C5-7 ausgeführt bei Bandscheibenprolaps und hochgradiger Spinalkanalstenose beider Etagen. Postoperativ seien die Beschwerden rückläufig aber sie berichte weiterhin über sehr starke tieflumbale Rückenschmerzen und ebenfalls über starke Nackenschmerzen in den rechten Arm ausstrahlend. Postoperativ seien MRI-Untersuchungen der HWS und der LWS durchgeführt worden, welche keine eindeutige Nervenwurzel-Affektion gezeigt hätten. Deswegen sei man der Ansicht, dass die HWS-Beschwerden eher muskulär bedingt seien und die tieflumbale Rückenschmerzen im Zusammenhang mit der vorgeschrittenen Spondylarthrose und Diskopathie der Etage L4-S1 stünden. Man habe Frau A.\_\_\_\_ ab Anfang September eine Wiederaufnahme der bisherigen Tätigkeit zu 25 % empfohlen. Wenn dieses 25%-Arbeitspensum keine deutliche Verschlechterung der Schmerzen erbringe, könne dieses in den nächsten 2 ■ 3 Monaten bis zu 50 % gesteigert werden.

5.2 Im Bericht von Dr. med. H.\_\_\_\_, Oberarzt Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie, B.\_\_\_\_, vom 4. August 2015 (IV-Nr. 23, S. 5) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Es sei eine erneute MRI-Untersuchung der LWS durchgeführt worden, welche eine neue riesige Diskushernie L4/5 zentral und paramedian links mit hochgradiger Duralschlauchkompression nachgewiesen habe. Am 24. Juni 2015 habe man eine Operation einer Diskektomie L4/5 durchgeführt. Postoperativ seien die Beschwerden rückläufig aber die Rückenschmerzen hätten weiterhin bestanden. Momentan sei Frau A.\_\_\_\_ für die weiteren drei Monate noch sicher 100 % arbeitsunfähig. Danach könne man wieder versuchen ein 20 ■ 30%-Arbeitspensum auszuüben und entsprechend den Beschwerden könne es später gesteigert werden. Wie schon früher beschrieben spiele leider auch ein sehr starker psycho-somatischer Faktor eine grosse Rolle und deswegen sei es sehr schwierig die langfristige Prognose zu beurteilen.

5.3 Im Bericht der P.\_\_\_\_ vom 14. April 2016 (IV-Nr. 31) wurde festgehalten, aus psychiatrischer Sicht bestehe diagnostisch ein Verdacht auf eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren sowie auf eine leichtgradige depressive Störung. Allerdings spielten bei Frau A.\_\_\_\_ diese Verdachtsdiagnosen eine eher geringe Rolle bezüglich Arbeits- und Leistungsfähigkeit, da der Hauptfokus bei den somatischen Erkrankungen liege. Da die Arbeits- und Leistungsfähigkeitsprobleme der Beschwerdeführerin nicht psychischer Natur seien, solle die IV-Stelle die entsprechenden Auskünfte in der Orthopädie des B.\_\_\_\_ sowie in der Klinik Q.\_\_\_\_ in [...] einholen, wo sich die Beschwerdeführerin in Behandlung befinde.

5.4 Mit Bericht vom 11. August 2016 (IV-Nr. 36) führte Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeine Medizin, Regionaler Ärztlicher Dienst (RAD), aus, bei dieser inzwischen 50-jährigen Versicherten bestehe als Hauptproblematik ein degeneratives Leiden der Wirbelsäule, welches in den letzten Jahren an der Halswirbelsäule zu einer Versteifungsoperation und an der Lendenwirbelsäule zu insgesamt drei Operationen sowie diversen Infiltrationen (auch ins Iliosakralgelenk) geführt habe. Damit sei eine beträchtliche Minderbelastbarkeit des Achsenskeletts gegeben, was prinzipiell nur noch zur Zumutbarkeit von körperlich leichten Tätigkeiten (auch wegen der beginnenden Finger-Polyarthrosen) in Wechselbelastung und ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule führe. Neben den «lokalen» Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule bestünden auch ausstrahlende Schmerzen in die Arme, deren Ursache nicht gänzlich habe geklärt werden können, die möglicherweise durch Nervenwurzelreizungen im HWS-Bereich und durch Vernarbungen mitbedingt seien. So oder so sei bei Zustand nach Fusion (also «Versteifung») vom 5. bis 7. Halswirbel die Beweglichkeit in diesem Bereich stark eingeschränkt, was anhaltende und sich bei monotonen Arbeiten (was bei den meisten Tätigkeiten der Fall sei) verstärkende Schmerzen erkläre. Ausstrahlungen in Nacken, Hinterkopf und Arme seien dementsprechend nachvollziehbar und sie bedingten auch einen erhöhten Erholungs- (resp. Entspannungs-) Bedarf nach der Verrichtung von Tätigkeiten. Daneben bestehe eine Schmerzverarbeitungsstörung mit leichter depressiver Episode. Im Zusammenspiel mit den vorhandenen somatischen Einschränkungen sei davon auszugehen, dass eine Verweistätigkeit noch zumutbar sei, jedoch in eingeschränktem Ausmass. Da es sich bei der angestammten Tätigkeit um eine teilweise auch schwere und statische Arbeit handle, sei hier von einer bleibenden Unzumutbarkeit seit 17. Januar 2014 auszugehen. Für angepasste Tätigkeiten sei eine tägliche Ruhezeit von einem halben Tag zur Regeneration notwendig. Spätestens seit 1. Januar 2016 (Abschluss einer 6-monatigen postoperativen Rehabilitation und Rekonvaleszenz) sei damit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit gegeben.

5.5 Im Bericht der HNO-Klinik, B.\_\_\_\_, vom 12. September 2016 (IV-Nr. 45) wurden folgende Diagnosen gestellt:

6. Im vorliegenden Fall liegen zwei polydisziplinäre Gutachten vor: Einerseits das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 12. Juni 2017 (Fachrichtungen: Hals-Nasen-Ohren-Medizin [ORL], Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Innere Medizin; IV-Nr. 59.1) und andererseits das polydisziplinäre D.\_\_\_\_-Gutachten vom 25. März 2019 (Fachrichtungen: Hals-Nasen-Ohren-Medizin [ORL], Psychiatrie, Neurologie, Orthopädie und Innere Medizin; IV-Nr. 109.2) mit zusätzlichen Stellungnahmen der D.\_\_\_\_-Gutachter vom 28. Oktober 2019 und 20. Januar 2020 (IV-Nr. 137 und 142). Nachfolgend ist der Beweiswert der beiden Gutachten zu prüfen. Vorweg ist festzuhalten, dass die beiden Gutachten den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen

gerecht werden. Sie stammen von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob die Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügen.

6.1 Nachfolgend ist zuerst der Beweiswert des polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 12. Juni 2017 zu prüfen:

6.1.1 Im orthopädischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG (IV-Nr. 59.1, S. 31 ff.) hielt die Gutachterin zur Beurteilung fest, befragt nach ihren Beschwerden habe die Versicherte Schmerzen im Nacken mit Ausstrahlung bis in den rechten Ellenbogen sowie im Bereich der Lendenwirbelsäule mit Ausstrahlung bis knapp oberhalb der Sprunggelenke beschrieben. Bei der hiesigen Untersuchung sei eine in allen Richtungen eingeschränkt bewegliche Halswirbelsäule demonstriert worden, die spontanen Kopfbewegungen seien jedoch ohne Einschränkungen. Die Lendenwirbelsäule habe eine harmonische Lordose sowie eine freie Beweglichkeit gezeigt. Hinweise auf das Vorliegen zervikaler oder lumbaler Nervenwurzelreizungen hätten sich bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralen Muskelhartspann, seitengleich vorführbaren Gangvarianten und der Hocke, negativem Zeichen nach Lasègue und Bragard sowie (bis auf eine persistierende Hypästhesie D IV und V des rechten Fusses) fehlendem sensomotorischen Defizit im Bereich beider Arme und Beine nicht gefunden. Aufgrund der bekannten, auch im aktuellen MRI der Halswirbelsäule sichtbaren, degenerativen Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule seien die von der Versicherten angegebenen Beschwerden von orthopädisch-traumatologischer Seite nachvollziehbar. Die regelmässige Gabe von Morphin (Targin 10 mg/5 mg 1-0-1) sei von orthopädisch-traumatologischer Seite anhand des vorhandenen klinischen und radiologischen Befundes nicht indiziert und sollte bei der erst 50-jährigen Versicherten möglichst zügig beendet werden.

Gestützt auf diese Ausführungen vermögen sodann das gutachterlich festgelegte Belastungsprofil sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Zumutbar seien körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Über Kopf-Arbeiten und ohne häufiges Bücken. Von orthopädisch-traumatologischer Seite ergebe sich aktuell eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit als Maschinenoperateurin. In einer leidensadaptierten Tätigkeit werde eine 80%ige Arbeitsfähigkeit der Versicherten bei gering erhöhtem Pausenbedarf eingeschätzt. Entgegen der Beurteilung im Bericht des B.\_\_\_\_ vom 25. Oktober 2016 bestünden zwar degenerative Veränderungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule, die belastungsabhängige Beschwerden verursachen könnten, jedoch nicht in dem Ausmass, dass überhaupt keine Tätigkeit mehr möglich sei. Schliesslich vermag auch die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch den orthopädischen Teilgutachter zu überzeugen: Die 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten in der bisherigen Tätigkeit ab 01/2014 mit Nachweis eines Nucleusprolaps sei von orthopädisch-traumatologischer Seite nachvollziehbar. In einer leidensadaptierten Tätigkeit sei die 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ab 01/2014 bis maximal 09/2014 nachvollziehbar. Danach sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund eines gering erhöhten Pausenbedarfes auszugehen.

Damit kann auf das beweiswertige orthopädische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ abgestellt werden. Daran vermögen weder die entgegenstehenden Berichte der behandelnden Ärzte noch die Vorbringen der Beschwerdeführerin etwas zu ändern. So stellen die Dres. med.

H.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_, B.\_\_\_\_, in ihrem Bericht vom 25. Oktober 2016 bei ihrer Beurteilung einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten tendenziell auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab. Zudem berücksichtigen sie hierbei offensichtlich auch Beschwerden aus dem psychiatrischen und dem ORL-Bereich, für welche sie als orthopädische Fachärzte nicht über die erforderlichen fachlichen Kompetenzen verfügen. Das Gleiche gilt bezüglich des Berichts von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 12. September 2017, worin dieser festhielt, wegen den ständigen Rücken- und HWS-Schmerzen könne die Beschwerdeführerin gar keine Belastung ausführen und langfristiges Sitzen oder Stehen sei ebenfalls nicht möglich und wegen ständigem Schwindelgefühl sei sie auch beim Laufen sehr unsicher und sturzgefährdet. Momentan könne er, Dr. med. H.\_\_\_\_, sich keine angepasste Tätigkeit vorstellen, in welcher die Beschwerdeführerin zu 80 % arbeitsfähig wäre. Des Weiteren ist in diesem Zusammenhang der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353), weshalb der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit der Dres. med. H.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ auch unter diesem Gesichtspunkt kaum Beweiswert zuzumessen ist. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin vermag der Bericht vom 25. Oktober 2016 der Dres. med. H.\_\_\_\_ und K.\_\_\_\_ somit keinen Zweifel an der gutachterlichen Einschätzung zu begründen. Des Weiteren vermögen auch die dem orthopädischen Teilgutachten entgegenstehenden Berichte des RAD-Arztes Dr. med. M.\_\_\_\_ vom 11. August 2016 und 26. Oktober 2017 dessen Beweiswert nicht zu vermindern. So handelt es sich bei Dr. med. M.\_\_\_\_ nicht um einen orthopädischen Facharzt, sondern um einen Arzt der Allgemeinmedizin. Zudem stützt er sich bei seiner Beurteilung im Bericht vom 26. Oktober 2017, wonach aufgrund der beträchtlichen somatischen Einschränkungen eine halbtägige Ruhepause und damit eine 50%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit sinnvoll sei, vor allem auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ab. Die Berichte des RAD-Arztes vermögen demnach die orthopädische Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten nicht zu entkräften.

