

SO_GERICHTE VSBES.2020.18 vom 25. Januar 2021

SO Obergericht, 2021-01-25, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.18_d20210125

FR: SO_GERICHTE VSBES.2020.18 du 25 janvier 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2020.18 del 25 gennaio 2021

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 A.____ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1971, meldete sich am 28. Januar 2003 bei der IV-Stelle Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) erstmals zum Leistungsbezug an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Damals war die gelernte Pflegeassistentin in der Stiftung B.____ in [...] tätig, dies seit 1992 in einem Pensum von 80 % (IV-Nr. 12). Angegeben wurde eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit seit 27. November 2001 wegen inneren Prellungen im Rücken- und Hüftbereich aufgrund eines Arbeitsunfalls. Sie habe seither sehr starke Schmerzen (IV-Nr. 3). 1.2 Die Beschwerdegegnerin tätigte diverse Abklärungen und holte bei der Begutachtungsstelle C.____ ein Gutachten ein, das am 24. Juni 2004 erstattet wurde (IV-Nrn. 22.1 – 22.4). In der Folge wurde mit Eingliederungsmassnahmen in Form von Berufsberatung begonnen, die schon bald wieder abgeschlossen wurden (IV-Nrn. 26 und 43). Des Weiteren wurde eine Haushaltsabklärung gemacht (IV-Nr. 39). 2. Mit Verfügung vom 3. Februar 2005 (IV-Nr. 46) lehnte die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch ab. Eine dagegen erhobene Einsprache wurde mit Entscheid vom 30. März 2005 abgewiesen (IV-Nr. 55).

E. 3

3.1 Am 30. Oktober 2017 wurde die Beschwerdegegnerin von ihrem Hausarzt, Dr. med. D.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin, erneut zum Leistungsbezug angemeldet (IV-Nr. 56). 3.2 Die Beschwerdegegnerin führte am 29. November 2017 ein Intake-Gespräch durch (IV-Nr. 62) und holte diverse Arztberichte ein. Ausserdem gab sie bei der Begutachtungsstelle E.____ ein polydisziplinäres Gutachten in Auftrag. Dieses wurde am 2. August 2018 von Dr. med. F.____, Fachärztin für Allgemeine Innere Medizin, PD Dr. med. et phil. G.____, Facharzt für Neurologie, Dr. med. H.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. I.____, Facharzt für Rheumatologie, erstattet (IV-Nrn. 79.1 – 79.9). Ebenfalls wurde der Abklärungsdienst der Beschwerdegegnerin mit einer Haushaltsabklärung beauftragt (IV-Nr. 87). 3.3 Nach durchgeführtem Vorbescheidverfahren (IV-Nrn. 89, 90, 93 und 96) sowie Einholen einer Stellungnahme des Abklärungsdienstes (IV-Nr. 97) wies die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Dezember 2019 (IV-Nr. 99; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.) einen Anspruch auf berufliche Massnahmen und / oder eine Invalidenrente ab. 4. Gegen die genannte Verfügung lässt die Beschwerdeführerin am 28. Januar 2020 beim Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) Beschwerde erheben (A.S.).

E. 4

4.1 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).

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

4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Administrativverfahrens eingeholten medizinischen

Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 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. 5

5.1 Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung ■ Verfügung vom 3. Februar 2005 (IV-Nr. 46) ■ und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom 12. Dezember 2019 (A.S. 1 ff.; IV-Nr. 99) bestanden hat, beurteilt (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b).

5.2 Zum Zeitpunkt der mit Verfügung vom 3. Februar 2005 erfolgten erstmaligen Rentenbeurteilung hatte die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das internistische / rheumatologische / psychiatrische Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 24. Juni 2004 (IV-Nrn. 22.1 ■ 22.4) abgestellt. In dieser umfassenden und nachvollziehbaren Expertise wurden folgende Diagnosen erhoben:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Internistisch wurde zum Zeitpunkt der damaligen Begutachtung abgesehen vom Übergewicht der Beschwerdeführerin ein unauffälliger Befund erhoben. Der rheumatologische Experte wies darauf hin, dass diese 1999 und 2001 je ein LWS-Trauma erlitten habe, wobei die LWS leicht bis mittelgradig krankhaft vorgeschädigt gewesen sei. Nach der zweiten Kontusion sei es zu einer deutlichen Verzögerung der Heilungszeit gekommen, ohne radiologisch sichtbare traumatische Läsion oder neue Veränderungen. Die aktuellen Beschwerden seien aufgrund der klinischen und radiomorphologisch beschriebenen Befunde keiner sicheren spezifischen Auffälligkeit zuzuordnen. Die radiomorphologischen WS-Veränderungen würden 2002 als mässiggradig beschrieben und imponierten konventionell-radiologisch derzeit als gering, was jedoch eine allenfalls zwischenzeitlich eingetretene Wurzelbeeinträchtigung nicht ausschliesse. Angesichts der Adipositas sowie der durchgemachten zweiten Schwangerschaft wäre auch eine WS-Instabilität resp. ein Wirbelkörpergleiten vorstellbar, in den neuen Röntgenaufnahmen fänden sich jedoch keine entsprechenden Veränderungen. Aktuell sei eine gewisse Diskrepanz festzustellen zwischen den (geringen) objektivierbaren klinischen Befunden einerseits und dem hohen Ausmass der angegebenen subjektiven Schmerzintensität in der Untersuchungssituation andererseits sowie dem anamnestisch rapportierten hohen Grad an Behinderung im Alltag. Die Beschwerdeführerin vermittele aktuell eine fixierte Krankheits- und Behinderungsüberzeugung. Extra-muskuloskelettläre und nicht-medizinische Faktoren seien anerkanntermassen relevant an der Entwicklung chronisch schmerzbedingter Behinderung beteiligt. In psychiatrischer Hinsicht wurde festgehalten, es liessen sich aktenkundig und anamnestisch psychologisch-psychiatrisch relevante Episoden und Faktoren aufführen. So einerseits die Lese- und Schreibschwäche im Schulalter und eine zunehmende Adipositas ab 12 Jahren mit offenbar sozialer Ausgrenzung mit psychischen

Reaktionen. Es fehlten aber Hinweise auf eine manifeste depressive Störung. Eine weitere belastende Episode bestehe ab 1998 im Rahmen des unerfüllten Kinderwunsches. Es lägen damit durchaus bedeutende psychosoziale Konflikte vor, die dem Unfall von 2001 vorausgegangen seien und die möglicherweise beigetragen haben könnten, dass sich die Schmerzsymptomatik aus psychologischen Gründen im Sinne einer Schmerzstörung manifestiert habe. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne diskutiert werden. Man könne diese Diagnose aber nur stellen, wenn somatische Ursachen für die Schmerzen ausgeschlossen werden könnten, und diese seien auf dem rheumatologischen Gebiet vorhanden, wenngleich auf eine bedeutende Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und dem hohen Ausmass der subjektiven Schmerzintensität hingewiesen werde. Bei der aktuellen Untersuchung bestünden psychologische Faktoren und emotionale Konflikte, die doch mindestens syndromal vorhanden seien. Es bestehe eine verminderte emotionale Belastbarkeit bei einer noch nicht gemäss Kriterien vollständig erreichten depressiven Störung. Für eine Intelligenzminderung bestünden keine Hinweise.

In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde zusammengefasst festgehalten, dass für die bisherigen körperlichen und rückenbelastenden Tätigkeiten als Pflegeassistentin Stufe I aus Sicht des Bewegungsapparates eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus rein psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund der genannten Diagnose für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit zunächst aufgrund der subsyndromalen depressiven Symptomatik mit verminderter emotionaler Belastbarkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit um rund 10 % eingeschränkt. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit werde auf das Unfalldatum 27. Januar 2001 datiert. Eine volle Arbeitsfähigkeit erscheine aber für körperlich leichte bis mittelschwere, nicht rückenbelastende Tätigkeiten zumutbar. Diese dürften kein repetitives Sich-Bücken, ständig rotatorische Bewegungen des Oberkörpers oder Überkopparbeit beinhalten. Ebenfalls seien Tätigkeiten mit repetitivem Heben, Ziehen oder Stossen von Lasten über 15 ■ 20 kg nicht zumutbar. Die Tätigkeit sollte ebenfalls in wechselnder Position ohne ausschliessliches Stehen und Gehen durchgeführt werden können. Im Haushalt seien die entsprechenden Tätigkeitsanteile mit obigem Verweisprofil uneingeschränkt zumutbar.

E. 6

6.1 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

6.1.1 Im Bericht des Hausarztes, Dr. med. D.____, vom 30. Oktober 2017 (IV-Nr. 56) werden folgende Diagnosen erhoben:

Der Hausarzt hielt fest, man sollte eine Umschulung initiieren.

6.1.2 Im Bericht von Dr. med. K.____, Oberarzt am Rehabilitations- und Rheumazentrum im Spital J.____, vom 21. September 2017 (IV-Nr. 56 S. 3 ff.) wird über einen Treppensturz am 10. April 2016 und ein nachfolgendes Taubheitsgefühl an den rechten Extremitäten berichtet. In Zusammenschau mit den bisherigen radiologischen Untersuchungen komme vor allem auch eine psychosomatische Genese der Dystonie im Bereich der rechtsseitigen Extremitäten in Betracht. Die Beschwerdeführerin werde an den Neurologen überwiesen.

6.1.3 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 24. Oktober 2017 (IV-Nr. 64 S. 5 f.) von Dr. med. L.____, Oberarzt Neurologie im Spital J.____, werden folgende Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin habe über Nacht eine Armschwäche bemerkt. Im Verlauf des Tages habe sie den Arm wieder besser bewegen können ausser die Finger 3 ■ 5 rechts. Diese Bewegungsschwäche halte bis heute an. Auch bestehe eine Schwäche des rechten Beins nach einem Treppensturz vor einem Jahr. Das MRI des Neurocranium sei unauffällig. Ursache der Bewegungsstörung sei am ehesten eine dissoziative Genese. Hiermit seien die Befunde vereinbar.

6.1.4 Im Arztbericht von Dr. med. D. ___ vom 7. Dezember 2017 (IV-Nr. 64 S. 1 ff.) attestiert dieser der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 19. August 2017, was die bisherige Tätigkeit anbelange. Eine Arbeit ohne körperliche Belastung sei wahrscheinlich zu 100 % zumutbar.

6.1.5 Gemäss provisorischem Austrittsbericht des Spitals J. ___ vom 23. Juni 2018 (IV-Nr. 77 S. 1 ff.) befand sich die Beschwerdeführerin seit dem 12. Juni 2018 in einem stationären Aufenthalt. Als Hauptdiagnose wurde eine dissoziative Bewegungsstörung mit vordergründig dyston-anmutender Haltung des rechten Armes erhoben (ES 08/17, ED 10/17, mit aktuell hochgradiger Akzentuierung am 1. Juni 2018), daneben ein schwerer Vitamin B12-Mangel, ein schwerer Vitamin D-Mangel, eine schwere Eisenmangel-Anämie und eine Urge-Inkontinenz (anamnestisch seit 2017). Die Beschwerdeführerin habe am 1. Juni 2018 beim Lesen der Zeitung in Anwesenheit der Familie plötzlich ein eingeschränktes Sehen im rechten Gesichtsfeld festgestellt, daraufhin auch ein Taubheitsgefühl in Arm und Bein rechts mit verstärkter Bewegungseinschränkung von Arm und Hand rechts, weiter habe sie eine verwaschene Sprache gehabt. Das Bewusstsein sei erhalten gewesen, die Symptomatik fluktuierend und von mehrstündiger Dauer. Anhand der durchgeführten Untersuchungen (Laboranalyse, Schädel-CT/CTA, Schädel-MRI, Ruhe-EKG) habe eine zerebrale Ischämie ausgeschlossen werden können. Es habe sich aber ein schwerer Vitaminmangel gezeigt. Der Austritt sei am 23. Juni 2018 in die angestammten häuslichen Verhältnisse erfolgt. Eine psychosomatische / psychotherapeutische Behandlung werde empfohlen. Reguläre neurologische Kontrollen seien nicht vorgesehen.

6.1.6

6.1.6.1 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ vom 2. August 2018 (IV-Nrn. 79.1 ■ 79.9) wird in internistischer Hinsicht keine Diagnose erhoben, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde.

6.1.6.2 Im neurologischen Teilgutachten werden folgende Befunde erhoben: Kopf- und Hirnnerven seien unauffällig. Im Bereich der oberen Extremitäten sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung die rechte Hand vorwiegend geschlossen halte. Phasenweise würden Zeigefinger und Daumen rasch und frei bewegt, während die übrigen drei Finger flektiert gehalten würden. Trophik, Tonik und Motilität seien bland, die grobe Kraft allseits regelrecht. Es bestünden kein Rigor oder relevanter Tremor im Bereich der Extremitäten. Auf die Aufforderung hin, die drei flektierten ulnaren Finger zu extendieren, verharre die Beschwerdeführerin zunächst in der partiellen Faustschlussstellung, auf repetitive Aufforderung würden die drei ulnaren Finger dann langsam gestreckt. Vor Erreichen einer vollständigen Streckung beginne sie phasenweise zu weinen und sage, es gehe nicht mehr. Beim Versuch die Finger passiv zu strecken, erfolge eine aktive Flexion gegen den Untersucher, wobei auch Dig II flektiert werde. Im weiteren Verlauf könne durch den Untersucher der Dig V passiv vollständig extendiert werden. Die Flexion der Finger sei auf Aufforderung hin willkürlich vom Kraftgrad M5 durchführbar.

Anhaltspunkte für Paresen ergäben sich keine. Die Sensibilität sei regelrecht. Im Bereich der unteren Extremitäten seien Trophik, Tonik und Motilität bland, die grobe Kraft sei allseits voll erhalten. Phasenweise zeige die Beschwerdeführerin bei der Prüfung der groben Kraft ein rasch einsetzendes, praktisch komplettes Giving way, dabei sei aber allseits phasenweise auch über längere Zeit eine volle Kraftentfaltung vom Kraftgrad M5 möglich. Der Lasègue beidseits sei negativ und die Positionsversuche beidseits ohne Absinken. Der PSR sei symmetrisch mittellebhaft, ASR beidseits fehlend. Babinski beidseits sei negativ. Die Sensibilität sei erhalten. Die Beschwerdeführerin erscheine mit einem Rollator zur Untersuchung. Sie sei in der Lage frei zu gehen. Am Rollator gehend zeige sie ein etwas klebendes, schleifendes Gangbild. Bei freiem Gang bewege sie sich relativ frei mit ordentlichen Mitbewegungen der oberen Extremitäten. Der Strichgang sei sicher möglich, der Romberg werde völlig stabil gestanden. Der Blindstrichgang werde aufgrund von «Angst» abgebrochen.

6.1.6.3 Der psychiatrische Gutachter gibt zunächst die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wieder. Diese äussere auf Nachfrage, es gehe ihr nicht gut. Das Gehen sei obermühsam und sie sei halt Rechtshänderin und könne daher nichts machen. Sie spüre die linken Finger nur pelzig, die rechte Hand normal, sie könne sie aber nicht mehr gebrauchen. Die rechte Hand sei in der Nacht vom 16. auf den 17. August 2017 mit der gesamten rechten Seite plötzlich gelähmt gewesen. Zwei Wochen zuvor sei ihr mitgeteilt worden, dass die Unfallrente nicht mehr bezahlt werde. Ihre Stimmung sei gut. Sie sei eigentlich nie traurig, ausser wenn jemand gestorben sei. Sie denke immer positiv. So sei sie auch erzogen worden. Der Schmerz sei jetzt auf Stufe 7 von 10. Morgens sei er hoch. Sie brauche halt Anlaufzeit bis zur Medikamenteneinnahme. Sie sei ab der dritten Klasse aufgrund ihres ausgeprägten Übergewichts gehänselt worden. Nach einer Abklärung im Jahr 2000 sei ihr eine Kinderwahrscheinlichkeit von 10 % vorausgesagt worden, zum Glück habe es ohne medizinische Hilfe geklappt. Bei den Geburten sei sie nach einem Verhebetauma 1999 schon eingeschränkt gewesen. Auch durch die Gewichtsprobleme hätten schon Probleme bestanden. Führend seien bei ihr Rückenschmerzen, ausserdem die Funktionseinschränkung der rechten Hand und die Kniebeschwerden. Einschneidende Ereignisse seien das Verhebetauma 1999, der Unfall vom 27. November 2001 und die Untersuchung auf Missbildung der Tochter im fünften Schwangerschaftsmonat gewesen. Nach der Geburt habe die Tochter im dritten Lebensmonat am offenen Herzen operiert werden müssen. Das sei die schlimmste Zeit ihres Lebens gewesen.

Zu ihrem Tagesablauf führte die Beschwerdeführerin aus, sie stehe um 05.00 Uhr auf, mache kurze Morgentoilette und die Betten. Dann brauche sie eine erste Pause, bis sie die Kinder um 06.00 Uhr wecke. Um 06.20 Uhr gebe es Frühstück, das sie zubereite. Alle Familienmitglieder frühstückten gemeinsam. Um 07.00 Uhr gingen die Kinder weg und der Mann lege sich um 08.00 Uhr hin, da er nach der Nachtschicht immer Schlaf benötige. Zuvor gehe er mit dem Hund raus. Sie könne dies nicht mehr tun. Sie versuche dann einige Dinge im Haushalt zu tun. Dann lege sie sich eine halbe Stunde hin, bis 10.00 Uhr. Danach zwinge sie sich in den kleinen Garten, um dort einige Runden ohne Rollator über 15 Minuten zu laufen. Danach bereite sie das Mittagessen zu. Beim Schneiden und Töpfe heben müsse der Mann helfen. Um 12.10 Uhr kämen die Kinder nach Hause und es gebe ein gemeinsames Mittagessen. Danach mache sie einen ausgiebigen Mittagsschlaf von einer Stunde. Ihr Mann helfe ihr mit der Wäsche. Oft würden sie dann ab 16.00 Uhr einkaufen gehen. Der Mann schlafe von 18.00 bis 19.30 Uhr noch einmal, bevor er um 21.30 Uhr auf

die Nachtschicht gehe. Sie selber gehe um 22.00 Uhr zu Bett. Um 23.00 Uhr schlafe sie typischerweise. Vorher telefoniere sie eine halbe Stunde mit ihrer Schwester und fast eine Stunde mit ihrer Mutter, dies jeden Abend. Sozial habe sie einen sehr guten Kontakt zu einem älteren Nachbarn in der Doppelhaushälfte. Insgesamt hätten sie mehrere befreundete Familien, mit denen man sich am Wochenende treffe. Diese seien entrüsteter über ihre Einschränkungen als sie selbst. Sie selber klagt nicht, es würde sonst allen verleidet. Sie habe eine beste Freundin, mit der sie zwei- bis dreimal pro Woche telefoniere. Eine psychiatrische Behandlung sei bisher nicht erfolgt, eine antidepressive Medikation ebenfalls nicht. Sie nehme nur Dafalgan.

Sie sei schon immer sehr eng mit ihrer hörgeschädigten und entwicklungsbeeinträchtigten Schwester verbunden gewesen. Ab der 3. Klasse sei sie wegen ihres Übergewichts gehänselt worden. Sie habe sich sehr ausgeschlossen gefühlt. Nach dem Einsetzen eines gastric banding habe sie begonnen permanent bei der Nahrungsaufnahme zu erbrechen. 2013 habe sie in einer Krise stationär aufgenommen werden müssen. 2014 habe man das Magenband wieder entfernt und sie habe heute wieder 135 kg. Wegen Kinderlosigkeit habe sie spätestens 1998 angefangen zu leiden. Von zwei In-vitro-Fertilisationen habe sie ein Kind über vier Wochen behalten, dann aber verloren. Rückenschmerzen beim Arbeiten habe sie schon immer gehabt, aber nach einem Verhebetauma 1999 sei es schlagartig sehr schlecht geworden. Nach einem zweiten Unfallereignis bei der Arbeit sei es noch schlechter geworden. Seither habe sie diese starken Rückenschmerzen. Ihr neuer Hausarzt habe der Unfallversicherung gemeldet, dass ihr Knie das Hauptproblem sei und nicht der Rücken. Deshalb sei die Rente eingestellt worden. Die Nachfrage, ob sie schon einmal gehört habe, dass die Lähmung der rechten Seite psychogen sein könnte, bejahe die Beschwerdeführerin. Sie glaube zwar an eine körperliche Ursache, es sei aber nicht auszuschließen, dass der Schock 2017 diese ausgelöst habe.

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Verlauf des Gesprächs lasse die Konzentrationsfähigkeit deutlich nach, ebenso der Antrieb und die Sprachproduktion. Die Beschwerdeführerin weise ein eher durchschnittliches Intelligenzniveau auf. Die Erfassungsgabe sei intakt. Die Konzentration lasse im Gesprächsverlauf nach, die Beschwerdeführerin gebe an, sich Vieles notieren zu müssen, und suche oft Sachen. Das Altgedächtnis sei bezüglich Jahreszahlen etwas unscharf. Eine formale Denkstörung lasse sich nicht eruieren. Inhaltlich sei sie auf ihre Gesundheit, Schmerzen und Sorgen fokussiert. Befürchtungen oder Zwangsverhalten liessen sich nicht eruieren, auch kein Wahn oder Ich-Störungen. Affektiv wirke sie Fassadär freundlich euthym gestimmt. Belastende Bewusstseinsinhalte würden verdrängt. Auf diese angesprochen reagiere sie sehr emotional. Im Gesprächsverlauf sei sie ermüdbar und erschöpfbar, der Antrieb nehme in der zweiten Gesprächshälfte deutlich ab. Die Fähigkeit, sich zu freuen, sei auf spezifische Nachfrage eingeschränkt, das Interesse für andere Menschen und die Umwelt vorhanden. Der Ehemann habe auf Nachfrage ausgeführt, er denke schon, dass die Beschwerdeführerin Depressionen habe. Sie sei rasch genervt. Er habe noch nie gehört, dass die Lähmung psychogen sei, das könne er sich auch nicht vorstellen.

6.1.6.4 Dem rheumatologischen Gutachten lässt sich zunächst entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auf Nachfrage berichte, am meisten durch flächige lumbale Rückenschmerzen gestört zu sein und durch ventrale Knieschmerzen rechts mit Einknicken beim Gehen. Sie verneine aber Schwellungen oder Kniegelenkspunktionen.