6.1.2 Im neurologischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG (IV-Nr. 59.1, S. 43 ff.) führte die neurologische Gutachterin aus, bei der Versicherten bestünden anhaltende Schmerzen mehr oder weniger am ganzen Körper. Schwerpunktartig berichtete die Versicherte über Schmerzen im Bereich des Nackens und des Rückens, welche teilweise in den Kopf, den rechten Arm und in das rechte Bein ausstrahlten. Aufgrund der Anamnese und den gemachten Angaben zu den Ausstrahlungen der Schmerzen fänden sich keine sicheren Hinweise für eine Radikulopathie. Dies werde auch durch die neurologische Untersuchung bestätigt. Es fänden sich keine einem Dermatome zugehörigen neurologischen Ausfälle, welche zu einer Radikulopathie passen würden. Der abgeschwächte ASR rechts passe zu der stattgehabten bekannten Wurzelkompression L5/S1 rechts, welche bereits 2004 operiert worden sei. Die von der Versicherten geklagten Beschwerden liessen sich nicht neurologisch erklären. Aufgrund ihres Verhaltens während der Untersuchung und der Anamnese bestehe der dringende Verdacht auf eine psychogene Komponente. Gestützt auf diese Ausführungen ist sodann die gutachterliche Schlussfolgerung nachvollziehbar, wonach die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen und in einer Verweistätigkeit auf neurologischem Gebiet nicht eingeschränkt sei, da keine neurologischen Reiz- oder Ausfallerscheinungen bestünden. Dieser Beurteilung standen im Gutachtenszeitpunkt denn auch keine Berichte behandelnder Ärzte entgegen, weshalb darauf abgestellt werden kann.

6.1.3 Im internistischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG (IV-Nr. 59.1, S. 50 ff.) fand der Gutachter aus allgemeinmedizinischer Sicht sodann ebenfalls keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Die medizinische Vorgeschichte sei aus internistischer Sicht unauffällig. Es gebe Hinweise auf eine chronische Bronchitis bei Nikotinabusus und einen gastroösophagealen Reflux bei Hiatushernie. Die Untersuchung und die Laborwerte zeigten keine auffälligen Befunde. Aus internistischer Sicht gebe es keine Befunde, welche die Arbeitsfähigkeit verminderten. Dieser Beurteilung standen im Gutachtenszeitpunkt ebenfalls keine Berichte der behandelnden Ärzte entgegen, womit auf das internistische Teilgutachten abgestellt werden kann.

6.1.4 Im ORL-Teilgutachten (IV-Nr. 59.2) führte die Gutachterin der C.\_\_\_\_ AG aus, bezüglich der Schwindelproblematik könne sie sich zur Arbeitsfähigkeit nicht äussern, da im peripher vestibulären Bereich, und somit im HNO-Bereich, keine fassbare Pathologie vorhanden sei. Sie sei auch der Meinung, wie ihre Vorgänger in [...] und [...], dass eine phobische Komponente den Schwindel verursache. Eine peripher vestibulär bedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe nicht. In der Testung des Gehörs zeige die Beschwerdeführerin eine mittelgradige Schwerhörigkeit rechts ohne Schalleitungskomponente und eine leichtgradige Schwerhörigkeit links. Einer hörverbessernden Massnahme stehe aus medizinischer Sicht nichts im Wege (Hörgeräte). Dies würde in einem kommunikativen Beruf das Verstehen erleichtern. Die Beschwerdeführerin müsste sich aber dazu bereit zeigen, ein solches Hörgerät auch zu tragen. Eine somatische Erklärung für die jeweils schwankenden Ergebnisse der Innenohrschwerhörigkeit finde die Gutachterin keine. Fluktuierende Hörschwellen seien bei einem Morbus Meniere oder beim Cogan Syndrom bekannt. Hinweise auf diese Erkrankung fehlten aber gänzlich. Aus diesem Grunde bestehe bezüglich der Schwerhörigkeit aus ORL-Gründen ebenfalls keine Arbeitsunfähigkeit im angestammten Beruf. Der Globus pharyngis sei kein Grund für eine Arbeitsunfähigkeit. Der Tinnitus scheine hingegen ein Problem zu sein und die Beschwerdeführerin zeige einen hohen Leidensdruck. Aktuell gelte er als dekompensierter Tinnitus. Die ununterbrochene Penetranz des Geräusches ermüde die Beschwerdeführerin, könne gut zu Konzentrationsschwierigkeiten führen und zehre nervlich. Wegen des Tinnitus könne die Gutachterin zum aktuellen Zeitpunkt der Patientin eine 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestieren, sowohl an ihrem angestammten Beruf (hohe Konzentration bei der Kontrolle nötig) wie aber auch in einem anderen Beruf. Diese Arbeitsunfähigkeit von 40 % müsste aber reevaluiert werden, sobald die Patientin bezüglich Tinnitusbeschwerden besser adaptiert sei. In der Regel profitierten Tinnituspatienten von einer Hörgeräteversorgung. Der Leidensdruck und der Umgang der Patientin mit dem Tinnitus gingen stark einher mit der psychiatrischen Grunderkrankung. Wenn diese bessere, werde i. d. R. auch der Umgang der Patientin mit dem Tinnitus besser. Die Gutachterin attestiere also der Patientin aus Tinnitusgründen mittelfristig eine Arbeitsunfähigkeit von 40 %. Rückwirkend in diesem Ausmass sicher seit September 2016 (Bericht HNO-[...]), in geringerer Masse wahrscheinlich auch schon vorher. Es sei für sie, die Gutachterin schwierig festzulegen, seit wann dieser Tinnitus derart störend sei, dass die 40%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könne. Sie lege sich auf September 2016 fest. Dies bedingt durch die verlängerten Erholungspausen, welche sie im Beruf bräuchte. Eine Reevaluation mit ev. steigender Arbeitsfähigkeit sei mittelfristig (in 1 ■ 2 Jahren) zu empfehlen.

Grundsätzlich wird im ORL-Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG nachvollziehbar dargelegt, dass weder aufgrund der teilweisen Schwerhörigkeit noch aufgrund des Globus pharyngis oder der nicht objektivierbaren Schwindelbeschwerden eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vorliege. Dagegen kann auf die aufgrund des diagnostizierten dekompenzierten Tinnitus attestierte 40%ige Einschränkung nicht alleine abgestellt werden. Einerseits ist diese gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nur bedingt nachvollziehbar, zumal sich diese vor allem auf die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin abstützt. Andererseits ist in diesem Zusammenhang auf das Urteil des Bundesgerichts vom 8C\_175/2018 vom 27. September 2018 zu verweisen, worin festgehalten wurde, dass wenn ■ wie im vorliegenden Fall ■ keine organisch objektiv ausgewiesene Schädigung als Ursache für den Tinnitus erstellt ist, zur Beurteilung einer allfälligen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit praxismässig die Indikatorenprüfung im Sinne von BGE 141 V 281 vorzunehmen ist (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_433/2017 vom 13. März 2018 E. 4.9 mit Hinweis auf BGE 138 V 248). Des Weiteren ist vorliegend auch das Urteil des Bundesgerichts 8C\_498/2011 vom 3. Mai 2012 von Belang, worin das Bundesgericht den Tinnitus den psychiatrischen Einschränkungen zugeteilt hat. Das Bundesgericht hat darin seine Rechtsprechung zur Qualifikation des Tinnitus geändert. Im Gegensatz zur bisherigen Praxis geht es nicht mehr davon aus, dass Tinnitus ein körperliches Leiden oder zumindest (zwingend) auf eine körperliche Ursache zurückzuführen ist. Zur Beurteilung der Unfallkausalität des Tinnitus wird in der Folge die sog. «Psycho-Praxis» herangezogen (8C\_498/2011 vom 3. Mai 2012). Daraus kann folglich abgeleitet werden, dass die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit eines somatisch nicht objektivierbaren Tinnitus grundsätzlich nicht alleine durch einen ORL-Facharzt, sondern zusätzlich durch einen psychiatrischen Facharzt zu beurteilen ist. Auf das ORL-Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG kann somit bezüglich der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus den genannten Gründen nicht ohne Weiteres abgestellt werden.

6.1.5 Im psychiatrischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG (IV-Nr. 59.1, S. 57) wird ausgeführt, die Versicherte berichte über die klassischen Symptome einer mittelgradig depressiven Episode mit Antriebsarmut, Interessenverlust, Selbstwertverlust, Hoffnungslosigkeit, sozialem Rückzug und deprimierter Stimmungslage bis hin zu Ruhewünschen und psychogenem Appetitverlust. Die mittelgradig depressive Episode habe deutliche Auswirkungen auf das soziale Leben und das Berufsleben der Versicherten. Sodann führe die Sprachlosigkeit der Gefühle (Alexithymie) zu einer Somatisierungstendenz und Tendenz zur Chronifizierung von vorhandenen somatischen Schmerzen. Die chronische Schmerzstörung habe daher nebst somatischen Ursachen auch durchaus eine psychogene Komponente, was mit der Diagnose F45.40, anhaltende somatoforme Schmerzstörung beschrieben werden könne. Diese Schmerzen seien durch physiologische Prozesse oder körperliche Störungen nicht hinreichend erklärt. Auch wenn für die Versicherte eher die körperliche Ursache (schmerzbedingte Schonhaltungen, somatische Befunde) im Vordergrund stehe, könnten in der Untersuchung auch eine Verbindung der Schmerzen mit emotionalen Konflikten und psychosozialen Belastungen hergestellt werden: Z.B. habe die Versicherte Pausen benötigt, wenn emotionale Themen zur Sprache gekommen seien. Somit fehlten auch in der Gegenwart notwendige Werkzeuge zur Verarbeitung schwieriger emotionaler Situationen (z.B: Auszug des Sohnes, Neuausrichtung der eigenen Wünsche ohne Beruf). In diesem Überforderungserleben ziehe sich die Versicherte vermehrt zurück und reagiere depressiv, leide aber auch unter Anspannungen (sie zittere dann auch). Die eingenommenen Opiate (Targin) beruhigten zwar diese Gefühle und Ängste, zeigten aber auch ihre negativen Auswirkungen im Alltag (Rückzug ins Bett nach der Einnahme,

Konzentrationsprobleme, Müdigkeit, Gefühlsvermeidung, etc.). Aufgrund der Dauer und der Schwere der depressiven Erkrankung, sei aus psychiatrischer Sicht von einer längerfristigen Arbeitsunfähigkeit von 40 % für die letzte Tätigkeit und für eine leidensadaptierte Tätigkeit auszugehen. Diese Beurteilung gelte ab Gutachtensdatum. Die Diagnosen anhaltende somatoforme Schmerzstörung (F45.4) und Verdacht auf Opiatabhängigkeit (F11.25) bei regelmässigem Schmerzmittelgebrauch seien dagegen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

Wie unter E. II. 6.1.4 hiervor ausgeführt, bedürfte der im ORL-Teilgutachten diagnostizierte dekompenzierte Tinnitus einer Beurteilung der Arbeitsfähigkeit durch einen psychiatrischen Gutachter im Rahmen einer Indikatorenprüfung. Zwar wurde die betreffende Rechtsprechung erst mit Urteil des Bundesgerichts 9C\_433/2017 vom 13. März 2018 und damit nach Erlass des C.\_\_\_\_-Gutachtens vom 12. Juni 2017 eingeführt. Aber da der Sachverhalt vorliegend bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2020 zu berücksichtigen ist, ist diese Rechtsprechung dennoch anzuwenden. Somit kann mangels psychiatrischer Beurteilung der Tinnitus-Beschwerden auf das psychiatrische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG nicht abgestellt werden.

6.2 Sodann ist der Beweiswert des polydisziplinären D.\_\_\_\_-Gutachtens vom 25. März 2019 zu prüfen:

8.2.1 Sodann führte Dr. med. I.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, aufgrund der depressiven Störung sei die Explorandin allgemein vermindert belastbar, sie könne sich nicht ganztags genügend konzentrieren und benötige Erholungszeit. Die Angststörung könne mit verhaltenstherapeutischen Massnahmen gut angegangen werden, wie sich bei der letzten Hospitalisation gezeigt habe, zudem sei an eine Gewöhnung zu denken, wenn sich die Beschwerdeführerin an einen Arbeitsplatz und den Weg gewöhne, sodass aufgrund dieser Störung kein weiterer Einfluss abzuleiten sei. Es sei daher insgesamt von einer 50%igen Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen.

Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag.

Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern ■ wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung ■ besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des ■ unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen

(Ressourcen) andererseits ■ tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3):

1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3)

a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1)

-Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1)

-Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2)

-Komorbiditäten (E. 4.3.1.3)

b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2)

c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3)

2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4)

-gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1)

-behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2)

Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die Explorandin stehe in einer ambulanten Therapie, die etwa einmal monatlich oder in grösseren Abständen durchgeführt werde. Es handle sich daher nicht um eine intensive Therapie. Sie sei mittlerweile zweimal hospitalisiert worden und die Medikation habe erhöht werden müssen. Im Vorfeld habe sie eine niedrig dosierte antidepressive Medikation eingenommen. Grundsätzlich beteilige sich die Explorandin an den Therapiemassnahmen, ziehe sich aber teilweise auch zurück. Die bisherigen Behandlungsmassnahmen könnten als angemessen beurteilt werden, da mittlerweile ein langjähriger Verlauf bestehe und die Explorandin wohl zu wenig von den ambulanten Massnahmen profitieren könne. Immerhin habe sie bei der letzten stationären Behandlung profitiert, es habe objektiv, wie auch subjektiv eine deutliche Besserung erzielt werden können, die allerdings nicht angehalten habe, weswegen aktuell eine neue Hospitalisation erfolgt sei. Die Prognose sei daher noch ungewiss. Gestützt auf die vorstehenden gutachterlichen Ausführungen ist somit nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Bezüglich einer allfälligen Eingliederungsresistenz ist dem Gutachten sodann zu entnehmen, die Explorandin fühle sich nicht in der Lage, berufliche Massnahmen durchzuführen und fühle sich voll arbeitsunfähig, was aufgrund des psychischen Zustandes allerdings nicht nachvollzogen werden könne. Unter diesen Umständen seien berufliche Massnahmen nicht nutzbringend durchführbar, doch wären sie aufgrund des psychischen Zustandes möglich. Gestützt auf diese Ausführungen ist demnach auch eine Eingliederungsresistenz zu verneinen.

Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist

(BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich weist der psychiatrische Gutachter darauf hin, die Körperbeschwerden seien aus somatischer Sicht zum Grossteil nachvollziehbar, wenn auch nicht im genannten Ausmass und Ausprägung. Es bestehe eine Überlagerung durch den psychischen Zustand, wodurch die Beschwerden je nach momentanem Befinden stärker wahrgenommen würden. Es ist somit von einer ressourcenhemmenden Wirkung durch die vorhandenen Komorbiditäten auszugehen.

Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem psychiatrischen Gutachten zu den persönlichen Ressourcen der Beschwerdeführerin zu entnehmen, die Explorandin sei teilweise nicht genügend in der Lage, ihre Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen zu nutzen, dies je nach momentanem Befinden und den Angstgefühlen, wobei eine Tendenz zu Rückzug bestehe. Sie benötige sicher längere Erholungsphasen, doch sei die subjektive Beeinträchtigung im angegebenen Ausmass nicht nachvollziehbar. Die Persönlichkeit wirke eher unreif, ohne eine entsprechende Diagnose stellen zu können. Die Kooperation müsse eher hinterfragt werden, da sich die Explorandin allgemein sehr passiv und zurückhaltend verhalte. Die Explorandin habe teilweise Mühe, Termine einzuhalten aufgrund der Ängste, die aufträten, wenn sie das Haus verlasse. Sie sollte einfache Aufgaben strukturieren können. Die Flexibilität und Umstellfähigkeit sei eingeschränkt, da unbekannte Situationen schnell eine Verunsicherung und Ängste auslösten. Die fachlichen Kompetenzen sollte sie anwenden können. Es falle ihr schwer, selbständige Entscheidungen zu treffen oder sich ein Urteil zu bilden. Die Durchhaltefähigkeit sei aufgrund der psychomotorischen Hemmung und des Pausenbedarfs vermindert. Sie könne sich teilweise nicht adäquat selbstbehaupten, wirke stark fixiert auf sich selbst und sei teilweise nicht situationsadäquat. Die Kontaktfähigkeit sei vorhanden, doch ziehe sich die Umgebung wegen des umständlichen Verhaltens der Explorandin eher zurück. Die Gruppenfähigkeit sei leicht eingeschränkt aufgrund der verminderten Fähigkeit, auf die Umgebung einzugehen. Die Fähigkeit zur Selbstpflege sei erhalten. Die Verkehrs- und Wegefähigkeit an unbekannte Orten sei eingeschränkt und sie müsse begleitet werden aufgrund der Ängste. Sodann ist dem Gutachten hinsichtlich der sozialen Ressourcen der Beschwerdeführerin zu entnehmen, sie pflege familiäre Beziehungen, wobei sie sich tendenziell zurückziehe, intime Beziehungen habe sie seit Jahren nicht mehr aufgenommen. Es bestehe ein guter familiärer Rückhalt durch Kinder, die sich um sie kümmerten, auch zu einer Kollegin, Kontakte bestünden auch zu ihren Geschwistern, wenn auch telefonisch. Die Freundinnen hätten sich zurückgezogen. Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin eingeschränkte persönliche und zumindest überwiegend positive soziale Ressourcen vor.

Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermaßen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, es falle auf, dass die Explorandin während der Hospitalisation keine zentral wirkenden Analgetika benütze und nicht über mehr Schmerzen klage. Ängste seien zu Hause nicht vorhanden, einzig wenn hypnagoge Erscheinungen aufträten, fühle sie sich ängstlich. Sobald sie das Haus verlasse, leide sie unter Ängsten, auch unter vielen Menschen, sodass eine Agoraphobie anzunehmen sei. Demnach ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus nur teilweise zu bejahen.

Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der psychiatrische Gutachter aus, es falle auf, dass die Explorandin während der Hospitalisation keine zentral wirkenden Analgetika benütze und nicht über mehr Schmerzen klage. Grundsätzlich beteilige sich die Explorandin an den Therapiemassnahmen, ziehe sich aber teilweise auch zurück. Die bisherigen Behandlungsmassnahmen könnten als angemessen beurteilt werden, da mittlerweile ein langjähriger Verlauf bestehe und die Explorandin wohl zu wenig von den ambulanten Massnahmen profitieren könne. Zusammenfassend ist somit gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen.

11.1 Die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2020 angewandten Valideneinkommen sind unbestritten und denn auch nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit bei der Firma X. \_\_\_ SA aus gesundheitlichen Gründen verloren, weshalb bezüglich des Valideneinkommens auf die Angaben der Arbeitgeberin abzustellen ist (vgl. Arbeitgeberfragebogen; IV-Nr. 15). Dies ergibt für die relevanten Berechnungszeitpunkte folgende Valideneinkommen:

11.2 Da die Beschwerdeführerin die ihr noch zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt hat. Der angewandte Tabellenlohn TA1\_triage\_skill\_level, Total, Niveau 1 / Frauen ist ebenfalls nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Dies ergibt für die relevanten Berechnungszeitpunkte ■ vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 11.3 hiernach) ■ folgende Invalideneinkommen:

11.3 Wird das Invalideneinkommen ■ wie hier der Fall ■ auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des

Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb ■ cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

Sodann wird in den beweismässigen Gutachten zusammenfassend folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Zumutbar seien körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Über-Kopf-Arbeiten und ohne häufiges Bücken, wo eine Hebe- und Traglimite von 5 kg nicht überschritten werde (vgl. orthopädische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG und des D.\_\_\_\_). Die Möglichkeit, selbst eine Geräuschkulisse zu wählen sei bezüglich der Überdeckung des Tinnitus ideal. Wegen der subjektiven Gleichgewichtsstörungen sollten Tätigkeiten mit Absturzgefahr vermieden werden (vgl. ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_). Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_870/2011 vom 24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin erscheint aber insbesondere aufgrund des Tragelimits von

## **E. 2**

Es sei der Beschwerdeführerin auch ab 1. Juli 2016 eine ganze Invalidenrente, eventualiter eine Dreiviertelsinvalidenrente, eventualiter eine halbe Invalidenrente, eventualiter eine Viertelsinvalidenrente zuzusprechen.

## **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). 3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die

pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts vom 9. April 2008, 8C\_308/2007, E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen). Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Im Sozialversicherungsprozess tragen mithin die Parteien in der Regel die Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesenen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf Grund einer Beweiswürdigung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264, mit Hinweis).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 352 E. 3a). 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 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. Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 352 ff. E. 3b). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 104 V 212). Andererseits ist der Erfahrungstatsache Rechnung zu tragen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353).

#### **E. 4**

Unklarer ungerichteter Schwindel/Gehunsicherheit mit rezidivierendem Erbrechen persistierend (peripher vestibulär keine Pathologie erfassbar, im MRI Ausschluss einer

retrocochleären Pathologie)

## E. 5

kg und den Gehörbeschwerden zusätzlich eingeschränkt, so dass sich aufgrund dessen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigt. Somit ist der leidensbedingte Abzug ab Januar 2016 auf 5 % und ab Juli 2019 aufgrund der ab 2018 verfügbaren Tabelle T12\_b 2018 unter Einbezug des Abzugsgrunds «Aufenthaltskategorie» auf 10 % zu beziffern.

11.4 Damit ergeben sich folgende Invaliditätsgrade:

Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile des Bundesgerichts 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1).

Im vorliegenden Fall verlangte die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2016 eine ganze Invalidenrente, eventualiter eine Dreiviertelsinvalidenrente, eventualiter eine halbe Invalidenrente, eventualiter eine Viertelsinvalidenrente. Die Beschwerde wird aber lediglich teilweise gutgeheissen, indem die ganze Rente per 1. April 2016 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2019 eine halbe Rente zugesprochen wird. Diese Konstellation rechtfertigt gemäss vorgenannter Rechtsprechung keine Reduktion der Parteientschädigung.

12.1.2 Die von der Vertreterin eingereichten Kostennoten (A.S. 89 ff., 324 f., 403 ff. und 437 f.) weisen insgesamt einen Zeitaufwand von 2'388 Minuten (= 39.8 Stunden; 784 Minuten bzw. 13.06 Stunden bis 19. Oktober 2020; 918 Minuten bzw. 15.3 Stunden bis 30. November 2021; 452 Minuten bzw. 7.53 Stunden bis 9. Dezember 2022 und 234 Minuten bzw. 3.9 Stunden bis 26. April 2023) aus. Davon entfallen insgesamt 845 Minuten (= 14.08 Stunden) auf diverse Besprechungen (565 Minuten) und Telefonate (280 Minuten) mit der Beschwerdeführerin. Dies erscheint als viel zu hoch, einerseits im Hinblick auf vergleichbare Fälle, andererseits, weil diese Besprechungen nicht durchwegs in einen Zusammenhang mit der Vorbereitung von Rechtsschriften, dem Studium von Eingaben der Beschwerdegegnerin oder Verfügungen des Versicherungsgerichts gebracht werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint eine pauschale Kürzung um die Hälfte auf 423 Minuten als angemessen. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 1'966 Minuten bzw. 32,8 Stunden. Sodann stellen mehrere Positionen Kanzleiaufwand dar («Brief an Klientin», von der Vertreterin je mit einem Aufwand von 3 bzw. 5 Minuten veranschlagt; Fristerstreckungsgesuche, von der Vertreterin je mit einem Aufwand 5 bzw. 10 Minuten veranschlagt; Rücksendung von Empfangsbescheinigungen, von der Vertreterin je mit einem Aufwand von 1 bzw. 3 Minuten veranschlagt), der bereits im Stundenansatz

enthalten ist und praxisgemäss nicht gesondert entschädigt wird. Daran vermögen die Ausführungen der Vertreterin mit Eingabe vom 29. Oktober 2020 nicht zu ändern. Dies ergibt insgesamt einen weiteren Abzug von 3.3 Stunden. Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 7'375.00 (29.5 Std. à CHF 250.00).

Was die Auslagen von insgesamt CHF 1'130.00 betrifft, so beinhalten diese 1'647 Kopien à CHF 0.50 (s. dazu § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Dazu ist zu bemerken, dass die Vertreterin einen umfangreichen Beilagenordner eingereicht hat, der grossenteils Urkunden aus den IV-Akten enthält. Die Vertreterin musste als erfahrene Anwältin wissen, dass das Gericht die IV-Akten praxisgemäss von Amtes wegen einholt und damit die besagten Unterlagen in das Verfahren beizieht. Zwar ist es einem Rechtsvertreter nicht schlechterdings untersagt, Kopien aus den IV-Akten als Beschwerdebeilage einzureichen. Hier aber wurde das vertretbare Mass weit überschritten. Die zu vergütenden Kopien werden daher pauschal um 300 Stück gekürzt. Die zu vergütenden Auslagen betragen somit CHF 980.00.