Im Rahmen der Befunderhebung wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin gehe mit dem Rollator, wobei lumbale Schmerzen angegeben würden. Der Rollatorgriff werde rechts nur mit Daumen und Zeigefinger umfasst, die Finger III bis V blieben zur Faust gerollt. Das Sich-Hinsetzen und Aufstehen geschehe schwerfällig unter Abstützen, im Sitzen während des Interviews finde kein Positionswechsel statt. Schemelsteigen werde als nicht möglich refüsiert. Gesamthaft wirke die Motilität phasenweise deutlich behände wenn abgelenkt, dies im Gegensatz zur fokussierenden Untersuchung. Beim An- und Auskleiden geschehe das Überstreifen des Leibchens flüssig, das Anziehen der Socken im Sitzen sei mühsam. Offensichtlich seien die Oberkörperinklination und die Hüftflexion beidseits durch die Körperfülle und möglicherweise lumbale Beschwerden eingeschränkt. Das Drehen von der Rücken- in die Bauchlage sei möglich. Im Bereich der Wirbelsäule zeige sich eine grobbogige BWS-Kyphose mit Inklination des oberen Achsenskeletts. In der Endphase der Inklination würden diffuse lumbale Schmerzen ausgelöst, in der Seitneigung in beiden Richtungen bestehe eine Einschränkung um 2 / 3 mit endphasig intensiven lumbalen Schmerzen und entsprechender Schmerzäusserung, dabei auch muskuläre Gegeninnervationen. Eine radikuläre Schmerzsymptomatik sei in den Endstellungen der LWS nicht auslösbar. Palpatorisch bestünden diffuse Dolenzen über den glutealen Weichteilen beidseits und über den dorsalen Fortsätzen der LWS. Die BWS-Rotation im Sitzen präsentiere sich mit endphasigen lumbalen Schmerzen. Die HWS-Beweglichkeit sei frei. Im Bereich der Extremitäten zeige die rechte Hand eine spontane Flexionshaltung resp. Teil-Fausthaltung der Finger III ■ V mit Volarflexion. Das passive Redressement der Finger unter Ablenkung sei trotz Schmerzangaben möglich bis zu einer residuellen Flexionshaltung der PIP■s bei 20 bis 30°. Die Finger- und Handgelenke seien palpatorisch unauffällig. Weichteiltrophische Störungen der Asymmetrien an den Händen fänden sich nicht. Die Handgelenksbeweglichkeiten seien passiv seitengleich. Rechts endphasig gebe die Beschwerdeführerin diffuse Handruckschmerzen rechts an. Palpatorisch zeigten sich keine Synovitiden und keine Sehnenverdickungen oder sonstige Reizungszeichen. Ein anders als mit Faustschlusshaltung der Finger III ■ V demonstrierter Handeinsatz könne während des gesamten Untersuchungsganges nicht beobachtet werden. Flexion und Extension des Ellenbogen links seien rechts endphasig mit diffusen Weichteilbeschwerden im Unterarm-/Oberarmbereich bei forcierter Ellenbogendehnung. Die aktive Schulterbeweglichkeit rechts sei schmerzhaft eingeschränkt. Die passive Schulterbeweglichkeit sei seitengleich ohne endphasige Schmerzen, die Tendinopathie-Resistivtests seien ohne Schmerzauslösungen auf beiden Seiten. Palpatorisch zeigten sich diffuse leichte Dolenzen der Weichteile im ventralen Schulterbereich rechts, ebenso am Coracoid. Im Bereich der unteren Extremitäten sei die Kniebeweglichkeit ohne Reizungszeichen, aber mit diffuser femoropatellärer Dolenz rechts und im Bereich der Weichteile. Die Endphasen der Beweglichkeiten würden muskulär gegeninnerviert, dies vor allem rechts. Die Füße präsentierten sich mit mässiger Valgus-Knick-Senkfussdeformität ohne palpatorische Besonderheiten oder Dolenzen.

6.1.6.5 In der Gesamtschau erheben die Gutachter folgende Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

6.2 Anhand der vorhandenen Unterlagen ist ersichtlich und auch unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, indem gegenüber der erstmaligen Rentenverfügung im Jahr 2005 weitere Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit hinzugekommen sind, insbesondere eine dissoziative

Bewegungsstörung. Hiervon geht auch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung aus. Sie hatte demnach zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen.

7. Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zum Verfügungszeitpunkt (12. Dezember 2019) auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 2. August 2018 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass das polydisziplinäre Gutachten von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten, in Kenntnis sämtlicher vorhandener Akten und nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der von ihr vorgetragenen Beschwerden, erstellt worden ist. Das Gutachten erfüllt somit die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise (vgl. E. II. 4.4 hiervor).

7.1 Inhaltlich wird in der internistischen Beurteilung widerspruchsfrei dargelegt, dass aus rein allgemeinmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Bezüglich der seit August 2017 neu aufgetretenen Urge-Inkontinenz wird eine gynäkologische Abklärung empfohlen.

7.2 In der neurologischen Beurteilung wird dargelegt, führend sei bei der Beschwerdeführerin eine Bewegungsstörung der rechten Hand sowie des Gangbildes, ohne Anhaltspunkte für eine somatische / neurologische Genese. Des Weiteren bestehe ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Anhaltspunkte für eine Radikulopathie. Zur Bewegungsstörung wird erläutert, es sei anamnestisch seit dem 17. August 2017 über eine rechtsseitige motorische Störung berichtet worden. Die Beschwerdeführerin habe am Morgen des 17. August 2017 die rechte Körperseite gar nicht mehr bewegen können. In der Folge sei eine Besserung eingetreten. Bezüglich der rechten Hand berichte sie, im Verlauf gelernt zu haben, den Daumen und Zeigefinger zu strecken, während sie die übrigen drei Finger stets gebeugt halte. In der klinischen Untersuchung zeige sich ein auffälliges Verhalten, wobei die Beschwerdeführerin auf Aufforderung hin durchaus in der Lage sei, auch die drei ulnaren Finger der rechten Hand zumindest partiell zu strecken. Bezüglich der unteren Extremitäten ergebe sich aktuell im Neurostatus kein Anhalt für eine Ausfallsymptomatik oder eine Bewegungs- oder Koordinationsstörung bei diesbezüglich blandem Neurostatus. Erstaunlicherweise seien auch komplizierte Gangarten wie der Strichgang und der Romberg-Stehversuch völlig normal durchführbar, während die Beschwerdeführerin jedoch berichte, im Alltag stets einen Rollator zu verwenden. Die objektiven neurologischen Befunde wie das Reflexbild und die Untersuchung der Pyramidenbahnzeichen fielen allesamt normal aus. Eine MRT-Neurokranium-Untersuchung vom 7. September 2017 habe normale Befunde ergeben und keine Hinweise für eine strukturelle cerebrale Pathologie. Gestützt auf diese Erkenntnisse kommt der neurologische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass insgesamt aufgrund der Anamnese sowie der aktuellen detaillierten klinischen Untersuchungsbefunde keine somatische fachneurologische Ursache für die geschilderten und zu beobachtenden Bewegungsstörungen erhoben werden könne. Die Störungen seien daher primär psychiatrischerseits zu erklären. Weil die Beschwerdeführerin schildere, dass ihr der rechte Arm «wie fremd» sei, sei differentialdiagnostisch an eine dissoziative Störung zu denken. Der Gutachter merkt unter Verweis auf die vorhandenen Akten an, dass sich diese Beurteilung mit der ersten Einschätzung des Neurologen Dr. med. L.____ decke. Des Weiteren bestünden anamnestisch lokale lumbale Schmerzen mit belastungsabhängiger

leichtgradiger Einstrahlung in den Oberschenkelbereich links. Klinisch ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine radikuläre sensible oder motorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei erhaltener Sensibilität, Kraft und symmetrischem Reflexbild der PSR. Auffällig sei, dass in den Vorakten seit der Ablehnung einer IV-Rente bis zum Zeitpunkt des negativen Rentenentscheids der Unfallversicherung praktisch keine ärztlichen Berichte vorlägen. Eine Progredienz resp. relevante Einschränkung durch die lumbovertebralen Beschwerden lasse sich dadurch auch aktenanamnestisch nicht nachvollziehen. Aus rein neurologischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin keine relevante Einschränkung somatischer / organisch neurologischer Natur erhoben werden, hält er daher einleuchtend fest. Dass sie sich in der Lage fühle, ein grosses Fahrzeug ■ wenn auch mit automatischem Getriebe ■ zu lenken, stehe in deutlichem Widerspruch zum Verhalten während der Untersuchung. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv empfundenen Einschränkungen, dem Erscheinungsbild und Verhalten sowie den neurologischen Untersuchungsbefunden.

7.3 In der psychiatrischen Beurteilung wird festgehalten, die Beschwerdeführerin sei sehr einfach gestrickt. Ihr Umfeld in der Kindheit sei von der Sorge um ihre ältere Schwester geprägt gewesen und sie sei sich gewohnt gewesen, sich auf das eher einfache Niveau der Schwester einzustellen. Sie habe sich von Kindheit an «zuständig» gefühlt. Schon damals habe eine ausgeprägte Adipositas bestanden, die sie bis heute begleite. Sie sei deswegen in der Schule gehänselt worden. Eine Autonomieentwicklung und Ablösung vom Elternhaus habe wenig ausgeprägt stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe von der Beziehung zu den Eltern in diejenige mit dem Ehemann gewechselt. Die aktuelle psychische Belastung sei schwer zu eruieren. Von der Persönlichkeitsstruktur her sei sie sehr einfach und naiv gestrickt und weise eine für dissoziative Störungen typische «belle indifference» auf. Sie könne kaum eigene negative Effekte wahrnehmen und kommunizieren. Entsprechend der schulischen Schwäche scheine sie auch eine Schwäche im Bereich der eigenen Gefühlsregulation und Steuerung zu haben. An der Essstörung werde deutlich, dass negative Affekte und innere Anspannung nur über Essen kompensiert werden könnten. Somit fehle die Integration aversiver Affekte in das Selbstbild. Die Beschwerdeführerin sei auch bezüglich der Hänseleien in einer passiven Rolle verblieben. In Beziehungen zeige sie ein abhängiges Verhalten. Sie delegiere viele Kompetenzen an ihren Ehemann. So habe sie in einem stützenden und versorgenden Umfeld mit Strukturgabe von aussen funktioniert. Nach dem Wegfallen des sehr fürsorglich unterstützenden Hausarztes und dem nachfolgenden Wegfall der UV-Rente sei dies weggebrochen und damit auch die Anerkennung ihres bisherigen, sprachlich selbst nicht formulierbaren Leidens. Die aufkommenden Affekte habe sie nicht mehr regulieren können. Dieser ihr bisher unbekannt Zustand sei für sie so bedrohlich, dass schlagartig eine neurologisch nicht erklärbare Hemisymptomatik rechts begonnen habe, die am ehesten als dissoziative Störung einzuordnen sei. Diese gutachterliche Herleitung erscheint gestützt auf das Dargelegte plausibel. Der Gutachter hält weiter fest, es handle sich hierbei um ein seltenes Krankheitsbild und eine sehr heterogene Krankheitsgruppe, weshalb sich der genaue Anteil, wie bewusstseinsnah oder bewusstseinsfern diese Symptomatik sei, nicht abschliessend klären lasse. Auch die Fragebogenerhebung zeige hochspezifisch in der Skala-Konversion einen sehr hohen Wert an. Die Störung werde daher insgesamt als eher bewusstseinsfern eingestuft. Da insgesamt glaubhaft sei, dass die Symptome nicht bewusst vorgetäuscht würden, sei davon auszugehen, dass die dissoziative Bewegungsstörung von der Beschwerdeführerin intrapsychisch als echte Lähmung und Behinderung verinnerlicht worden sei, obwohl es der medizinischen Realität zu widersprechen scheine. Diese

unbewusste Repräsentation eines nicht integrierbaren innerpsychischen Konflikts sei zwar selten, aber klassisch. Weiter beschreibt der Gutachter nachvollziehbar, dass die beschriebene Persönlichkeitsstruktur mit vielen unreifen und abhängigen Anteilen bei der sehr ausgeprägten Adipositas zur Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms prädisponiere. Das Gleiche gelte für die eingeschränkte Fähigkeit, eigene, insbesondere negativ besetzte Affekte wahrzunehmen. Begleitend liege eine leichte depressive Störung vor. Auch diese Einschätzung ist mit Blick auf die erhobenen Befunde einleuchtend.