Einschliesslich 7.7 % Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 8'998.35.

12.2 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 Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten.

12.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein bidisziplinäres Gutachten sowie ein psychiatrisches Obergutachten schliessen musste. Da das psychiatrische Teilgutachten der G.\_\_\_\_ in beweiswürdiger Hinsicht nicht verwertbar war, werden die diesbezüglichen Kosten von CHF 4'577.25 ([CHF 8'500.00 + CHF 654.50 MwSt.] : 2) vom Kanton Solothurn übernommen. Die übrigen Gutachterskosten von total CHF 11'333.40 (ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_ CHF 5'283.40 [CHF 4'577.25 + CHF 706.15 für apparative HNO-Untersuchungen]; Psychiatrisches Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ CHF 6'050.00) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen.

Demnach wird erkannt:

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Isch

## **E. 6**

Beckentiefstand rechts 1 cm

## **E. 7**

Senk-Spreizfuß beidseits

### **E. 7.2**

hiernach). 7.2 Im psychiatrischen Teilgutachten (A.S. 232 ff.) der G.\_\_\_\_ wurden keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt. Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Schmerzverarbeitungsstörung mit psychischen und somatischen Faktoren ICD-10 45.41 diagnostiziert. Weiter führte die Gutachterin hinsichtlich der Diagnosestellung aus, die Entwicklung einer chronischen Schmerzstörung sei in dieser somatischen Situation sehr häufig und daher plausibel. Ein Verdacht auf chronische Schmerzstörung (ICD-10 F45.41) sei von den P.\_\_\_\_ erstmals im Bericht vom 14. April 2016 erwähnt worden. Die zudem diagnostizierte leichte depressive Episode werde von der Schmerzstörung konsumiert. Im November 2016 werde vom Kompetenzzentrum Wirbelsäulenchirurgie des B.\_\_\_\_ von einem psychisch komplexen chronischen Schmerzsyndrom berichtet. Bereits hier sei also eine Dekompensation der psychischen Situation offensichtlich eingetreten. Da sich der aufrechterhaltende somatische Leidensdruck zwar verändere, aber bis heute nicht wesentlich gebessert habe, sei plausibel, dass auch in den folgenden Berichten von einem Schmerzsyndrom berichtet worden sei. Im weiteren Verlauf werde im C.\_\_\_\_-Gutachten von 12. Juni 2017 eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung F45.4 diagnostiziert. Die genauere Bezeichnung sei hier die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41. Diese sei als Diagnose ohne Einfluss auf die Leistungsfähigkeit eingeschätzt worden. Im folgenden Gutachten des D.\_\_\_\_ vom 25. März 2019 sei dies so bestätigt worden. Unter den Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit sei eine leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0) und eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) genannt worden. Diese Diagnose und ihr Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit würden aus gutachterlicher Sicht heute bestätigt. Dies aus folgenden Gründen: Die Versicherte habe im Rahmen ihrer soziokulturellen Situation die verfestigte Selbstüberzeugung entwickelt, unheilbar krank und pflegebedürftig zu sein. Der Verlust der sozialen Kontakte bei der Arbeit könne nicht einfach durch eine andere Gruppe, wie z.B. eine Hobby-Koch Gruppe, ersetzt werden, da hier eine gewisse Anpassungsfähigkeit erwartet werde. Infolgedessen habe sie sich auf ihre Familie zurückgezogen. Ihre Ressourcen seien bisher aus psychiatrischer Sicht nicht ausreichend genutzt worden. Beispielsweise sei es theoretisch möglich, sie durch ein geeignetes Setting aus dem Rahmen der Familie herauszunehmen und ihr damit eine andere soziale Rolle anzubieten. Dies könne z.B. in ambulanten Selbsthilfe-Gruppen geschehen. Aus der Praxis sei bekannt, dass dies zu vermehrter sozialer Teilhabe führe, das Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl wieder steigere und den Fokus wieder mehr auf das Leben ausserhalb der Patientenrolle lenke. Aus rein psychiatrischer Sicht sei es also medizinisch-theoretisch möglich, die psychosozialen Probleme in der Familie massgeblich zu verbessern. Somit liege auch kein invalidisierendes psychisches Leiden vor. Sodann setzte sich die Gutachterin mit den von der Beschwerdeführerin geschilderten Halluzinationen auseinander: Bei den von der

Beschwerdeführerin geschilderten taktilen Halluzinationen – nachts von einem Geist gewürgt zu werden – könne es sich um hypnagoge Halluzinationen, um sonstige Einbildungen oder um taktile Halluzinationen im Rahmen einer psychotischen Erkrankung handeln. Wenn unklar bleibe, ob die Wahrnehmungen mit dem Einschlafen verbunden seien, spiele die Häufigkeit des Auftretens eine Rolle. Hypnagoge Halluzinationen träten nicht mit der gleichen Regelmässigkeit auf wie psychotische Wahrnehmungen. Opiathaltige Schmerzmittel und andere Substanzen begünstigten das Auftreten von taktilen Halluzinationen. Hypnagoge Halluzinationen stünden in keinem Zusammenhang mit sonstigen psychotischen Symptomen. Differentialdiagnostisch sei hier durchaus an eine Aggravation zu denken. Diese gehe aber nicht mit dem Phänomen des dissoziierten Blickes und den Denkstörungen einher und würde wohl erwarten lassen, dass die Angehörigen situative Schwankungen dieses Verhaltens und ein demonstratives Verhalten berichten würden. Im Kontext der Aktenlage und der Anamnese, insbesondere des Verhaltens der Versicherten während der Untersuchung, seien die geschilderten Wahrnehmungen und auch das demonstrative Schmerz- und Schwindelgebaren eher psychodynamisch und soziokulturell einzuordnen. Dies aus folgenden Gründen: Angesichts der sehr langen und intensiven Leidensgeschichte sei die Explorandin im Lauf der Jahre in eine ausweglose Situation innerhalb der Familie geraten. Diese Dynamik sei in der klinischen Praxis nicht selten zu beobachten. Oft entwickle sich in der Familie eine Resignation gegenüber den chronifizierten Problemen des betroffenen Familienmitgliedes, was zu einem Nachlassen der Aufmerksamkeit, gleichzeitig Schuldgefühlen und manchmal auch zu wütender Frustration ihm gegenüber führen könne. Dies führe dazu, dass sich der Betroffene wegen seines Leidens immer mehr von der Gruppe zurückziehe und gleichzeitig hohe Aufmerksamkeit von jedem einzelnen in der Familie fordere. Die nachlassende Aufmerksamkeit sei für den Betroffenen immer schwerer erträglich, weil Isolation auch fehlende Ablenkungsmöglichkeiten vom Leiden und reduzierte Ressourcennutzung bedeute. Oft entwickle sich daraus das sogenannte Schmerzgebaren und eine Schmerzausweitung, um die Aufmerksamkeit aufrecht zu erhalten und das eigene passiv-zurückgezogene Verhalten zu rechtfertigen. Diese Dynamik lasse sich auch bei der Familie der Explorandin nachvollziehen: Nach jahrelanger anstrengender beruflicher Tätigkeit sei eine Situation eingetreten, in der sie durch die Rückenproblematik nicht nur beruflich arbeitsunfähig, sondern auch im Haushalt immer weniger leisten könne, so dass sie ihre Rolle in der Familie nicht mehr ausüben und behaupten könne. Um nicht in der Familie emotional «vergessen» zu werden, habe sie kompensatorisch ein zunehmendes Verlangen nach Aufmerksamkeit und Zuwendung gezeigt. Um diese über die Monate und inzwischen Jahre aufrecht zu erhalten, versuche sie offenbar diese durch immer neue und beängstigendere Symptompräsentation, bis hin zu den geschilderten psychotisch wirkenden Wahrnehmungen, aufrecht zu erhalten. Aus rein versicherungspsychiatrischer Sicht sei diese Dynamik eine psychosoziale Folge der Schmerzstörung, ohne eigenen Krankheitswert. Des Weiteren hielt die Gutachterin hinsichtlich des Einflusses der genannten Diagnose auf die Arbeitsfähigkeit fest, die Versicherte verfüge über wenig emotionale Ressourcen, um eigene Lösungskonzepte zu erarbeiten oder Angebote hierzu (stationärer Aufenthalt) anzunehmen. Die Hemmnislage (Schmerzen, fehlende Tagesstruktur, Probleme in der Familie) überwiege die Ressourcen (Berufserfahrung, familiäre Unterstützungsbereitschaft) deutlich. Eine eigenständige psychiatrische Erkrankung liege nicht vor. Die Hauptdiagnose lautet daher Chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren (ICD-10 F45.41). Diese habe aufgrund der

medizinisch-theoretisch vorhandenen, noch auszuschöpfenden Therapie Optionen keinen invalidisierenden Charakter und werde somit als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gewertet. In den gutachterlichen Vorbeurteilungen vom 2017 und 2019 herrsche Einigkeit über die Diagnose. Diese könne auch an dieser Stelle bestätigt werden. Die Angaben zum Leiden und das Verhalten seien grundsätzlich konsistent aber auch stark verdeutlicht, appellativ gewesen. Der Verlauf der Untersuchung sei besonders durch deutlich demonstrierte, angebliche wahnhaftige Wahrnehmungen der Umgebung beeinträchtigt worden. Die Kommunikation sei schwierig gewesen, da die Beschwerdeführerin repetitiv ihre Überzeugungen von angeblichen Wahnphänomenen kundgetan und sich nur begrenzt auf das Gespräch eingelassen habe. Es ergäben sich zahlreiche Hinweise auf Inkonsistenzen (Mobilität), Aggravation (angebliche Wahnwahrnehmungen) und Verdeutlichung (groteske Verdeutlichung der Muskelverspannungen). Die Glaubwürdigkeit sei dadurch erheblich herabgesetzt. Die Angaben seien vor dem Hintergrund der psychosozialen Belastungen, insbesondere ihren zum Teil bewusstseinsnahen Bemühungen um Aufmerksamkeit der Familie, erklärbar und somit im weiten Sinne plausibel. Aus rein psychiatrischer Sicht könne die Versicherte 8,4 Stunden in der angestammten Tätigkeit arbeiten, im Verlauf sei keine Änderung der Arbeitsfähigkeit vor und nach dem 10. Juli 2020 zu erkennen. Es sei davon auszugehen, dass die psychischen Beschwerden und das auffällige appellative Verhalten schon seit Beginn der Symptome der chronischen Schmerzstörung, also im 2016, durch sozialtherapeutische Massnahmen hätte positiv beeinflusst werden können. Heute sei die Krankheitsüberzeugung der Versicherten sehr verfestigt, aber bei gegebener Motivation und Veränderungsbereitschaft und Hilfestellung wären die Beschwerden medizinisch-theoretisch besserbar. Ein relevanter und invalidisierender Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei über den ganzen Krankheitsverlauf daher zu verneinen. Bezüglich des Beweiswertes des psychiatrischen Teilgutachtens der G. \_\_\_ ist festzuhalten, dass dieses beträchtliche Mängel aufweist, weshalb darauf nicht abgestellt werden kann. Wie die Beschwerdeführerin diesbezüglich zu Recht rügt, findet im psychiatrischen Teilgutachten der G. \_\_\_ faktisch keine Auseinandersetzung mit den von den früheren Gutachtern der C. \_\_\_ AG und des D. \_\_\_ sowie den behandelnden Psychiatern gestellten Diagnosen einer mittelgradigen bzw. leichten depressiven Episode mit bzw. ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit statt. Zudem werden die im Gutachten erhobenen Befunde nicht daraufhin geprüft, ob die Kriterien für das Vorliegen einer Depression erfüllt sind, was angesichts dessen, dass in den Vorgutachten sowie von den behandelnden Psychiatern jeweils depressive Episoden diagnostiziert wurden, nicht nachvollziehbar ist. Des Weiteren fehlt es im psychiatrischen Teilgutachten der G. \_\_\_ an einer Bezifferung der aktuellen, tatsächlichen Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Eine solche Beurteilung wird offengelassen, indem die Gutachterin argumentiert, wenn sich die Versicherte richtig behandeln liesse, wäre sie in ihrer früheren Tätigkeit 100 % arbeitsfähig. Jedoch beantwortet die psychiatrische Gutachterin die Frage nach der aktuellen Arbeitsfähigkeit ohne durchgeführte Therapie nicht. Alleine der Umstand, dass die Diagnose der chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41) von der Gutachterin als grundsätzlich therapierbar angesehen wird, reicht es als Begründung nicht aus, um daraus ohne Weiteres zu schliessen, diese Diagnose habe keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich vermag auch die von der psychiatrischen Gutachterin vorgenommene rückblickende Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit nicht zu überzeugen. Diesbezüglich stellt sie sich auf den