Anhand des psychiatrischen Gutachtens lassen sich auch die in BGE 141 V 281 definierten Indikatoren, die bei psychosomatischen Leiden zu prüfen sind, erörtern. Zum Schweregrad wird festgehalten, dass sich der psychische Zustand seit der letzten Rentenprüfung verschlechtert habe, was verlaufsbedingt sei. In der Konsensbeurteilung wird ausserdem beschrieben, dass die Beschwerdeführerin in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, sowie in der Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt sei. Komorbiditäten liegen mit Blick auf die vorhandene dissoziative Bewegungsstörung, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie die rezidivierende depressive Störung vor. Zum bisherigen Verlauf von Behandlungen wird gesagt, dass die Beschwerdeführerin intrapsychisch unter Minderwertigkeitsgefühlen gelitten und früh mit kompensatorischem Überessen begonnen habe. Die Fähigkeit zur Selbstbehauptung sei zeitlebens wenig ausgeprägt gewesen und die Beschwerdeführerin in abhängigen Verhältnissen geblieben. Dementsprechend typisch sei es, dass Interventionen auf somatischer Ebene bezüglich Fettmassenreduktion ohne durchschlagenden Erfolg geblieben seien. Zur Persönlichkeit wird geschildert, die vorliegenden intrapsychischen Defizite seien ausgeprägter Natur und bildeten insgesamt eine ausgeprägte abhängige Persönlichkeitsakzentuierung. Die zwei Unfälle seien auffällig psychosomatisch verarbeitet worden. Es habe, wenn man von einer psychosomatischen Gesamtlast ausgehe, eine Symptomverschiebung stattgefunden. Dies sei ein unbewusster Vorgang. Aufgrund des sehr einfachen intellektuellen Niveaus, der einfachen psychischen Struktur, der fehlenden Reflexionsfähigkeit und der Alexithymie der Beschwerdeführerin sei auch nicht davon auszugehen, dass nach 48 Jahren hier durch intensive Psychotherapie bahnbrechende Bewusstwerdungsprozesse möglich seien, die eine wesentliche Symptomreduktion bewirken könnten, womit die Behandlungsoptionen angesprochen werden. Zum sozialen Kontext zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin innerhalb der Familie Unterstützung vor allem durch den Ehemann erfährt und in dieser Hinsicht wie dargelegt in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis steht. Dies war schon in Kindheit und Jugend der Fall, wobei bis heute eine Abnabelung von der Familie nicht stattgefunden hat. Die Beschwerdeführerin telefoniert nach wie vor täglich mit ihrer Mutter und ihrer Schwester. Zur Konsistenz wird schliesslich festgehalten, es hätten sich insgesamt weitgehend konsistente Berichte gezeigt, was den Tagesablauf, die Lebensführung und die Symptomentwicklung der letzten Jahre betreffe. Der Vergleich zwischen den verwendeten psychometrischen Instrumenten bezüglich Depression sei bezüglich Fremd- und Selbstbeurteilung ohne auffällige Diskrepanz. Die Beschwerdeführerin besitze ausser Zuhören wenig Ressourcen, um am Arbeitsleben teilzunehmen. Auch die Adipositas und die psychogene Lähmung stellten eine nicht willentlich zu überwindende Schranke dar.

Eine retrospektive Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung, die mehr als zehn Jahre zurückliegt, erachtet der psychiatrische Gutachter

aufgrund von fehlenden psychiatrischen Dokumentationen als äusserst schwierig. Inwieweit die damals konstatierte Einschränkung um 10 % konstant geblieben sei oder stetig zugenommen habe, lasse sich nicht mit abschliessender Sicherheit beantworten. Sicher habe die seit der Magen-OP 2014 eingetretene kontinuierliche Gewichtszunahme nicht zur Verbesserung des Funktionsniveaus beigetragen. Mit Sicherheit geht er aber davon aus, dass im August 2017 eine schlagartige Verschlechterung eingetreten ist. Seither sei von einer mindestens 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen, dies überwiegend aufgrund der Hauptdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen in der ungünstigen Kombination mit den übrigen Diagnosen. Ein angepasstes Tätigkeitsprofil formuliert der psychiatrische Gutachter wie folgt: Geringe Anforderungen an das Umstellungsvermögen, mässige Anforderungen an das Konzentrationsvermögen, geringe Anforderungen an die Multitask-Fähigkeiten, Publikumsverkehr stelle kein Problem dar. Die Leistungsfähigkeit für einfache Tätigkeiten betrage in dieser Zeit 100 %.

7.4 Die rheumatologische Einschätzung fällt schliesslich folgendermassen aus: Im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C.____ vom 24. Juni 2004 werde rheumatologisch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, wobei eine Wurzel-Claudicatio hochlumbal links nicht auszuschliessen sei, DD unspezifische Schmerzausstrahlung, diagnostiziert. Bildgebend seien mehrsegmentale degenerative Bandscheibenveränderungen rapportiert und eine intermittierende Karpaltunnelkompressionssymptomatik links als möglich erachtet worden. Zwischen der geringen Ausprägung von objektivierbaren klinischen Befunden und dem hohen Mass an angegebener subjektiver Schmerzintensität sei eine Diskrepanz festgestellt worden. Am 19. August 2017 sei es zu einer Hypästhesie der rechtsseitigen Extremitäten und einer armbetonten Dystonie gekommen, für die sich keine Erklärung habe finden lassen. Ein Angio-CT des Schädels und ein MRI des Neurocraniums seien unauffällig ausgefallen. Muskuloskelettär seien eine Fibromyalgie notiert worden und ein «anterior knee pain» bei Gonarthrose rechts mit Kniekontusion bei Treppensturz am 14. Oktober 2016 mit einem entsprechenden Knie-CT-Befund mit leichtgradigen degenerativen Veränderungen im Sinne einer medial betonten Gonarthrose ohne frische Frakturen. In der aktuellen klinischen Untersuchung zeigten sich ein BMI von 45 kg/m², Zeichen einer Thoracic-outlet-Symptomatik am rechten Arm und eine Sensibilitätsminderung am Handrücken rechts bei sonst rheumatologisch symmetrischem Reflexstatus. Das Motilitätsbild sei schwerfällig, die Beschwerdeführerin gehe mit dem Rollator. Der rechte Arm werde im Ellenbogen flektiert gehalten und die Hand volar gebeugt mit Teil-Faustschluss. Die LWS-Beweglichkeit sei allseitig eingeschränkt, aber ohne radikuläre Symptomatik. Es zeige sich eine Hyperkyphose der BWS mit Inklinationshaltung des oberen Rumpfes. Die Schulter rechts sei endphasig aktiv eingeschränkt mit muskulären dorsalen Schulterblattschmerzen. Es bestehe eine leichte Flexionshaltung des rechten Ellenbogens mit periartikulären Weichteilschmerzen. Trophische Störungen im Bereich der oberen Extremitäten gebe es keine, die Fingergelenke seien palpatorisch ohne Besonderheiten. Die Knie präsentierten sich mit osteoarthrotischer Gelenkkapselverdichtung, die Flexion sei beidseits eingeschränkt ohne sonstige Reizungszeichen. Am rechten Knie zeigten sich femoropatelläre Krepitationen, die Endphasen seien muskulär gegeninnerviert. Im Labor zeigten sich möglicherweise Veränderungen im Rahmen einer Malabsorptionsstörung, in der Bildgebung an den Händen leichte Zeichen eines Mindergebrauchs rechts mit optisch etwas vermindert imponierender

Knochendichte rechts, aber nicht im Sinne einer Sudeck-■schen Dystrophie. In einem MRI der LWS zeigten sich nur geringe degenerative Veränderungen ohne stenosierende Auffälligkeiten, an der HWS keine signifikanten Auffälligkeiten.

Konventionell-radiologisch bestünden an den Knien eine beginnende mediale Arthrose und schwere Arthrosezeichen an der Patella rechts mehr als links. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage sowie die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführten bildgebenden Untersuchungen als plausibel. Insgesamt schliesst der rheumatologische Gutachter damit auf einen gegenüber der letzten rheumatologischen gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2004 ausgeprägt dysfunktionalen Zustand mit rheumatologisch nicht erklärbarer Bewegungs- und Haltungsstörung des rechten Armes und der rechten Hand sowie mit einer Gangstörung, die de facto eine Benützung des Rollators zur Folge habe. Das Ausmass an zu beobachtender Einschränkung sei jedoch rheumatologisch nicht erklärbar. 2004 sei eine allfällige intermittierende Wurzelsymptomatik vermutet worden. Eine solche werde nun jedoch unter Verweis auf aktuelle Schichtbildung verneint, derartiges sei darin kaum mehr festzustellen. Neu gegenüber dem Zustand 2004 bestehe aber organläsionell eine deutliche femoropatellär akzentuierte Gonarthrose vor allem rechts. Das Ausmass der Gehstörung und Beweglichkeitseinschränkung erscheine aber dysproportional, ebenso das Schonungsverhalten und die Benützung eines Rollators. Im Kontrast dazu seien der Zehenspitzen- und Fersengang trotzdem und ohne akzentuierte Knieschmerz-Exazerbation möglich. Auch diese Beurteilung erweist sich als stimmig. Schliesslich wird dargelegt, dass das Gewicht, zusammen mit einer MR-tomographisch darstellbaren Atrophie der Rückenmuskulatur zufolge Dekonditionierung, sicherlich einen Teil der verspürten Rücken-, Bein- und Knieschmerzen rechts erkläre. Trotzdem sei das Ausmass nicht erklärbar. Gesamthaft müsse der Verlauf des muskuloskelettären Zustands gegenüber 2004 doch als verschlechtert angenommen werden, dies aufgrund des Gewichtsverlaufs, der MR-tomographisch darstellbaren Atrophie der Rückenmuskulatur und der degenerativen Prozesse vor allem am rechten Knie.

Daraus resultierend kommt der rheumatologische Gutachter zum Schluss, dass die muskuloskelettäre Belastbarkeit das Spektrum der noch möglichen Tätigkeiten gegenüber 2004 deutlich mehr einschränkt. Belastende körperliche Tätigkeiten und teilweise auch Alltagsbewältigungen seien zweifellos eingeschränkt zumutbar, aber längst nicht im Ausmass, wie es sich prima vista aus der Präsentation der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation unreflektiert ableiten liesse. Möglich sind aus gutachterlicher Sicht hingegen körperlich sehr leichte Tätigkeiten ohne Hantieren von Lasten von mehr als 2 ■ 3 kg, ausgeführt vorwiegend im Sitzen, ohne Notwendigkeit zu wiederholtem Aufstehen und Sich-Hinsetzen-Müssen, unter ergonomisch angepassten Arbeitsplatzverhältnissen, ohne Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, ohne kauernde, kniende oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne Benützen-Müssen von Schemeln, Stufen oder Leitern. In einer so angepassten Tätigkeit erscheine eine Arbeitsfähigkeit von 80 % möglich. Diese könne mit etwas reduzierter Leistungsgeschwindigkeit und vermehrten Pausen in bis zu sieben Stunden täglich erbracht werden. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit vermehrter Erholungszeit und situativ je nachdem etwas verlangsamter Leistungsgeschwindigkeit bei entsprechendem BMI. Diese nachvollziehbare Einschätzung gilt gutachterlich gesehen ab dem Zeitpunkt der Kniegelenkskontusion am 14. Oktober 2016.

7.5 In ihrer Konsensbeurteilung kommen die Expertin und die Experten der Begutachtungsstelle E. ___ zum folgenden, nachvollziehbaren Gesamtergebnis: 2001 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Pflegeassistentin auf die linke Körperseite gestürzt. In der Folge habe sie eine Rente von der Unfallversicherung erhalten, die 2017 aberkannt worden sei. Die entsprechende Mitteilung habe sie im August 2017 erhalten. Am Morgen des 17. August 2017 habe sie eine rechtsseitige motorische Störung verspürt und die rechte Körperseite nicht mehr bewegen können. Rheumatologisch liessen sich die bestehenden lumbalen Rückenschmerzen bei einem BMI von 45 kg/m² und einer sich im MRI darstellenden Atrophie der Rückenmuskulatur infolge Dekonditionierung zum Teil erklären. In der aktuellen Schichtbildgebung zeige sich eine Besserung der 2004 dargestellten allfällig intermittierenden Wurzelsymptomatik S1 rechts, die kaum mehr nachweisbar sei. Das Ausmass der präsentierten Beschwerden sei weder aus neurologischer noch aus rheumatologischer Sicht erklärbar, es fänden sich hierfür keine organischen Korrelate. Die präsentierte Symptomatik sei vor dem Hintergrund der psychiatrisch zu stellenden Diagnosen zu sehen. Die Beschwerdeführerin sei von ihrer Persönlichkeitsstruktur her sehr einfach. Sie funktioniere in einem stützenden und versorgenden Umfeld mit Strukturgabe von aussen. Mit Wegfallen der Unfallrente seien das Selbstbild und Weltbild zusammengebrochen. Die aufkommenden Affekte habe sie nicht mehr regulieren können und es habe sich schlagartig eine beginnende Konversionsstörung (heute dissoziative Störung) eingestellt. Diese sei als bewusstseinsfern einzustufen. Gegenüber der letzten polydisziplinären Begutachtung im Jahr 2004 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert. Im Vordergrund stehe die im August 2017 plötzlich aufgetretene dissoziative Bewegungsstörung der rechten, dominanten Hand. Insgesamt sei für körperlich sehr leichte, adaptierte Tätigkeiten eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % zuzuerkennen. Die quantitative Einschränkung sei psychiatrisch begründet. Die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin sei aufgrund der rheumatologischen Beurteilung nicht mehr möglich. Rheumatologisch gesehen seien nur körperlich sehr leichte Tätigkeiten ohne Hantieren von Lasten von mehr als 2 ■ 3 kg vorwiegend im Sitzen, ohne Notwendigkeit zu wiederholtem Aufstehen und Sich-Hinsetzen-Müssen möglich. Die Arbeitsplatzverhältnisse sollten ergonomisch angepasst sein, ohne wiederholtes Rotieren des Oberkörpers, ohne kauern, kniend oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile sowie ohne Benützen-Müssen von Schemeln, Stufen oder Leitern. Die Arbeitsfähigkeit habe sich damit seit der letzten polydisziplinären Begutachtung verschlechtert. Die aktuell führende Diagnose der dissoziativen Bewegungsstörung der rechten Hand sei auf August 2017 zu terminieren. Seit diesem Zeitpunkt bestehe die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit. Die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig. Es sei davon auszugehen, dass seit ca. 2014, in der Zeit des Mangelernährungszustandes, und folgend steter Gewichtszunahme eine Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin bestanden habe, da diese als muskuloskelettär belastend anzunehmen sei. Für eine körperlich sehr leichte Tätigkeit sei bis August 2017 maximal von einer 20%igen Einschränkung auszugehen, die sich durch reduzierte Leistungsgeschwindigkeit und vermehrte Pausen ergebe.