Standpunkt, schon seit Beginn der Symptome der chronischen Schmerzstörung, also im 2016, hätten diese durch sozialtherapeutische Massnahmen positiv beeinflusst werden können. Ein relevanter und invalidisierender Einfluss auf die berufliche Leistungsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht sei über den ganzen Krankheitsverlauf daher zu verneinen. Diese Ausführungen erscheinen im Lichte der vorgehenden Erwägungen – insbesondere aufgrund dessen, dass sowohl im C.\_\_\_\_-Gutachten als auch von den behandelnden Psychiatern psychiatrische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurden – nicht ohne Weiteres nachvollziehbar, zumal die Gutachterin der ihre diesbezügliche Beurteilung wiederum ohne Auseinandersetzung mit den Vorakten vorgenommen hat und nicht nachvollziehbar begründet. Zusammenfassend kann auf das psychiatrische Teilgutachten der G.\_\_\_\_ nicht abgestellt werden, womit sich Ausführungen zur ergänzenden Stellungnahme der psychiatrischen Gutachterin vom 23. Oktober 2021, worin sie unter anderem eine Indikatorenprüfung bezüglich des diagnostizierten Tinnitus vornimmt, erübrigen. Somit kommt das Versicherungsgericht nicht umhin, weitere Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens zu veranlassen. Da das ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_ aber in allen Punkten überzeugt (s. E. II. 7.1 hiervor), wird nur ein psychiatrisches Obergutachten eingeholt. 8. Das aufgrund der vorgenannten Unklarheiten vom Versicherungsgericht eingeholte psychiatrische Obergutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 26. September 2022 (A.S. 368 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von einem unabhängigen Facharzt, welcher die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert hat. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 8.1 Dr. med. I.\_\_\_\_ stellte in seinem psychiatrischen Gutachten folgende Diagnosen: - Depressive Störung mittelgradiger Ausprägung (F33.1) - Agoraphobie (F40.0) DD Generalisierte Angststörung (F41.1) - Schmerzstörung mit psychischen und körperlichen Faktoren (45.41) In der Folge begründete der Gutachter die von ihm gestellten Diagnosen gestützt auf seine Befunderhebung in nachvollziehbarer Weise: Bei der Explorandin bestünden Stimmungseinschränkungen in mehr oder weniger starkem Ausmass, doch könne nicht von einer schwergradig eingeschränkten Stimmung ausgegangen werden. Ein kompletter Interessenverlust bestehe nicht, doch eine Einschränkung der Freudfähigkeit. Sie gebe eine Verminderung des Antriebes an und erhöhte Ermüdbarkeit, sie ruhe sich tagsüber aus, leide aber nachts unter Durchschlafschwierigkeiten. Hinweise auf kognitive Störungen könnten nicht gefunden werden, das Selbstwertgefühl sei eher vermindert, kein Gefühl von Wertlosigkeit, es bestehe eine eher negativistische Haltung, Suizidgedanken bestünden keine, keine Appetitverminderung. Die Explorandin sei gut in der Lage, ihren Zustand, respektive die Umstände darzulegen, habe allerdings grosse Mühe, ihren psychischen Zustand zu beschreiben und sei daher auf Äusserlichkeiten fixiert. Dies dürfte die Folge einer Alexithymie sein, wodurch sie die körperlichen Beschwerden stärker in den Vordergrund rücke. Die Körperbeschwerden seien aus somatischer Sicht zum Grossteil nachvollziehbar, wenn auch nicht im genannten Ausmass und Ausprägung. Es bestehe eine Überlagerung durch den psychischen Zustand, wodurch die Beschwerden je nach momentanem Befinden stärker wahrgenommen würden. Es falle zudem auf, dass die Explorandin während der Hospitalisation keine zentral wirkenden Analgetika benütze und nicht über mehr Schmerzen klage. Die Explorandin beklage sich über Tinnitus-Beschwerden, wirke aber in der Untersuchung nicht beeinträchtigt. Diese Beschwerden seien vor allem abends in Ruhe sehr störend vorhanden, weswegen anzunehmen sei, dass tagsüber der Tinnitus wohl vorhanden sei, doch in einem wenig

störenden Ausmass. Es sei typisch, dass Tinnitus-Beschwerden eher in der Ruhe verstärkt wahrgenommen würden. Mit spezifischen Methoden könne der Umgang mit diesen Beschwerden gebessert werden. Von der Explorandin sei nicht in Erfahrung zu bringen gewesen, dass entsprechende Massnahmen durchgeführt worden seien. In diesem Sinn könne dadurch auch keine wesentliche Beeinträchtigung im Alltag angenommen werden. Aufgrund der heutigen Untersuchung müsse neu eine Angstproblematik angenommen werden, die bisher nie erwähnt worden sei. Ängste seien zu Hause nicht vorhanden, einzig, wenn hypnagoge Erscheinungen aufträten, fühle sie sich ängstlich. Sobald sie das Haus verlasse, leide sie unter Ängsten, auch unter vielen Menschen, sodass eine Agoraphobie anzunehmen sei. Aufgrund der nur ungenügend von ihr zu erhaltenen Angaben werde differentialdiagnostisch eine generalisierte Angststörung in Betracht gezogen. Es sei schwierig die Persönlichkeit unter diesen Aspekten zu beurteilen, da von der Explorandin selbst wenig aus ihrem inneren Erleben erfahren werden könne. Die Angaben in den Unterlagen seien zudem auch eher knapp. Sie wirke im Verhalten dramatisierend, insbesondere auch unreif. Die aktuelle Untersuchung reiche allerdings nicht aus, um eine Persönlichkeitsproblematik annehmen zu können. Die Explorandin gebe unterschiedliche Einschränkungen im Alltag und ihren Aktivitäten an. Sie meine, dass sie nach der letzten Hospitalisation in der Lage gewesen sei, wieder Licht in die Wohnung zu lassen und spazieren zu gehen, was sie dann irgendwann wieder aufgegeben habe und sich eingeschlossen habe. Sie gehe wenigen Interessen nach, schaue einzig viel fern und ziehe sich allgemein zurück, es bestünden allenfalls Kontakte im näheren Umfeld. Sie führe eine Therapie durch, vermöge aber nur wenig davon zu profitieren. Die Explorandin sei nicht in der Lage, ihren psychischen Zustand zu beschreiben. Die angegebenen Beschwerden und Funktionseinbussen liessen sich nur schwer im angegebenen Ausmass nachvollziehen. Die affektive Störung sei nicht derart gravierend, als sie dadurch psychomotorisch oder kognitiv beeinträchtigt wäre.

## **E. 8**

Anamnestisch gastroösophageale Refluxkrankheit, unter PPI symptomarm

### **E. 8.2**

8.2.1 Sodann führte Dr. med. I.\_\_\_\_ hinsichtlich der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin aus, aufgrund der depressiven Störung sei die Explorandin allgemein vermindert belastbar, sie könne sich nicht ganztags genügend konzentrieren und benötige Erholungszeit. Die Angststörung könne mit verhaltenstherapeutischen Massnahmen gut angegangen werden, wie sich bei der letzten Hospitalisation gezeigt habe, zudem sei an eine Gewöhnung zu denken, wenn sich die Beschwerdeführerin an einen Arbeitsplatz und den Weg gewöhne, sodass aufgrund dieser Störung kein weiterer Einfluss abzuleiten sei. Es sei daher insgesamt von einer 50%igen Einschränkung in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Somit ist im Weiteren zu prüfen, ob die vom psychiatrischen Gutachter attestierte Arbeitsfähigkeit von 50 % im Lichte der gemäss bundesgerichtlichen Rechtsprechung vorzunehmenden Indikatorenprüfung ebenfalls zu überzeugen vermag. Grundsätzlich sind sämtliche psychische Erkrankungen einem strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 zu unterziehen (BGE 143 V 418). Der Beweiswert der gutachterlichen Ausführungen im psychiatrischen Gutachten setzt also im Weiteren voraus, dass die im entsprechenden Entscheid aufgestellten Kriterien abgehandelt werden. Gemäss dem Urteil BGE 141 V 281 soll der Gutachter stärker darauf achten, die Diagnosen so zu begründen, dass die Rechtsanwender nachvollziehen können, ob die

klassifikatorischen Vorgaben nach ICD-10 tatsächlich eingehalten sind (Urteil E. 2.1); das Augenmerk ist namentlich auch auf Ausschlussgründe wie Aggravation zu richten (E. 2.2). Bei den psychosomatischen Beschwerdebildern – wie beispielsweise bei der somatoformen Schmerzstörung – besteht zudem keine Vermutung mehr, dass solche mit einer Willensanstrengung überwunden werden können, wovon nur abgewichen werden darf, wenn die sog. Förster-Kriterien erfüllt sind. Neu wird ein strukturierter, normativer Prüfungsraster angewandt (E. 3.6). Anhand eines Kataloges von Indikatoren erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des – unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits – tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (E. 4.1.3): 1) Kategorie «funktioneller Schweregrad» (E. 4.3) a) Komplex «Gesundheitsschädigung» (E. 4.3.1) - Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde (E. 4.3.1.1) - Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz (E. 4.3.1.2) - Komorbiditäten (E. 4.3.1.3) b) Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsdiagnostik, persönliche Ressourcen; E. 4.3.2) c) Komplex «Sozialer Kontext» (E. 4.3.3) 2) Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens; E. 4.4) - gleichmässige Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen (E. 4.4.1) - behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck (E. 4.4.2) Bei der Anspruchsprüfung nach BGE 141 V 281 ist zunächst auf die Ausprägung der diagnoserelevanten Befunde einzugehen. Diesbezüglich wurde im psychiatrischen Gutachten ausgeführt, bei der Explorandin bestünden Stimmungseinschränkungen in mehr oder weniger starkem Ausmass, doch könne nicht von einer schwergradig eingeschränkten Stimmung ausgegangen werden. Ein kompletter Interessenverlust bestehe nicht, doch eine Einschränkung der Freudfähigkeit. Sie gebe eine Verminderung des Antriebes an und erhöhte Ermüdbarkeit, sie ruhe sich tagsüber aus, leide aber nachts unter Durchschlafschwierigkeiten. Hinweise auf kognitive Störungen könnten nicht gefunden werden, das Selbstwertgefühl sei eher vermindert, kein Gefühl von Wertlosigkeit, es bestehe eine eher negativistische Haltung, Suizidgedanken bestünden keine, keine Appetitverminderung. Die Explorandin sei gut in der Lage, ihren Zustand, respektive die Umstände darzulegen, habe allerdings grosse Mühe, ihren psychischen Zustand zu beschreiben und sei daher auf Äusserlichkeiten fixiert. Dies dürfte die Folge einer Alexithymie sein, wodurch sie die körperlichen Beschwerden stärker in den Vordergrund drücke. Die Körperbeschwerden seien aus somatischer Sicht zum Grossteil nachvollziehbar, wenn auch nicht im genannten Ausmass und Ausprägung. Es bestehe eine Überlagerung durch den psychischen Zustand, wodurch die Beschwerden je nach momentanem Befinden stärker wahrgenommen würden. Sodann beklage sich die Beschwerdeführerin über Tinnitus-Beschwerden, wirke aber in der Untersuchung nicht beeinträchtigt. Diese Beschwerden seien vor allem abends in Ruhe sehr störend vorhanden, weswegen anzunehmen sei, dass tagsüber der Tinnitus wohl vorhanden sei, doch in einem wenig störenden Ausmass. Es sei typisch, dass Tinnitus-Beschwerden eher in der Ruhe verstärkt wahrgenommen würden. Mit spezifischen Methoden könne der Umgang mit diesen Beschwerden gebessert werden. Von der Explorandin sei nicht in Erfahrung zu bringen gewesen, dass entsprechende Massnahmen durchgeführt worden seien. In diesem Sinn könne dadurch auch keine wesentliche Beeinträchtigung im Alltag angenommen werden. Des Weiteren habe die Beschwerdeführerin angegeben, dass sie, sobald sie das Haus verlasse, unter Ängsten leide, auch unter vielen Menschen, sodass eine Agoraphobie anzunehmen sei. Hinsichtlich des Indikators Behandlungs- und Eingliederungserfolg resp. -resistenz ist dem Gutachten zu entnehmen, die Explorandin stehe in einer ambulanten