7.6 Die Beschwerdeführerin lässt in Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einwenden, die Beschwerdegegnerin sei fälschlicherweise von einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 60 % ausgegangen. Tatsächlich wird im polydisziplinären Gutachten in der Konsensbeurteilung von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 40 % gesprochen. Dies entspricht aber nicht den Beurteilungen

in den Teilgutachten, wonach internistisch und neurologisch keine Einschränkungen gesehen, psychiatrisch eine Einschränkung von 30 % festgelegt und rheumatologisch eine 20%ige Einschränkung attestiert wurde. Diese Diskrepanz blieb im Vorverfahren nicht unentdeckt. Die Beschwerdegegnerin bat die Begutachtungsstelle diesbezüglich mit Schreiben vom 21. November 2018 (IV-Nr. 84) um Klärung. Mit Eingabe vom 11. Januar 2019 (IV-Nr. 86) meldete die fallführende Gutachterin, Dr. med. F. ____, zurück, es seit bedauerlicherweise tatsächlich zu einem redaktionellen Versehen gekommen. Gesamtmedizinisch werde die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer leidsbedingten Einschränkungen als 60 % arbeitsfähig (Arbeitsunfähigkeit von 40 %) erachtet. Diese Einschätzung ergebe sich in der Gesamtschau der Leistungsminderung aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht. Unglücklicherweise wurde das redaktionelle Versehen in der angefochtenen Verfügung bzw. im Vorbescheid (IV-Nr. 89) übernommen (eine angepasste, sehr leichte Tätigkeit sei im Rahmen von 40 % möglich), bei der Ermittlung des Invalideneinkommens dann aber mit einer Arbeitsfähigkeit von 60 % gerechnet. Gestützt auf die umfassenden Herleitungen des psychiatrischen und rheumatologischen Gutachters sowie der am 11. Januar 2019 erfolgten Klarstellung ist indessen offensichtlich, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % und damit eine Restarbeitsfähigkeit von 60 % attestiert wird, was auch plausibel erscheint.

7.7 Die Beschwerdeführerin lässt gegen das polydisziplinäre Gutachten in inhaltlicher Hinsicht vorbringen, es sei darin nicht auf die am 1. Juni 2018 erneut eingetretene Bewegungsstörung eingegangen und die bestehende Urge-Inkontinenz sei nicht berücksichtigt worden. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass der provisorische Austrittsbericht des Spitals J. ____ vom 23. Juni 2018 der Begutachtungsstelle tatsächlich vorlag, er wird im Aktenauszug auch explizit erwähnt und sogar wiedergegeben (vgl. IV-Nr. 79.2 S. 2 und 15). Der Bericht und die Umstände waren den Gutachtern demnach bekannt. Es lässt sich daraus aber nichts ableiten, dass Einfluss auf die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit hätte. Der stationäre Aufenthalt erfolgte im Rahmen der bekannten und umfassend beurteilten dissoziativen Bewegungsstörung. Insofern bestand auch kein konkreter Anlass, im Rahmen der Konsensbeurteilung noch einmal explizit auf diesen Bericht Bezug zu nehmen. Hinsichtlich der anamnestisch seit August 2017 bestehenden Urge-Inkontinenz ist ebenfalls festzustellen, dass diese im Gutachten mehrfach erwähnt wird, somit bekannt war und entsprechend in die Beurteilung mit eingeflossen ist. Es wurde in diesem Zusammenhang jedoch lediglich eine gynäkologische Abklärung empfohlen, dieser aber nicht ein massgeblicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen oder dargelegt, dass eine abschliessende Beurteilung ohne vorgängige Abklärung der Urge-Inkontinenz nicht möglich wäre. Diese ist im Übrigen nur deshalb noch nicht erfolgt, weil sich die Beschwerdeführerin bis anhin offenbar selber nicht untersuchen lassen wollte (vgl. dazu ihre Angaben im Rahmen der Abklärung Haushalt [IV-Nr. 87]; siehe auch die Ausführungen anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 25. Januar 2021, wonach bis heute keine entsprechende Untersuchung durchgeführt worden sei [Protokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 39]). Insofern vermögen die vorgebrachten Einwendungen keine Zweifel an der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens aufkommen zu lassen.

Gleiches gilt für den nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten und im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Dr. med. M. ____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 27. Januar 2020 (Beilage 9 zur Beschwerde vom 28. Januar 2020). In diesem wird berichtet, dass die Beschwerdeführerin glaubhaft angebe, seit drei

Monaten wegen zunehmender Verkrampfung der rechten Hand nicht mehr schreiben zu können. Sie schleife das rechte Bein am Boden nach und die rechte Hand schwellen an, da sie sich krampfhaft am Rollator festhalten müsse. Sie zeige eine leichtgradige Depression, nachdem sie kürzlich beim Arbeitsamt als nicht vermittelbar beurteilt worden sei. Die im Bericht geäusserten Beschwerden waren allesamt bereits Thema im Rahmen der Begutachtung. Entsprechende Diagnosen wurden gestellt. Rückschlüsse auf eine vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene relevante Zustandsverschlechterung, die etwas an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändern würde, lassen sich daraus keine ziehen.

7.8 Nach dem Gesagten durfte die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 2. August 2018 abstellen. Demgemäss ist seit der letzten materiellen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. In der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin besteht eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit 60 %.

E. 7

7.1 Mit Verfügung vom 27. Oktober 2020 (A.S. 30 f.) wird der Antrag der Beschwerdeführerin auf Partei- und Zeugenbefragung abgewiesen. Gleichzeitig wird der Beschwerdeführerin Frist gesetzt, dem Gericht mitzuteilen, ob sie an der Durchführung einer öffentlichen Verhandlung nach EMRK festhalte. 7.2 Mit Eingabe vom 10. November 2020 (A.S. 33) teilt die Vertreterin der Beschwerdeführerin mit, dass am Antrag auf Durchführung einer öffentlichen Verhandlung festgehalten werde. 7.3 Mit Verfügung vom 11. November 2020 (A.S. 34 f.) werden die Parteien zur beantragten öffentlichen Verhandlung vor dem Versicherungsgericht vom 25. Januar 2021 vorgeladen, wobei der Beschwerdegegnerin das Erscheinen freigestellt wird. 7.4 Am 25. Januar 2021 führt das Versicherungsgericht die erwähnte öffentliche Verhandlung durch (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 38 ff.). Im Rahmen ihres Plädoyers bekräftigt die Vertreterin der Beschwerdeführerin die in der Beschwerde vom 28. Januar 2020 dargelegten Vorbringen und gibt die Rechtsbegehren der Beschwerdeführerin wie folgt zu Protokoll (A.S. 40): 1. Es sei die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 12. Dezember 2019 aufzuheben und der Beschwerdeführerin sei eine Invalidenrente zuzusprechen, deren konkrete Höhe in das Ermessen des Gerichts gestellt wird, mindestens jedoch eine Viertelsrente. 2. Eventualiter seien die Akten zur Einholung eines Ergänzungsgutachtens und anschliessender Neuurteilung an die Vorinstanz zurückzuweisen. 3. Es sei die Beschwerdegegnerin zu verpflichten, der Beschwerdeführerin – gemäss der edierten Honorarnoten – eine Parteientschädigung in Höhe von CHF 6'564.75 auszurichten. 4. Die Verfahrenskosten seien der Beschwerdegegnerin aufzuerlegen. Ausserdem reicht sie eine aktualisierte Kostennote vom 25. Januar 2021 (A.S. 42) ein, welche die Kostennote vom 15. April 2020 (A.S. 28) ersetzt. In der Folge schliesst die Vizepräsidentin des Versicherungsgerichts die öffentliche Verhandlung. 8. Auf die weiteren Ausführungen in den Rechtsschriften der Parteien wird, soweit erforderlich, in den folgenden Erwägungen eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 2. 2.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff. [S. 2 und 4 fehlen]; IV-Nr. 99 [alle Seiten vorhanden]) dar, es sei im

Rahmen der Neuanschätzung der Beschwerdeführerin ein polydisziplinäres Gutachten eingeholt worden. Zudem habe der Abklärungsdienst einen Abklärungsbericht Haushalt erstellt. Die Abklärungen hätten ergeben, dass der Beschwerdeführerin die bisherige Tätigkeit als Pflegeassistentin aufgrund der rheumatologischen Beurteilung nicht mehr möglich sei. Eine angepasste, körperlich sehr leichte Tätigkeit sei indessen im Rahmen von 40 % möglich, sofern nicht mit Lasten von mehr als 2 – 3 kg hantiert werden müsse und die Tätigkeit vorwiegend sitzend sei, ohne Notwendigkeit zum wiederholten Aufstehen und sich Hinsetzen. Die Arbeitsverhältnisse müssten ausserdem ergonomisch sein, ohne Notwendigkeit zu wiederholtem Rotieren des Oberkörpers, ohne kauern, knien oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne Benutzen-müssen von Schemeln, Stufen oder Leitern. Die quantitative Einschränkung erfolge aufgrund der psychiatrischen Beurteilung. Aufgrund der Abklärungen vor Ort sei erstellt, dass die Beschwerdeführerin heute, bei voller Gesundheit, mit überwiegender Wahrscheinlichkeit einer ausserhäuslichen Tätigkeit in einem 50%-Pensum nachgehen würde. Die restlichen 50 % wäre sie im Aufgabenbereich (Haushalt) tätig. Bei der Erledigung der Haushaltsarbeiten sei die Beschwerdeführerin zu 26.5 % eingeschränkt. Der Gesamtinvaliditätsgrad betrage damit 38 %. Der Situationsbericht vom 17. Januar 2019 bilde festen Bestandteil des Entscheids. Dem Umstand der behinderungsbedingt erschwerten Eingliederung habe man mit einem leidensbedingten Abzug von 10 % Rechnung getragen. Im nachfolgenden Einkommensvergleich rechnete die Beschwerdegegnerin schliesslich mit einem zumutbaren Pensum von 60 %. Zu den Einwänden der Beschwerdeführerin im Vorbescheidverfahren nimmt die Beschwerdegegnerin dahingehend Stellung, dass mit Blick auf die Stellungnahme des Abklärungsdienstes vom 4. September 2019, die im Einwandverfahren eingeholt worden sei, die vorgenommene Invaliditätsbemessung nicht zu beanstanden sei.

2.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 4 ff.) entgegenhalten, es sei an der angefochtenen Verfügung Folgendes zu bemängeln: - Die Berechnung des Invalideneinkommens sei falsch. - Das Ausmass der angenommenen ausserhäuslichen Tätigkeit bei voller Gesundheit sei zu Unrecht mit 50 % gewichtet worden. - Die Berechnung der Einschränkung im Haushalt sei willkürlich. - Das polydisziplinäre Gutachten habe weder die bestehende Urge-Inkontinenz, noch den Vorfall vom 1. Juni 2018 berücksichtigt. In der angefochtenen Verfügung werde zu Recht und unter Bezugnahme auf das polydisziplinäre Gutachten festgehalten, dass der Beschwerdeführerin eine körperlich sehr leichte Tätigkeit nur noch in einem Pensum von 40 % möglich sei. Dem Einkommensvergleich werde korrekterweise ein Valideneinkommen von CHF 57'996.00 zugrunde gelegt. Bei der Berechnung des Invalideneinkommens werde zunächst – ebenfalls korrekt – von einem Basiseinkommen von CHF 54'581.00 bei 100 % ausgegangen. Es werde dann aber fälschlicherweise mit einer bestehenden Arbeitsfähigkeit von 60 % gerechnet statt der gutachterlich festgestellten 40 %. Werde richtigerweise von einer verbleibenden Arbeitsfähigkeit von 40 % ausgegangen und ein leidensbedingter Abzug von 10 % vorgenommen, betrage das Invalideneinkommen CHF 19'649.00. Nach Korrektur dieses Rechenfehlers ergebe sich rechnerisch bereits ein Invaliditätsgrad von 46 %. Die Beschwerdeführerin habe im Intake-Gespräch vom 29. November 2017 eine mögliche ausserhäusliche Tätigkeit für den Fall, dass sie nicht gesundheitlich eingeschränkt wäre, auf 50 % geschätzt. Begründet habe sie dies seinerzeit damit, dass sie ja noch Kinder und einen Hund habe. Im Rahmen der Abklärung Haushalt vom 21. November 2018 habe sie ihre Arbeitstätigkeit im Gesundheitsfall auf 70 % geschätzt, konfrontiert mit selbst geäusserten früheren Schätzungen die Angabe dann auf 50 – 70 % relativiert. Die Abklärungsperson

gehe unter Berücksichtigung der Aussage der ersten Stunde davon aus, dass die Beschwerdeführerin mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nicht mehr als 50 % tätig wäre. Obwohl sie anlässlich des Gesprächs vom 21. November 2018 ihre ausserhäusliche Tätigkeit auf 70 % geschätzt habe, fokussiere sich die Abklärungsperson auf die zu einem früheren Zeitpunkt geäusserten 50 %. Dabei werde übersehen, dass die im Rahmen des Intake-Gesprächs geäusserte Schätzung von 50 % rund ein Jahr früher erfolgt sei. Zum damaligen Zeitpunkt habe die Beschwerdeführerin noch in ihrem Einfamilienhaus gelebt und die Kinder seien 12 und 15 Jahre alt gewesen. Im November 2018 seien die Kinder 13 und 16 gewesen, so dass entsprechend weniger Betreuung notwendig gewesen sei. Weiter gebe die Eigentumswohnung weniger zu tun als das Einfamilienhaus. Die Betreuungsaufgaben Hund und Kinder habe die Beschwerdeführerin im Intake-Interview aber als Grund für eine ausserhäusliche Tätigkeit von nur 50 % angegeben. Es erscheine insofern verfehlt, unbesehen auf die Aussage der ersten Stunde abzustellen, wo sich doch die äusseren Umstände innerhalb eines Jahres verändert hätten. Abgesehen davon bestreite die Beschwerdeführerin, anlässlich des Gesprächs vom 21. November 2018 überhaupt von 50 % gesprochen zu haben. Da sowohl ihr Ehemann als auch ihre Mutter anlässlich des Termins anwesend gewesen seien, könnten diese anlässlich eines Verhandlungstermins als Zeugen befragt werden. Dass sie nicht von 50 % gesprochen habe, untermauere auch die Aussage der Ergotherapeutin vom 8. März 2019. Diese habe der Beschwerdegegnerin gegenüber angegeben, die Beschwerdeführerin habe ihr noch vor Erstellung des Abklärungsberichts gesagt, sie würde gerne 80 % arbeiten, wenn sie gesund wäre. Es sei zumindest von den seitens der Beschwerdeführerin zugestandenermassen erwähnten 70 % auszugehen. Hinsichtlich der Berechnung der Einschränkung im Haushalt werde zwar die Gewichtung der einzelnen Bereiche nicht in Frage gestellt, jedoch die jeweils attestierte Einschränkung in den einzelnen Bereichen bestritten. Zum Bereich Ernährung sei zu bedenken, dass Rüstarbeiten und das Heben von Pfannen beim Kochen nahezu täglich anfielen. Eine Drittperson müsse regelmässig beim Aufräumen und Reinigen helfen. Eine massivere Einschränkung wäre nur denkbar, wenn der Beschwerdeführerin die Fähigkeit zur Zubereitung von Essen ganz abgesprochen würde. Es bestehe mindestens eine Einschränkung von 60 %. Im Bereich Wohnungspflege müsse dementiert werden, dass sie die Pflanzen im Garten bewirtschaften könne. Sie könne zwar die Wohnungspflanzen selber versorgen und auch das «Hochbeet» (das nur ein kleiner Blumenkasten sei), jedoch habe der Ehemann die Pflege sämtlicher übriger Pflanzen übernommen. Inzwischen sei auch er wegen eines sich verschlimmernden Rückenleidens nicht mehr im gleichen Ausmass in der Lage, seine Frau bei der Hausarbeit zu unterstützen. Eine Einschränkung von mindestens 50 % wäre angemessen. Was die Wäsche und Kleiderpflege anbelange, so dürften das Aufhängen und Bügeln der Wäsche mindestens 40 % des Gesamtaufwands ausmachen. Es sei unverständlich, weshalb die Einschränkung nur mit 15 % veranschlagt werde. 40 % wären angemessen. Schliesslich erscheine bei den übrigen Haushaltstätigkeiten die vorgenommene Einschätzung hinsichtlich Einkauf willkürlich. Weiter sei zu beanstanden, dass das eingeholte Gutachten mangel- bzw. lückenhaft sei. Die Beschwerdeführerin könne seit dem Vorfall vom 1. Juni 2018 noch schlechter laufen und die rechte Hand noch schlechter nutzen. Die Gutachterstelle sei rechtzeitig vor der Erstellung der Konsensbeurteilung entsprechend informiert gewesen, berücksichtige diese Punkte aber nicht. Darüber hinaus berücksichtige der gutachterliche Bericht vom 2. August 2018 nicht, dass die Beschwerdeführerin am 1. Juni 2018 erneut eine plötzlich auftretende dissoziative Bewegungsstörung erlitten habe. Dies obwohl der entsprechende Arztbericht von Dr. med.

D.____ vom 23. Juni 2018 nachweislich am 3. Juli 2018, und damit vor Erstellen des Konsensberichts, bei der Begutachtungsstelle eingegangen sei. Aus diesem Austrittsbericht ergebe sich, dass über drei Wochen hinweg eine stationäre Behandlung erfolgt sei. Beim Austritt seien unter anderem eine psychosomatische / psychotherapeutische ambulante Anbindung empfohlen worden und eine ambulante Physio- und Ergotherapie. All dies lege nahe, dass sich der Gesundheitszustand durch den Vorfall vom 1. Juni 2018 weiter massgeblich verschlechtert habe, was nicht Eingang in das Gutachten gefunden habe. Bezüglich der seit August 2017 neu aufgetretenen Urge-Inkontinenz werde ausserdem im eingeholten polydisziplinären Gutachten eine gynäkologische Abklärung empfohlen, die bis jetzt nicht gemacht worden sei. Inwieweit diesbezüglich eine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit resultiere, sei unklar. Anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 25. Januar 2021 lässt die Beschwerdeführerin an den beschwerdeweise erhobenen Rügen sowie an den bisher gestellten Rechtsbegehren festhalten (vgl. Verhandlungsprotokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 38 ff.; siehe auch E. I. 7.4 hievor).

3. 3.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Verneinung des Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente mit Verfügung vom 12. Dezember 2019, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist.

3.2 Nach der seit 1. Januar 2012 geltenden Rechtslage (6. IV-Revision) haben nach Art. 28 Abs. 1 Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.2) jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]) gewesen und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

3.3 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 2 und 3 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]). Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 105 V 30) – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ersten

Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen, AHI 1999 S. 84 E. 1b). Dies gilt jedoch nur in Fällen, in denen seit der ersten Verfügung keine materielle Prüfung des Rentenanspruchs mehr stattgefunden hat, sondern einzig Nichteintretensverfügungen. 4.

4.1 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). 4.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1, mit vielen Hinweisen). 4.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (AHI 1997 S. 121; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 4.4 Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten

Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352 ff.). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches aufgrund 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 135 V 465 E. 4.4 S. 470). 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). 5.

5.1 Der Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin wird durch den Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letztmaligen materiellen Rentenprüfung – Verfügung vom 3. Februar 2005 (IV-Nr. 46) – und demjenigen, wie er zur Zeit der streitigen Verfügung vom

E. 8

8.1 Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem 80%-Pensum angestellt. 2002 und 2004 wurde sie Mutter. Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet.

8.2 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Nach der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Artikel 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird. Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR «Di Trizio» vom 2. Februar 2016) sollte bis zum Inkrafttreten der neuen, generell-abstrakten Regelung am 1. Januar 2018 im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung kommen.

E. 9

9.1 Zu prüfen ist zunächst die Statusfrage bzw. die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ausserhäuslich tätig wäre. Diese ■ stets hypothetische ■ Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund

objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010 vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2.1). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verfügungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150; Urteil des Bundesgerichts 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis).

9.2 Für den konkreten Fall lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin hat eine Ausbildung als Pflegeassistentin abgeschlossen und arbeitete bis zum Unfall vom 27. November 2001 in diesem Beruf, von Mai 1992 bis Mai 2003 bei der gleichen Arbeitgeberin (IV-Nr. 2). Das Arbeitsverhältnis wurde am 26. November 2002 aus betrieblichen Gründen per 31. Mai 2003 gekündigt (IV-Nr. 12 S. 4). Gemäss Arbeitgeberbericht der Stiftung B. ___ vom 11. Februar 2003 arbeitete die Beschwerdeführerin von Beginn weg in einem 80%-Pensum. Seit dem Arbeitsunfall war sie nicht mehr erwerbstätig. Am 18. November 2002 wurde sie Mutter eines Sohnes. Die Tochter kam am 12. Januar 2004 zur Welt. Da sie bereits vor den Geburten aus gesundheitlichen Gründen keiner Arbeit mehr nachging, lassen sich aus der Biografie keine Rückschlüsse ziehen, ob durch die familiären Umstände allein eine Änderung des Arbeitspensums vorgenommen worden wäre. Im Abschlussbericht zur beruflichen Eingliederung vom 12. Januar 2005 (IV-Nr. 43) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin zuerst angegeben habe, sie würde sechs bis sieben Nächte arbeiten, wenn sie die Schmerzen nicht hätte. Später habe sie diese Aussage relativiert und gemeint, sie könne nur am Wochenende jeweils nachts oder unter der Woche ca. vier Nächte arbeiten. Sie habe immer gerne gearbeitet, mit den Kindern jedoch sei dies nur nachts möglich. Im Rahmen der erstmaligen Rentenprüfung wurde schliesslich davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in einem ausserhäuslichen Pensum von 30 % tätig wäre (IV-Nr. 46 und 55). In der Folge war sie, obwohl bei der erstmaligen Rentenprüfung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert worden war, nicht mehr erwerbstätig. Nach der über zehn Jahre später erfolgten Neuanschuldung führte die Beschwerdeführerin dann im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 29. November 2017 (IV-Nr. 62) aus, sie würde ohne Gesundheitsschaden 50 % arbeiten. Begründet wurde die Aussage damit, dass sie noch Kinder, ein Haus und einen Hund habe. Zu diesem Zeitpunkt besuchten ihre beiden Kinder die Sekundarschule. Zu Freizeitaktivitäten gab sie damals an, ihr grösstes Hobby sei ihr Hund gewesen. Ein Jahr später, anlässlich der am 21. November 2018 stattfindenden Haushaltsabklärung (IV-Nr. 87), bestätigte die