Therapie, die etwa einmal monatlich oder in grösseren Abständen durchgeführt werde. Es handle sich daher nicht um eine intensive Therapie. Sie sei mittlerweile zweimal hospitalisiert worden und die Medikation habe erhöht werden müssen. Im Vorfeld habe sie eine niedrig dosierte antidepressive Medikation eingenommen. Grundsätzlich beteilige sich die Explorandin an den Therapiemassnahmen, ziehe sich aber teilweise auch zurück. Die bisherigen Behandlungsmassnahmen könnten als angemessen beurteilt werden, da mittlerweile ein langjähriger Verlauf bestehe und die Explorandin wohl zu wenig von den ambulanten Massnahmen profitieren könne. Immerhin habe sie bei der letzten stationären Behandlung profitiert, es habe objektiv, wie auch subjektiv eine deutliche Besserung erzielt werden können, die allerdings nicht angehalten habe, weswegen aktuell eine neue Hospitalisation erfolgt sei. Die Prognose sei daher noch ungewiss. Gestützt auf die vorstehenden gutachterlichen Ausführungen ist somit nicht von einer Behandlungsresistenz auszugehen. Bezüglich einer allfälligen Eingliederungsresistenz ist dem Gutachten sodann zu entnehmen, die Explorandin fühle sich nicht in der Lage, berufliche Massnahmen durchzuführen und fühle sich voll arbeitsunfähig, was aufgrund des psychischen Zustandes allerdings nicht nachvollzogen werden könne. Unter diesen Umständen seien berufliche Massnahmen nicht nutzbringend durchführbar, doch wären sie aufgrund des psychischen Zustandes möglich. Gestützt auf diese Ausführungen ist demnach auch eine Eingliederungsresistenz zu verneinen. Mit Blick auf den Indikator der Komorbidität ist zu prüfen, ob und bejahendenfalls inwieweit sich diese ressourcenhemmend auf die versicherte Person auswirkt. Erforderlich ist eine Gesamtbetrachtung der Wechselwirkungen und sonstigen Bezüge der psychiatrischen Diagnosen zu sämtlichen begleitenden krankheitswertigen Störungen. Das strukturierte Beweisverfahren, wie es in BGE 141 V 281 definiert wurde, steht einer Aufteilung von Einbussen auf einzelne Leiden entgegen, da es auf einer ergebnisoffenen Gesamtbetrachtung in Berücksichtigung der Wechselwirkungen basiert. Störungen fallen unabhängig von ihrer Diagnose bereits dann als rechtlich bedeutsame Komorbidität in Betracht, wenn ihnen im konkreten Fall ressourcenhemmende Wirkung beizumessen ist (BGE 143 V 418 E. 8.1 am Ende S. 430). Diesbezüglich weist der psychiatrische Gutachter darauf hin, die Körperbeschwerden seien aus somatischer Sicht zum Grossteil nachvollziehbar, wenn auch nicht im genannten Ausmass und Ausprägung. Es bestehe eine Überlagerung durch den psychischen Zustand, wodurch die Beschwerden je nach momentanem Befinden stärker wahrgenommen würden. Es ist somit von einer ressourcenhemmenden Wirkung durch die vorhandenen Komorbiditäten auszugehen. Zu der Kategorie «funktioneller Schweregrad» ist unter anderem der Komplex «Persönlichkeit» (Persönlichkeitsentwicklung und -struktur, grundlegende psychische Funktionen) zu zählen. Innerhalb der Kategorie «funktioneller Schweregrad» bestimmt ferner auch der Komplex «Sozialer Kontext» mit darüber, wie sich die (kausal allein massgeblichen) Auswirkungen der Gesundheitsbeeinträchtigung konkret manifestieren. Dazu ist zweierlei festzuhalten: Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie nach wie vor ausgeklammert (vgl. BGE 127 V 294 E. 5a S. 299 f.). Andererseits hält der Lebenskontext einer versicherten Person auch (mobilisierbare) Ressourcen bereit, so die Unterstützung, die ihr im sozialen Netzwerk zuteil wird. Immer ist sicherzustellen, dass gesundheitlich bedingte Erwerbsunfähigkeit zum einen (Art. 4 Abs. 1 IVG) und nicht versicherte Erwerbslosigkeit oder andere belastende Lebenslagen zum andern nicht ineinander aufgehen; alles andere widerspräche der klaren gesetzgeberischen Regelungsabsicht (BGE 141 V 281 E. 4.3.3 S. 303). Diesbezüglich ist dem psychiatrischen Gutachten zu den persönlichen Ressourcen der

Beschwerdeführerin zu entnehmen, die Explorandin sei teilweise nicht genügend in der Lage, ihre Fähigkeiten, Möglichkeiten und Ressourcen zu nutzen, dies je nach momentanem Befinden und den Angstgefühlen, wobei eine Tendenz zu Rückzug bestehe. Sie benötige sicher längere Erholungsphasen, doch sei die subjektive Beeinträchtigung im angegebenen Ausmass nicht nachvollziehbar. Die Persönlichkeit wirke eher unreif, ohne eine entsprechende Diagnose stellen zu können. Die Kooperation müsse eher hinterfragt werden, da sich die Explorandin allgemein sehr passiv und zurückhaltend verhalte. Die Explorandin habe teilweise Mühe, Termine einzuhalten aufgrund der Ängste, die aufträten, wenn sie das Haus verlasse. Sie sollte einfache Aufgaben strukturieren können. Die Flexibilität und Umstellfähigkeit sei eingeschränkt, da unbekannte Situationen schnell eine Verunsicherung und Ängste auslösten. Die fachlichen Kompetenzen sollte sie anwenden können. Es falle ihr schwer, selbständige Entscheidungen zu treffen oder sich ein Urteil zu bilden. Die Durchhaltefähigkeit sei aufgrund der psychomotorischen Hemmung und des Pausenbedarfs vermindert. Sie könne sich teilweise nicht adäquat selbstbehaupten, wirke stark fixiert auf sich selbst und sei teilweise nicht situationsadäquat. Die Kontaktfähigkeit sei vorhanden, doch ziehe sich die Umgebung wegen des umständlichen Verhaltens der Explorandin eher zurück. Die Gruppenfähigkeit sei leicht eingeschränkt aufgrund der verminderten Fähigkeit, auf die Umgebung einzugehen. Die Fähigkeit zur Selbstpflege sei erhalten. Die Verkehrs- und Wegefähigkeit an unbekannte Orten sei eingeschränkt und sie müsse begleitet werden aufgrund der Ängste. Sodann ist dem Gutachten hinsichtlich der sozialen Ressourcen der Beschwerdeführerin zu entnehmen, sie pflege familiäre Beziehungen, wobei sie sich tendenziell zurückziehe, intime Beziehungen habe sie seit Jahren nicht mehr aufgenommen. Es bestehe ein guter familiärer Rückhalt durch Kinder, die sich um sie kümmerten, auch zu einer Kollegin, Kontakte bestünden auch zu ihren Geschwistern, wenn auch telefonisch. Die Freundinnen hätten sich zurückgezogen. Zusammenfassend liegen demnach bei der Beschwerdeführerin eingeschränkte persönliche und zumindest überwiegend positive soziale Ressourcen vor. Der Indikator einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen der Kategorie «Konsistenz» (Gesichtspunkte des Verhaltens) zielt auf die Frage ab, ob die diskutierte Einschränkung in Beruf und Erwerb (bzw. bei Nichterwerbstätigen im Aufgabenbereich) einerseits und in den sonstigen Lebensbereichen (beispielsweise Freizeitgestaltung) andererseits gleichermassen ausgeprägt ist (BGE 141 V 281 E. 4.4.1 S. 303 f.). Diesbezüglich ist dem Gutachten zu entnehmen, es falle auf, dass die Explorandin während der Hospitalisation keine zentral wirkenden Analgetika benütze und nicht über mehr Schmerzen klage. Ängste seien zu Hause nicht vorhanden, einzig wenn hypnagoge Erscheinungen aufträten, fühle sie sich ängstlich. Sobald sie das Haus verlasse, leide sie unter Ängsten, auch unter vielen Menschen, sodass eine Agoraphobie anzunehmen sei. Demnach ist das Vorliegen einer gleichmässigen Einschränkung des Aktivitätenniveaus nur teilweise zu bejahen. Der in die gleiche Kategorie («Konsistenz») fallende Aspekt des behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesenen Leidensdrucks betrifft die Frage nach der Inanspruchnahme von therapeutischen Optionen. Das Ausmass, in welchem Behandlungen wahrgenommen oder eben vernachlässigt werden, weist (ergänzend zum Gesichtspunkt Behandlungs- und Eingliederungserfolg oder -resistenz [vgl. E. 4.1.2 hiervor]) im Regelfall auf den tatsächlichen Leidensdruck hin (BGE 141 V 281 E. 4.4.2 S. 304). Diesbezüglich führte der psychiatrische Gutachter aus, es falle auf, dass die Explorandin während der Hospitalisation keine zentral wirkenden Analgetika benütze und nicht über mehr Schmerzen klage. Grundsätzlich beteilige sich die Explorandin an den

Therapiemassnahmen, ziehe sich aber teilweise auch zurück. Die bisherigen Behandlungsmassnahmen könnten als angemessen beurteilt werden, da mittlerweile ein langjähriger Verlauf bestehe und die Explorandin wohl zu wenig von den ambulanten Massnahmen profitieren könne. Zusammenfassend ist somit gestützt auf die gutachterlichen Ausführungen von einem mittelgradigen Leidensdruck auszugehen. 8.2.2 Gestützt auf die obigen Erwägungen ergibt sich, dass das psychiatrische Gutachten genügend Aufschluss über die massgeblichen Indikatoren, die gemäss der bundesgerichtlichen Rechtsprechung zu berücksichtigen sind, gibt. Insgesamt erweisen sich die darin postulierten funktionellen Auswirkungen der medizinisch festgestellten psychischen Beeinträchtigungen damit als erstellt. Gestützt auf die einleuchtende Begründung der Diagnosestellung (s. E. II. 8.1 hiervor) und die vorgehende Indikatorenprüfung vermag auch die gutachterliche Einschätzung einer 50%igen Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit zu überzeugen. Wie Dr. med. I. \_\_\_ in seiner Stellungnahme vom 10. März 2023 (s. E. II. 8.2.3 hiernach) ergänzend darlegte, gilt diese Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auch in der bisherigen Tätigkeit. 8.2.3 Nachfolgend ist der Beweiswert der ergänzenden Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_ vom 10. März 2023 (A.S. 424 ff.), worin dieser eine Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit vornahm, zu prüfen. Dr. med. I. \_\_\_ führte darin aus, da das Gutachten C. \_\_\_ bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht nicht berücksichtigt werden solle, müsse die vorgängige Aktenlage konsultiert werden. Es lasse sich aber aus psychiatrischer Sicht kein Bericht finden, der zur Arbeitsfähigkeit zum damaligen Zeitpunkt nachvollziehbar Stellung nimmt. Durch die P. \_\_\_ sei im April 2016 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden, obwohl die Behandlung seit 7. August 2014 durchgeführt worden sei. Es stehe in der Folge einzig das Schreiben von Dr. R. \_\_\_ vom 11. Juni 2018 zur Verfügung, in welchem eine generelle dauerhafte Arbeitsunfähigkeit von 100 % angenommen worden sei. Er weise allerdings auf die körperliche Problematik hin, zudem werde eine teilweise Remission der depressiven Störung erwähnt, die er als Folge der Schmerzstörung interpretiere, weswegen diese Einschränkung der Arbeitsfähigkeit nicht nachvollziehbar sei, da er vor allem auf die körperliche Problematik Rücksicht nehme und die Teilremission der Depression nicht berücksichtige. Es sei demnach auch zu diesem Zeitpunkt keine klare Stellungnahme aus psychiatrischer Sicht vorliegend. Sodann solle das weitere Gutachten der D. \_\_\_ vom 25. März 2019 aus psychiatrischer Sicht ebenfalls nicht berücksichtigt werden. Es liege demnach einzig der Bericht von med. pract. J. \_\_\_ vom 8. September 2020 vor, zu dem Stellung bezogen werden könne. Dieser Bericht sei aber zu hinterfragen, da einige Angaben fehlten. Es fehle eine Anamnese, die Diagnose einer mittelgradig depressiven Störung werde nicht nachvollziehbar begründet. Zudem würden in diesem Bericht keine Angaben dazu gemacht, in welcher Intensität die Behandlung durchgeführt werde, es würden keine Angaben zu Dosierung der Medikamente gemacht, auch fänden sich keine anamnestischen Angaben, zudem werde kein Psychostatus aufgeführt. Es werde eine generelle 100%ige Arbeitsunfähigkeit angenommen, zu adaptierten Tätigkeiten werde nicht Stellung bezogen. Aus versicherungsmedizinischer Sicht könne bei einer mittelgradigen depressiven Störung in der Regel keine generelle Arbeitsunfähigkeit angenommen werden. Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit werde nicht näher begründet. Gestützt auf diese Ausführungen ist es somit nachvollziehbar, dass Dr. med. I. \_\_\_ zum Schluss kam, der Bericht von med. pract. J. \_\_\_ sei aus versicherungsmedizinischer Sicht daher wenig aussagekräftig. Zudem ist, wie bereits erwähnt, auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass behandelnde Ärzte im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen mitunter eher zu

Gunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353). Den Berichten von Dr. med. J. \_\_\_ ist somit auch aus diesem Grund nur begrenzt Beweiswert zuzumessen. Das gleiche gilt sodann auch hinsichtlich des Berichtes von Dr. med. R. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, vom 11. Juni 2018 (IV-Nr. 85), welcher, wie von Dr. med. I. \_\_\_ vorgehend korrekt dargelegt wurde, seine von ihm attestierte 100%ige Arbeitsunfähigkeit nicht nachvollziehbar begründete und zudem teilweise fachfremde Komponenten miteinbezog. Des Weiteren führte Dr. med. I. \_\_\_ in nachvollziehbarer Weise aus, auch wenn auf den Bericht von med. pract. J. \_\_\_ nicht abgestellt werden könne, sei aufgrund der gemachten Abklärungen und den bisherigen Erfahrungen anzunehmen, dass sich die Explorandin zum damaligen Zeitpunkt in einem möglichen depressiven Zustand befunden habe. In der Untersuchung durch ihn, Dr. med. I. \_\_\_, sei eine mittelgradig depressive Störung angenommen worden. Diese Diagnose sei im Gutachten auch entsprechend begründet worden, auch von den P. \_\_\_, wo die Explorandin zum Untersuchungszeitpunkt hospitalisiert gewesen sei. Es erscheine als wahrscheinlich, dass sich die Explorandin schon bei Behandlungsbeginn bei Herrn J. \_\_\_ in einem etwa mittelschwer depressiven Zustand befunden haben könnte. Die Berichtslage zum folgenden Verlauf sei aus psychiatrischer Sicht äusserst lückenhaft, es finde sich danach einzig noch der Austrittsbericht der P. \_\_\_ vom 21. Juli 2022. Es könnten daher einzig Annahmen gemacht werden, die sich auf die subjektiven Angaben der Explorandin stützten. Unter der Annahme, dass sich die Explorandin zum Therapiezeitpunkt bei J. \_\_\_ in einem mittelschwer depressiven Zustand befunden habe, sei anzunehmen, dass die Explorandin in einigen Belangen eingeschränkt gewesen sei. Zum damaligen Zeitpunkt hätten keine Hinweise auf eine Angststörung bestanden, ebenfalls werde von med. pract. J. \_\_\_ keine Körperschmerzverarbeitungsstörung aufgeführt. Er nehme daher rein aufgrund des psychischen Zustandes Stellung zur Arbeitsfähigkeit, die er allerdings nicht begründe. Aus versicherungsmedizinischer Sicht lasse sich aber keine generelle volle Arbeitsunfähigkeit bei mittelschwer depressiven Zuständen begründen, zumindest seien adaptierte Tätigkeiten möglich. Es gälten demnach die Angaben, wie sie im Gutachten vom 26. September 2022 gemacht worden seien. Die Explorandin sei vermindert belastbar. Zum damaligen Zeitpunkt habe die Schmerzproblematik nicht im Vordergrund gestanden, oder scheine zumindest keine wesentliche Rolle gespielt zu haben. Es sei anzunehmen, dass sie sich zum damaligen Zeitpunkt ebenfalls nicht ganztags genügend habe konzentrieren können und Erholungszeit benötigt habe. Es werde daher von einer 50%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen. Diese Einschränkung, resp. Arbeitsfähigkeit, gelte für die angestammte, wie auch adaptierte Tätigkeit, da sich die psychische Störung bei all diesen Tätigkeiten ähnlich auswirke. Da für den vorgängigen Zeitraum vor Beginn der psychiatrischen Therapie bei Herrn J. \_\_\_ nicht klar Stellung bezogen werden könne, gälten diese Angaben seit Therapieaufnahme vom 18. Juli 2019. Der Bericht von J. \_\_\_ sei am 8. September 2020 erstellt worden, weswegen auch zum Zeitpunkt der Verfügung vom 10. Juli 2020 die Diagnose einer mittelschweren depressiven Episode anzunehmen wäre. Zusammenfassend vermag somit auch die ergänzende Stellungnahme von Dr. med. I. \_\_\_ vom 10. März 2023 (A.S. 424 ff.) und die darin vorgenommene Verlaufsbeurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen. 8.2.4 Am Beweiswert des Gutachtens von Dr. med. I. \_\_\_ vermögen sodann auch die von der Beschwerdeführerin dagegen vorgebrachten Rügen nichts zu ändern. Zudem lässt sich die von der Beschwerdeführerin postulierte durchgehende Einschränkung von 50 % aus psychiatrischer Sicht seit 2016 gestützt auf die vorliegenden Akten nicht begründen. 9. Gestützt auf die beweiswertigen Gutachten – orthopädisches,

neurologisches und internistisches Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG (s. E. II. 6.1.1, 6.1.2 und 6.1.3 hiervor), orthopädisches, neurologisches und internistisches Teilgutachten des D.\_\_\_\_ (s. E. II. 6.2.1, 6.2.2 und 6.2.3 hiervor), ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_ (s. E. II. 7.1 hiervor) und psychiatrisches Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ (s. E. II. 8 hiervor) – ergibt sich somit folgende interdisziplinäre Gesamtbeurteilung: Gemäss dem orthopädischen Teilgutachten der C.\_\_\_\_ vom 12. Juni 2017 bestand ab Januar 2014 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. In einer leidensadaptierten Tätigkeit erachteten die Gutachter eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit der Versicherten ab Januar 2014 bis maximal September 2014 als nachvollziehbar. Danach sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit der Versicherten aufgrund eines gering erhöhten Pausenbedarfes auszugehen. Zum diesbezüglichen Verlauf vermag aber die Beurteilung aus dem orthopädischen Teilgutachten des D.\_\_\_\_ vom 25. März 2019 mehr zu überzeugen, welches hierbei auch die jeweiligen Operationen und die nachfolgenden Genesungsphasen berücksichtigen: Demnach sei es im Zusammenhang mit den durchgeführten Operationen vom 17. März 2014, 22. November 2014 und 24. Juni 2015 zu vorübergehenden Einschränkungen gekommen, wobei der Arbeitsausfall jeweils höchstens 6 Monate betragen habe. Danach betrage die Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit 80 %. Zusammenfassend ist demnach aus orthopädischer Sicht von Januar 2014 bis Ende Dezember 2015 von einer 100%igen Arbeitsunfähigkeit in jeglichen Tätigkeiten auszugehen. Ab Januar 2016 ist sodann in einer angepassten Tätigkeit eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit anzunehmen. Eine 20%ige Einschränkung ergibt sich zudem auch aus dem neurologischen Teilgutachten des D.\_\_\_\_, wobei die Einschränkungen aus orthopädischer und neurologischer Sicht gemäss der Gesamtbeurteilung der D.\_\_\_\_-Gutachter nicht zu addieren sind. Des Weiteren ergibt sich aus dem ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_ vom 30. September 2021 eine 15%ige Einschränkung ab 2016 wegen vermehrten Pausenbedarfs. Auch diese Einschränkung ist nicht zu den vorgenannten Einschränkungen aus orthopädischer und neurologischer Sicht zu addieren, sondern geht in der dort statuierten 20%igen Einschränkung auf, da diese Einschränkungen ebenfalls aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs resultieren. Sodann ist gestützt auf das ORL-Gutachten ab 10. Juli 2020 von keiner Einschränkung mehr auszugehen. Schliesslich besteht gestützt auf das Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ vom 26. September 2022 aus psychiatrischer Sicht ab 18. Juli 2019 eine 50%ige Arbeitsfähigkeit. Wie von Dr. med. I.\_\_\_\_ dargelegt, gingen die orthopädischen und neurologischen Einschränkungen von 20 %, wie sie im D.\_\_\_\_-Gutachten dargelegt worden seien, in dieser Einschränkung der Arbeitsfähigkeit auf. Wie von Dr. med. I.\_\_\_\_ weiter ausgeführt wurde, lässt sich aufgrund der vorliegenden Akten eine Einschränkung aus psychiatrischer Sicht vor dem 18. Juli 2019 nicht begründen. Die diesbezügliche Beweislosigkeit fällt somit zu Ungunsten der Beschwerdeführerin aus (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Zusammenfassend ist somit von folgendem Verlauf der Arbeitsfähigkeit auszugehen: In der bisherigen Tätigkeit ist die Beschwerdeführerin seit Januar 2014 durchgehend arbeitsunfähig. In einer angepassten Tätigkeit bestand vom Januar 2014 – Ende Dezember 2015 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit, von Januar 2016 – Juni 2019 eine 20%ige Arbeitsunfähigkeit und ab Juli 2019 eine 50%ige Arbeitsunfähigkeit. 10. Nachfolgend ist auf den mit Eingabe vom 30. November 2021 gestellten Antrag der Beschwerdeführerin einzugehen, worin verlangt wird, es sei eine neue orthopädische, neurologische und otorinolaryngologische Begutachtung zu veranlassen. Diesbezüglich ist darauf zu verweisen, dass mit dem ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_ eine beweiskräftige Entscheidungsgrundlage vorliegt, weshalb eine weitere otorinolaryngologische Begutachtung nicht notwendig erscheint. Zudem stellte

die Beschwerdeführerin bereits mit Eingabe vom 16. April 2021 den Antrag, es sei zusätzlich zum HNO-Gutachten und zum psychiatrischen Gutachten eine neurologische und eine orthopädische Begutachtung mit Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit in Auftrag zu geben. Dieser Antrag wurde hinsichtlich der Fachrichtungen Neurologie und Orthopädie bereits mit Verfügung vom 20. April 2021 abgewiesen (s. E. I. 7. hiervor). Zwar reichte die Beschwerdeführerin in der Zwischenzeit weitere Arztberichte ein, welche eine allfällige gesundheitliche Verschlechterung begründen sollen. Wie jedoch in E. II. 5.20 hiervor festgehalten sind diese Berichte aufgrund der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2020 beschränkten richterlichen Überprüfungsbefugnis vorliegend nicht mehr zu berücksichtigen. Demnach ist der Antrag auf Durchführung einer orthopädischen und neurologischen Begutachtung wiederum abzuweisen. 11. Sodann ist der von der Beschwerdegegnerin vorgenommene Einkommensvergleich zu prüfen. 11.1 Die von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vom 10. Juli 2020 angewandten Valideneinkommen sind unbestritten und denn auch nicht zu beanstanden. So hat die Beschwerdeführerin ihre bisherige Tätigkeit bei der Firma X. SA aus gesundheitlichen Gründen verloren, weshalb bezüglich des Valideneinkommens auf die Angaben der Arbeitgeberin abzustellen ist (vgl. Arbeitgeberfragebogen; IV-Nr. 15). Dies ergibt für die relevanten Berechnungszeitpunkte folgende Valideneinkommen: - Januar 2015: CHF 3'910.00 + 374.70 (Gratifikation/13. Monatslohn) + 586.50 (Schichtzulage) = CHF 4'871.20 x