Beschwerdeführerin sodann zunächst die dort getätigte Aussage ihrer Mutter, dass sie im Gesundheitsfall sicherlich nicht 100 % erwerbstätig wäre. Sie habe selber anschliessend ein Pensum von 70 % erwähnt. Auf die Aussagen im Intake-Gespräch und der Begutachtung angesprochen, wonach sie sich über ein 50%-Pensum geäussert habe, habe sie dann dies bestätigt und letztlich angegeben, sie würde zwischen 50 bis 70 % ausserhäuslich tätig sein. Beschwerdeweise lässt die Beschwerdeführerin nun vorbringen, zum Zeitpunkt der Erstaussage am 29. November 2017 (die als solche nicht bestritten wird [vgl. Beschwerde, A.S. 9 f., sowie Verhandlungsprotokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 39 f.]) habe sie noch in ihrem Einfamilienhaus gelebt und die Kinder seien 12 und 15 Jahre alt gewesen. Im November 2018, bei der Abklärung, seien die Kinder 13 und 16 Jahre alt gewesen, so dass entsprechend weniger Betreuung notwendig gewesen sei. Weiter gebe es in der vier Wochen vor der Abklärung bezogenen Eigentumswohnung weniger zu tun als im vorher bewohnten Einfamilienhaus. Die Betreuungsaufgaben Hund und Kindern gegenüber habe die Beschwerdeführerin im Intake-Interview aber als Grund für eine ausserhäusliche Tätigkeit von nur 50 % angegeben. Es erscheine insofern verfehlt, unbesehen auf die Aussage der ersten Stunde abzustellen, wo sich doch die äusseren Umstände innerhalb eines Jahres verändert hätten. Dabei wird verkannt, dass der Umzug in eine Eigentumswohnung gemäss Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Abklärung aufgrund ihres Gesundheitszustandes erfolgte, was sich auch den Ausführungen anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 25. Januar 2021 entnehmen lässt (vgl. Protokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 39 unten). Hier ist aber die Frage zu klären, welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nachginge. Für den Gesundheitsfall wäre davon auszugehen, dass die Familie nach wie vor in ihrem Einfamilienhaus leben würde. Die beiden Kinder waren zum früheren wie zum späteren Zeitpunkt bereits in der Oberstufe, die Erwerbssituation des Ehemannes war 2017 und 2018 die gleiche. Es sind somit keine Gründe für die unterschiedlichen Aussagen (50%-Pensum und 70%-Pensum) ersichtlich bzw. ist nicht plausibel, weshalb die Beschwerdeführerin ein Jahr später in einem höheren Pensum tätig gewesen wäre als ursprünglich genannt. Damit ist, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt, der Aussage der ersten Stunde höheres Gewicht beizumessen. Diese Aussagen sind in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Eine Befragung zu diesem Thema im jetzigen Zeitpunkt verspricht aus den gleichen Gründen erfahrungsgemäss keine zuverlässigen Aufschlüsse (vgl. statt vieler BGE 121 V 45 E. 2a S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C_347/2017 vom 18. August 2017 E. 3.1). Auch die später vorgebrachten telefonischen Äusserungen der Beschwerdeführerin und ihrer Ergotherapeutin nach Erlass des Vorbescheids am 7. und 8. März 2019 (vgl. die entsprechenden Protokolleinträge) führen zu keinem anderen Schluss. Somit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall in einem ausserhäuslichen Pensum von 50 % tätig wäre.

10. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der invaliditätsbedingten Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Januar 2019 (IV-Nr. 87) und die Stellungnahme vom 4. September 2019 (IV-Nr. 97) ab. Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt.

10.1 Für den Beweiswert eines solchen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass dieser von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen

Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1).

Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Beizugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). Prinzipiell stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen der Vorzug zu geben (Urteil des Bundesgerichts 8C_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 6.2).

10.2 Im vorliegenden Fall wurde der «Abklärungsbericht Haushalt» von einem Abklärungsfachmann des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin erstellt. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich dabei um eine nicht qualifizierte Person handeln würde. Es ist gestützt auf den Inhalt des Berichts auch davon auszugehen, dass dem Abklärungsfachmann sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Insbesondere das zum Zeitpunkt der Abklärung vorhandene, beweiskräftige Gutachten wird im Bericht wiedergegeben. Zudem enthält der Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt. Diese werden auch nicht bestritten. Die Beschwerdeführerin lässt aber vorbringen, die prozentual attestierten Einschränkungen seien zu bemängeln. Hierbei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass ein gerichtlicher Eingriff in das Ermessen der Abklärungsperson nur bei klar feststellbaren Fehleinschätzungen angezeigt ist. Eine solche ist vorliegend nicht ersichtlich. Die Feststellungen des Abklärungsfachmanns erscheinen

plausibel und schlüssig. Er stützt sich in allen Bereichen auf die Angaben der Beschwerdeführerin, weicht nicht von diesen ab und kommt gestützt darauf zum Schluss, dass gesamthaft eine Einschränkung von 26.5 % bestehe, was einer Einschränkung von etwas mehr als einem Viertel im Haushalt gleichkommt. Inwiefern diese Einschätzung unter Berücksichtigung der dargelegten Einschränkungen willkürlich wäre, ist nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin gibt zwar an, beim Kochen in verschiedener Hinsicht Hilfe zu benötigen, dennoch bereitet sie nach wie vor täglich das Essen für die ganze Familie zu. Eine Einschränkung von ca. einem Drittel erscheint dabei plausibel. Bei der Wohnungspflege wird eine Einschränkung von 40 % festgelegt, wobei die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwendungen nicht geeignet sind, diese als klar falsch erscheinen zu lassen. Dass sie nur noch die Wohnungspflanzen und das «Hochbeet» selber bewirtschaftete, wurde genauso berücksichtigt wie der Umstand, dass gewisse Putzarbeiten nur mit Hilfe des Ehemannes erledigt werden. Auch die bei der Wäsche und Kleiderpflege vorgenommene Einschätzung einer 15%igen Einschränkung erscheint aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin beim Aufhängen, Bügeln und Einräumen Unterstützung benötigt, nicht willkürlich. Beim Einkauf wird eine Einschränkung von 30 % veranschlagt. Die Beschwerdeführerin ist trotz der von ihr angegebenen Beschwerden gemäss eigenen Angaben in der Lage, ein Auto zu lenken und kleine Einkäufe zu erledigen. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist den Familienangehörigen ohnehin zuzumuten, die Beschwerdeführerin im Haushalt zu unterstützen. Es besteht insofern kein Anlass, von der vom Abklärungsfachmann getroffenen Einschätzung abzuweichen. Auf die im Abklärungsbericht festgelegte Einschränkung von 26.5 % im Haushalt kann daher abgestellt werden.

11. Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese im Grundsatz unbestritten geblieben. Auch der bei der Berechnung des Invalideneinkommens vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % wird nicht in Frage gestellt und erscheint im Rahmen des der Beschwerdegegnerin zustehenden Ermessens grundsätzlich als angemessen. Zwar liesse sich mit Blick auf die attestierten Einschränkungen auch noch ein Abzug von 15 % rechtfertigen, was im Ergebnis allerdings ebenfalls zu einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen würde.

Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung abgestellt. Dies erweist sich angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit 2003 nicht mehr erwerbstätig war, als korrekt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2016, TA1 tirage skill level, Ziff. 86 ■ 88 [Gesundheits- und Sozialwesen], Niveau 1, Frauen) ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Unter Aufrechnung der Wochenstunden ergibt sich damit ein Valideneinkommen von CHF 57'996.00 für ein Vollzeitpensum, das es hier gestützt auf Art. 27bis Abs. 3 lit. a IVV zu berücksichtigen gilt. Grundsätzlich müsste dieses noch an die Nominallohnentwicklung 2016 / 2017 (: 102.5 x 102.7 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 ■ 2018, Ziff. 86 ■ 88]) angepasst werden, was die Beschwerdegegnerin unterlassen hat. Auch für die Bemessung des Invalideneinkommens kommt ein Tabellenlohn der LSE 2016 zur Anwendung, wobei auch dort die an sich gebotene Aufrechnung des Nominallohnindex 2016 / 2017 (: 105.0 x 105.4 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 ■ 2018, Total]) nicht berücksichtigt worden ist. Dieses Unterlassen hat vorliegend jedoch keinen Einfluss auf den Invaliditätsgrad (bzw. im Einkommensvergleich resultierte eine marginal tiefere Einschränkung von 49.1 %, also zu

Ungunsten der Beschwerdeführerin), weshalb auf eine Berichtigung verzichtet werden kann. Der für das Invalideneinkommen herangezogene Tabellenlohn TA1 tirage skill level, Total, Niveau 1, Frauen, erscheint angesichts des zumutbaren Tätigkeitsprofils ebenfalls als korrekt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden beträgt das Invalideneinkommen damit CHF 54'581.00. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein Pensum von 60 % zumutbar ist und nach Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Invalideneinkommen von CHF 29'474.00. Die Erwerbseinbusse beträgt damit 49.2 %.

Zwar ist die oben zitierte Bestimmung (Art. 27bisAbs. 3 lit. a IVV) erst am 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Angesichts der Tatsache, dass der Invaliditätsgrad auch in diesem, für die Beschwerdeführerin günstigeren Fall nicht ein rentenbegründendes Ausmass erreicht, wie sich nachstehend zeigen wird, kann darauf verzichtet werden, eine separate Berechnung für die relevanten Monate im Jahr 2017 nach vorher geltendem Recht vorzunehmen.

Nach Anwendung der gemischten Methode ergibt sich somit für den ausserhäuslichen Anteil von 50 %, wo eine Einschränkung von 49.2 % besteht, ein Invaliditätsgrad von 24.6 %. Im häuslichen Bereich mit Anteil 50 %, wo eine Einschränkung von 26.5 % besteht, beträgt der Invaliditätsgrad 13.25 %. Insgesamt resultiert so ein Invaliditätsgrad von 38 %. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch zu Recht abgelehnt.

13. Ebenfalls abgelehnt hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, ohne dies weiter zu begründen. Die Beschwerdeführerin selber lässt keine solchen beantragen. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Haltung der Beschwerdeführerin, dass sie keiner Tätigkeit mehr nachgehen könne, berufliche Massnahmen nicht für sinnvoll hielt. Vor diesem Hintergrund scheinen solche tatsächlich wenig zweckmässig. Es bleibt der Beschwerdeführerin indessen unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin um Unterstützung bei der Stellensuche nachzusuchen, wenn sie ihre verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten möchte.

E. 12

Jahren mit offenbar sozialer Ausgrenzung mit psychischen Reaktionen. Es fehlten aber Hinweise auf eine manifeste depressive Störung. Eine weitere belastende Episode bestehe ab 1998 im Rahmen des unerfüllten Kinderwunsches. Es lägen damit durchaus bedeutende psychosoziale Konflikte vor, die dem Unfall von 2001 vorausgegangen seien und die möglicherweise beigetragen haben könnten, dass sich die Schmerzsymptomatik aus psychologischen Gründen im Sinne einer Schmerzstörung manifestiert habe. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung könne diskutiert werden. Man könne diese Diagnose aber nur stellen, wenn somatische Ursachen für die Schmerzen ausgeschlossen werden könnten, und diese seien auf dem rheumatologischen Gebiet vorhanden, wenngleich auf eine bedeutende Diskrepanz zwischen den objektiven Befunden und dem hohen Ausmass der subjektiven Schmerzintensität hingewiesen werde. Bei der aktuellen Untersuchung bestünden psychologische Faktoren und emotionale Konflikte, die doch mindestens syndromal vorhanden seien. Es bestehe eine verminderte emotionale Belastbarkeit bei einer noch nicht gemäss Kriterien vollständig erreichten depressiven Störung. Für eine Intelligenzminderung bestünden keine Hinweise. In der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde zusammengefasst festgehalten, dass für die bisherigen körperlichen und rückenbelastenden Tätigkeiten als Pflegeassistentin Stufe I aus Sicht des Bewegungsapparates eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit bestehe. Aus rein

psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin aufgrund der genannten Diagnose für eine den somatischen Beschwerden angepasste Tätigkeit zunächst aufgrund der subsyndromalen depressiven Symptomatik mit verminderter emotionaler Belastbarkeit in ihrer Arbeitsfähigkeit um rund 10 % eingeschränkt. Der Beginn der Arbeitsunfähigkeit werde auf das Unfalldatum 27. Januar 2001 datiert. Eine volle Arbeitsfähigkeit erscheine aber für körperlich leichte bis mittelschwere, nicht rückenbelastende Tätigkeiten zumutbar. Diese dürften kein repetitives Sich-Bücken, ständig rotatorische Bewegungen des Oberkörpers oder Überkopfarbeit beinhalten. Ebenfalls seien Tätigkeiten mit repetitivem Heben, Ziehen oder Stossen von Lasten über 15 – 20 kg nicht zumutbar. Die Tätigkeit sollte ebenfalls in wechselnder Position ohne ausschliessliches Stehen und Gehen durchgeführt werden können. Im Haushalt seien die entsprechenden Tätigkeitsanteile mit obigem Verweisprofil uneingeschränkt zumutbar.