#### **E. 9**

Hypothyreose, gut substituiert

#### **E. 10**

Anamnestischer Nikotinabusus (ca. 30 py), aktuell geringer Konsum

#### **E. 11**

Status nach Hysterektomie 2010

#### **E. 12**

= CHF 58'454.40 + Aufrechnung Nominallohnindex Frauen 2014-2019 (: 103.6 x 107.0) = CHF 60'372.80. 11.2 Da die Beschwerdeführerin die ihr noch zumutbare Restarbeitsfähigkeit nicht verwertet, ist es nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin beim Invalideneinkommen auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt hat. Der angewandte Tabellenlohn TA1\_triage\_skill\_level, Total, Niveau 1 / Frauen ist ebenfalls nicht zu beanstanden und wird von der Beschwerdeführerin denn auch nicht bestritten. Dies ergibt für die relevanten Berechnungszeitpunkte – vorbehältlich eines allfälligen Abzuges vom Tabellenlohn (s. E. II. 11.3 hiernach) – folgende Invalideneinkommen: - Januar 2015: CHF 0.00 (100%ige Arbeitsunfähigkeit) - Januar 2016: 2016 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Frauen (CHF 4'363.00 x 12 Monate), Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7) = CHF 54'581.15, davon 80 % = CHF 43'664.90 - Juli 2019: 2018 TA1\_tirage\_skill\_level, Total, Niveau 1, Frauen (CHF 4'371.00 x 12 Monate), Aufrechnung Wochenstunden (: 40 x 41.7), Aufrechnung Nominallohnindex Frauen 2018-2019 (: 105.9 x 107.0) = CHF 55'249.20, davon 50 % = CHF 27'624.60. 11.3 Wird das Invalideneinkommen – wie hier der Fall – auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der

Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C\_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb – cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C\_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78). Die Beschwerdegegnerin hat keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Ob sich ein solcher rechtfertigt, ist eine Rechtsfrage, die das Gericht mit voller Kognition zu prüfen hat (BGE 137 V 71 E. 5.1 am Anfang). Anders als bei der Bemessung eines vom Versicherungsträger gewährten Abzuges, welcher der Angemessenheitsprüfung unterliegt, ist das Gericht nicht gehalten, eine gewisse Zurückhaltung walten zu lassen. Die Beschwerdeführerin macht in diesem Zusammenhang geltend, es sei aufgrund der körperlichen Einschränkungen und des Alters sowie der fehlenden Berufsausbildung ein leidensbedingter Abzug von 25 % vorzunehmen. Da die Beschwerdeführerin im vorliegenden Fall die von Januar 2016 – Juni 2019 bestehende 80%ige Restarbeitsfähigkeit bei voller zeitlicher Präsenz verwerten kann, bleibt kein Raum für einen in Teilzeittätigkeit begründeten Abzug (Urteil des Bundesgerichts 9C\_126/2011 vom 8. Juli 2011 E. 5.2). Ebenso kein Teilzeitabzug rechtfertigt sich aufgrund der ab Juli 2019 zumutbaren 50%igen Arbeitsfähigkeit, da gemäss der LSE Tabelle T18, 2018, Frauen ohne Kaderfunktion in einem Pensum von 50 – 74 % im Verhältnis sogar mehr verdienen als Frauen in einem vollen Pensum. Jedoch ergibt sich aus der Tabelle T12\_b der LSE 2018, dass in diesem Jahr Frauen der Kategorie «ohne Kaderfunktion» und mit Aufenthaltsbewilligung C (Median) – wozu die Beschwerdeführerin gemäss Aktenlage zählt (vgl. IV-Nr. 7) – im Vergleich zum Total von Schweizern und Ausländern der gleichen Kategorie einen geringeren Lohn erzielten. Dieser Umstand ist im Rahmen des Abzugs zu berücksichtigen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_332/2022 vom 19. Oktober 2022 E. 5.2.2.2 vom 4. November 2022 E. 4.3.2). Dagegen gebietet das Alter der Beschwerdeführerin keinen Abzug, da es die Möglichkeit, das Lohnniveau gesunder Hilfskräfte in diesem Arbeitssegment zu erreichen, erfahrungsgemäss nicht zusätzlich schmälert (vgl. LSE 2004 TA9 S. 65). Zudem ist die geltend gemachte fehlende Ausbildung invaliditätsfremd und damit nicht geeignet, einen leidensbedingten Abzug zu begründen. Sodann wird in den beweismässigen Gutachten zusammenfassend folgendes Zumutbarkeitsprofil statuiert: Zumutbar seien körperlich leichte wechselbelastende Tätigkeiten ohne Zwangshaltungen der Wirbelsäule, ohne Über-Kopf-Arbeiten und ohne häufiges Bücken, wo eine Hebe- und Traglimite von 5 kg nicht überschritten werde (vgl. orthopädische Teilgutachten der C.\_\_\_\_ AG und des D.\_\_\_\_). Die Möglichkeit, selbst eine Geräuschkulisse zu wählen sei bezüglich der Überdeckung des Tinnitus ideal. Wegen der subjektiven Gleichgewichtsstörungen sollten Tätigkeiten mit Absturzgefahr vermieden werden (vgl. ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_). Zwar umfasst der Tabellenlohn im vorliegend für das Invalideneinkommen anwendbare Kompetenzniveau 1 gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung bereits eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine deswegen kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C\_870/2011 vom

24. August 2012 E 4.1 mit Hinweisen). Das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin erscheint aber insbesondere aufgrund des Tragelimits von 5 kg und den Gehörbeschwerden zusätzlich eingeschränkt, so dass sich aufgrund dessen ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigt. Somit ist der leidensbedingte Abzug ab Januar 2016 auf 5 % und ab Juli 2019 aufgrund der ab 2018 verfügbaren Tabelle T12\_b 2018 unter Einbezug des Abzugsgrunds «Aufenthaltskategorie» auf 10 % zu beziffern. 11.4 Damit ergeben sich folgende Invaliditätsgrade: - Januar 2015: 100 % - Januar 2016: 31 % (Valideneinkommen: CHF 59'744.30; Invalideneinkommen: CHF 41'481.65 [CHF 43'664.90 abzüglich 5 %]) - Juli 2019: 59 % (Valideneinkommen: CHF 60'372.80; Invalideneinkommen: CHF 24'862.15 [CHF 27'624.60 abzüglich 10 %]) Demnach hat die Beschwerdeführerin unter Berücksichtigung der Dreimonatsfrist von Art. 88a Abs. 1 IVV nach Ablauf des Wartjahres vom 1. Januar 2015 bis 31. März 2016 Anspruch auf eine ganze Rente und ab 1. Oktober 2019 Anspruch auf eine halbe Rente. 12. Die Beschwerde ist demnach im Sinne obiger Erwägungen teilweise gutzuheissen.

#### **E. 12.1.1**

Bei diesem Verfahrensausgang besteht Anspruch auf eine Parteientschädigung, die von der Beschwerdegegnerin zu bezahlen ist. Ist das Quantitative einer Leistung streitig, rechtfertigt eine «Überklagung» nach der in Rentenangelegenheiten ergangenen Rechtsprechung eine Reduktion der Parteientschädigung nur, wenn das ziffernmässig bestimmte Rechtsbegehren den Prozessaufwand beeinflusst hat (BGE 117 V 401 E. 2c S. 407). Bildet beispielsweise ein invalidenversicherungsrechtlicher Rentenanspruch Anfechtungs- und Streitgegenstand, führt demgemäss der Umstand allein, dass im Beschwerdeverfahren abweichend von dem auf eine ganze oder zumindest eine höhere Rente gerichteten Rechtsbegehren keine ganze oder aber eine geringere Rente als beantragt zugesprochen wird, noch nicht zu einer Reduktion der Parteientschädigung (Urteile des Bundesgerichts 9C\_580/2010 vom 16. November 2010 E. 4.1 und 9C\_94/2010 vom 26. Mai 2010 E. 4.1 mit Hinweisen). Anders verhält es sich, wenn zusätzlich weitere Leistungen der Invalidenversicherung wie berufliche Massnahmen oder Taggeldleistungen beantragt worden sind, welchen nicht hätte entsprochen werden können (Urteil des Bundesgerichts 8C\_568/2010 vom 3. Dezember 2010 E. 4.1). Im vorliegenden Fall verlangte die Beschwerdeführerin ab 1. Juli 2016 eine ganze Invalidenrente, eventualiter eine Dreiviertelsinvalidenrente, eventualiter eine halbe Invalidenrente, eventualiter eine Viertelsinvalidenrente. Die Beschwerde wird aber lediglich teilweise gutgeheissen, indem die ganze Rente per 1. April 2016 aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2019 eine halbe Rente zugesprochen wird. Diese Konstellation rechtfertigt gemäss vorgenannter Rechtsprechung keine Reduktion der Parteientschädigung. 12.1.2 Die von der Vertreterin eingereichten Kostennoten (A.S. 89 ff., 324 f., 403 ff. und 437 f.) weisen insgesamt einen Zeitaufwand von 2'388 Minuten (= 39.8 Stunden; 784 Minuten bzw. 13.06 Stunden bis 19. Oktober 2020; 918 Minuten bzw. 15.3 Stunden bis 30. November 2021; 452 Minuten bzw. 7.53 Stunden bis 9. Dezember 2022 und 234 Minuten bzw. 3.9 Stunden bis 26. April 2023) aus. Davon entfallen insgesamt 845 Minuten (= 14.08 Stunden) auf diverse Besprechungen (565 Minuten) und Telefonate (280 Minuten) mit der Beschwerdeführerin. Dies erscheint als viel zu hoch, einerseits im Hinblick auf vergleichbare Fälle, andererseits, weil diese Besprechungen nicht durchwegs in einen Zusammenhang mit der Vorbereitung von Rechtsschriften, dem Studium von Eingaben der Beschwerdegegnerin oder Verfügungen des Versicherungsgerichts gebracht werden können. Vor diesem Hintergrund erscheint eine pauschale Kürzung um die Hälfte auf 423 Minuten als angemessen. Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt

1'966 Minuten bzw. 32,8 Stunden. Sodann stellen mehrere Positionen Kanzleiaufwand dar («Brief an Klientin», von der Vertreterin je mit einem Aufwand von 3 bzw. 5 Minuten veranschlagt; Fristerstreckungsgesuche, von der Vertreterin je mit einem Aufwand 5 bzw. 10 Minuten veranschlagt; Rücksendung von Empfangsbescheinigungen, von der Vertreterin je mit einem Aufwand von 1 bzw. 3 Minuten veranschlagt), der bereits im Stundenansatz enthalten ist und praxisgemäss nicht gesondert entschädigt wird. Daran vermögen die Ausführungen der Vertreterin mit Eingabe vom 29. Oktober 2020 nicht zu ändern. Dies ergibt insgesamt einen weiteren Abzug von 3.3 Stunden. Daraus ergibt sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 250.00 eine Entschädigung von CHF 7'375.00 (29.5 Std. à CHF 250.00). Was die Auslagen von insgesamt CHF 1'130.00 betrifft, so beinhalten diese 1'647 Kopien à CHF 0.50 (s. dazu § 161 i.V.m. § 160 Abs. 5 GebT, in der seit 15. Juli 2016 geltenden Fassung). Dazu ist zu bemerken, dass die Vertreterin einen umfangreichen Beilagenordner eingereicht hat, der grossenteils Urkunden aus den IV-Akten enthält. Die Vertreterin musste als erfahrene Anwältin wissen, dass das Gericht die IV-Akten praxisgemäss von Amtes wegen einholt und damit die besagten Unterlagen in das Verfahren beizieht. Zwar ist es einem Rechtsvertreter nicht schlechterdings untersagt, Kopien aus den IV-Akten als Beschwerdebeilage einzureichen. Hier aber wurde das vertretbare Mass weit überschritten. Die zu vergütenden Kopien werden daher pauschal um 300 Stück gekürzt. Die zu vergütenden Auslagen betragen somit CHF 980.00. Einschliesslich 7.7 % Mehrwertsteuer beläuft sich die Parteientschädigung demnach auf total CHF 8'998.35.

#### **E. 12.2**

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 Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss in gleicher Höhe ist der Beschwerdeführerin zurückzuerstatten. 12.3 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein bidisziplinäres Gutachten sowie ein psychiatrisches Obergutachten schliessen musste. Da das psychiatrische Teilgutachten der G.\_\_\_\_ in beweismässiger Hinsicht nicht verwertbar war, werden die diesbezüglichen Kosten von CHF 4'577.25 ([CHF 8'500.00 + CHF 654.50 MwSt.] : 2) vom Kanton Solothurn übernommen. Die übrigen Gutachtenskosten von total CHF 11'333.40 (ORL-Teilgutachten der G.\_\_\_\_ CHF 5'283.40 [CHF 4'577.25 + CHF 706.15 für apparative HNO-Untersuchungen]; Psychiatrisches Gutachten von Dr. med. I.\_\_\_\_ CHF 6'050.00) sind von der Beschwerdegegnerin zu tragen.

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