6. 6.1 Zum Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung lagen folgende medizinische Unterlagen vor:

6.1.1 Im Bericht des Hausarztes, Dr. med. D.____, vom 30. Oktober 2017 (IV-Nr. 56) werden folgende Diagnosen erhoben: - Armbetonte Dystonie und Hypästhesie der rechtsseitigen Extremitäten 08/2017 - rheumatologische Sprechstunde J.____ 19. September 2017 - CT Schädel 18. September 2017 mit Angiosequenz: keine intracerebrale Blutung, keine frische Ischämie, kein Tumor, keine Gefässstenosen - MRI Neurokranium 7. September 2017: altersentsprechend / unauffällig - Fibromyalgie - 11/2001: Beckenkontusion mit persistierendem Schmerzsyndrom und anhaltender Arbeitsunfähigkeit - psychiatrische Beurteilung 2001: somatoforme Schmerzstörung möglich - Revision des Unfall-Rentenentscheides 10/2017: keine weitere Rente - Knieschmerzen rechts bei Gonarthrose rechts - orthopädische Sprechstunde 15. Mai 2017 - muskuläre Dysbalance mit Ansatzendinitis Pes anserinus - Treppensturz 10. April 2016, traumatisierte Gonarthrose / Patellararthrose - Eisenmangel ohne Anämie 09/2017 - Sekundäre Bandintoleranz bei - Magenbandeinlage 1997 im BSS - Hospitalisation mit lebensbedrohlicher Dehydratation und Mangelernährung im Dezember 2013 - Gastroskopisch 20. Dezember 2013: Mega-Ösophagus mit stauungsbedingter Ösophagitis, Ulcus ventriculi - Magenbandentfernung und laparoskopischer Y-Roux Magenbypass 8. Juli 2014 - Strecksehnenabriss Endglied Dig. V rechte Hand - Schienenbehandlung problematisch, länger dauernde Ergotherapie - Handchirurgie Kontrolle 31. März 2014 Vorschlag zur Ergotherapie, evtl. in sechs Wochen chirurgische Behandlung - Beckenkontusion mit persistierendem lumbovertebralem Schmerzsyndrom 11/2001 - Laparoskopische Cholezystektomie mit intraoperativer Cholangiographie 10/2006 bei Status nach akuter biliärer Pankreatitis Der Hausarzt hielt fest, man sollte eine Umschulung initiieren.

6.1.2 Im Bericht von Dr. med. K.____, Oberarzt am Rehabilitations- und Rheumazentrum im Spital J.____, vom 21. September 2017 (IV-Nr. 56 S. 3 ff.) wird über einen Treppensturz am 10. April 2016 und ein nachfolgendes Taubheitsgefühl an den rechten Extremitäten berichtet. In Zusammenschau mit den bisherigen radiologischen Untersuchungen komme vor allem auch eine psychosomatische Genese der Dystonie im Bereich der rechtsseitigen Extremitäten in Betracht. Die Beschwerdeführerin werde an den Neurologen überwiesen.

6.1.3 Im neurologischen Sprechstundenbericht vom 24. Oktober 2017 (IV-Nr. 64 S. 5 f.) von Dr. med. L.____, Oberarzt Neurologie im Spital J.____, werden folgende Diagnosen gestellt: - V.a. dissoziative Bewegungsstörung mit dystoner Haltung des rechten Arms (F 44.4) - Akuter Beginn am 19. August 2017 - MRI Neurocranium vom 7. September 2017 unauffällig - Fibromyalgie - Morbide Adipositas - Eisenmangelanämie Die Beschwerdeführerin habe über Nacht eine Armschwäche bemerkt. Im Verlauf des Tages habe sie den Arm wieder besser bewegen können ausser die Finger 3 – 5 rechts.

Diese Bewegungsschwäche halte bis heute an. Auch bestehe eine Schwäche des rechten Beins nach einem Treppensturz vor einem Jahr. Das MRI des Neurocranium sei unauffällig. Ursache der Bewegungsstörung sei am ehesten eine dissoziative Genese. Hiermit seien die Befunde vereinbar.

6.1.4 Im Arztbericht von Dr. med. D. ___ vom 7. Dezember 2017 (IV-Nr. 64 S. 1 ff.) attestiert dieser der Beschwerdeführerin eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % seit dem 19. August 2017, was die bisherige Tätigkeit anbelange. Eine Arbeit ohne körperliche Belastung sei wahrscheinlich zu 100 % zumutbar.

6.1.5 Gemäss provisorischem Austrittsbericht des Spitals J. ___ vom 23. Juni 2018 (IV-Nr. 77 S. 1 ff.) befand sich die Beschwerdeführerin seit dem 12. Juni 2018 in einem stationären Aufenthalt. Als Hauptdiagnose wurde eine dissoziative Bewegungsstörung mit vordergründig dyston-anmutender Haltung des rechten Armes erhoben (ES 08/17, ED 10/17, mit aktuell hochgradiger Akzentuierung am 1. Juni 2018), daneben ein schwerer Vitamin B12-Mangel, ein schwerer Vitamin D-Mangel, eine schwere Eisenmangel-Anämie und eine Urge-Inkontinenz (anamnestisch seit 2017). Die Beschwerdeführerin habe am 1. Juni 2018 beim Lesen der Zeitung in Anwesenheit der Familie plötzlich ein eingeschränktes Sehen im rechten Gesichtsfeld festgestellt, daraufhin auch ein Taubheitsgefühl in Arm und Bein rechts mit verstärkter Bewegungseinschränkung von Arm und Hand rechts, weiter habe sie eine verwaschene Sprache gehabt. Das Bewusstsein sei erhalten gewesen, die Symptomatik fluktuierend und von mehrstündiger Dauer. Anhand der durchgeführten Untersuchungen (Laboranalyse, Schädel-CT/CTA, Schädel-MRI, Ruhe-EKG) habe eine zerebrale Ischämie ausgeschlossen werden können. Es habe sich aber ein schwerer Vitaminmangel gezeigt. Der Austritt sei am 23. Juni 2018 in die angestammten häuslichen Verhältnisse erfolgt. Eine psychosomatische / psychotherapeutische Behandlung werde empfohlen. Reguläre neurologische Kontrollen seien nicht vorgesehen.

6.1.6.1 Im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle E. ___ vom 2. August 2018 (IV-Nrn. 79.1 – 79.9) wird in internistischer Hinsicht keine Diagnose erhoben, die sich auf die Arbeitsfähigkeit auswirken würde.

6.1.6.2 Im neurologischen Teilgutachten werden folgende Befunde erhoben: Kopf- und Hirnnerven seien unauffällig. Im Bereich der oberen Extremitäten sei festzustellen, dass die Beschwerdeführerin während der Untersuchung die rechte Hand vorwiegend geschlossen halte. Phasenweise würden Zeigefinger und Daumen rasch und frei bewegt, während die übrigen drei Finger flektiert gehalten würden. Trophik, Tonik und Motilität seien bland, die grobe Kraft allseits regelrecht. Es bestünden kein Rigor oder relevanter Tremor im Bereich der Extremitäten. Auf die Aufforderung hin, die drei flektierten ulnaren Finger zu extendieren, verharre die Beschwerdeführerin zunächst in der partiellen Faustschlussstellung, auf repetitive Aufforderung würden die drei ulnaren Finger dann langsam gestreckt. Vor Erreichen einer vollständigen Streckung beginne sie phasenweise zu weinen und sage, es gehe nicht mehr. Beim Versuch die Finger passiv zu strecken, erfolge eine aktive Flexion gegen den Untersucher, wobei auch Dig II flektiert werde. Im weiteren Verlauf könne durch den Untersucher der Dig V passiv vollständig extendiert werden. Die Flexion der Finger sei auf Aufforderung hin willkürlich vom Kraftgrad M5 durchführbar. Anhaltspunkte für Paresen ergäben sich keine. Die Sensibilität sei regelrecht. Im Bereich der unteren Extremitäten seien Trophik, Tonik und Motilität bland, die grobe Kraft sei allseits voll erhalten. Phasenweise zeige die Beschwerdeführerin bei der Prüfung der groben Kraft ein rasch einsetzendes, praktisch komplettes Giving way, dabei sei aber allseits phasenweise auch über längere Zeit eine volle Kraftentfaltung vom Kraftgrad M5 möglich. Der Lasègue beidseits sei negativ und die Positionsversuche beidseits ohne Absinken. Der PSR sei symmetrisch mittellebhaft, ASR beidseits fehlend.

Babinski beidseits sei negativ. Die Sensibilität sei erhalten. Die Beschwerdeführerin erscheine mit einem Rollator zur Untersuchung. Sie sei in der Lage frei zu gehen. Am Rollator gehend zeige sie ein etwas klebendes, schleifendes Gangbild. Bei freiem Gang bewege sie sich relativ frei mit ordentlichen Mitbewegungen der oberen Extremitäten. Der Strichgang sei sicher möglich, der Romberg werde völlig stabil gestanden. Der Blindstrichgang werde aufgrund von «Angst» abgebrochen. 6.1.6.3 Der psychiatrische Gutachter gibt zunächst die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin wieder. Diese äussere auf Nachfrage, es gehe ihr nicht gut. Das Gehen sei übermühsam und sie sei halt Rechtshänderin und könne daher nichts machen. Sie spüre die linken Finger nur pelzig, die rechte Hand normal, sie könne sie aber nicht mehr gebrauchen. Die rechte Hand sei in der Nacht vom 16. auf den 17. August 2017 mit der gesamten rechten Seite plötzlich gelähmt gewesen. Zwei Wochen zuvor sei ihr mitgeteilt worden, dass die Unfallrente nicht mehr bezahlt werde. Ihre Stimmung sei gut. Sie sei eigentlich nie traurig, ausser wenn jemand gestorben sei. Sie denke immer positiv. So sei sie auch erzogen worden. Der Schmerz sei jetzt auf Stufe 7 von 10. Morgens sei er hoch. Sie brauche halt Anlaufzeit bis zur Medikamenteneinnahme. Sie sei ab der dritten Klasse aufgrund ihres ausgeprägten Übergewichts gehänselt worden. Nach einer Abklärung im Jahr 2000 sei ihr eine Kinderwahrscheinlichkeit von 10 % vorausgesagt worden, zum Glück habe es ohne medizinische Hilfe geklappt. Bei den Geburten sei sie nach einem Verhebetauma 1999 schon eingeschränkt gewesen. Auch durch die Gewichtsprobleme hätten schon Probleme bestanden. Führend seien bei ihr Rückenschmerzen, ausserdem die Funktionseinschränkung der rechten Hand und die Kniebeschwerden. Einschneidende Ereignisse seien das Verhebetauma 1999, der Unfall vom 27. November 2001 und die Untersuchung auf Missbildung der Tochter im fünften Schwangerschaftsmonat gewesen. Nach der Geburt habe die Tochter im dritten Lebensmonat am offenen Herzen operiert werden müssen. Das sei die schlimmste Zeit ihres Lebens gewesen. Zu ihrem Tagesablauf führte die Beschwerdeführerin aus, sie stehe um 05.00 Uhr auf, mache kurze Morgentoilette und die Betten. Dann brauche sie eine erste Pause, bis sie die Kinder um 06.00 Uhr wecke. Um 06.20 Uhr gebe es Frühstück, das sie zubereite. Alle Familienmitglieder frühstückten gemeinsam. Um 07.00 Uhr gingen die Kinder weg und der Mann lege sich um 08.00 Uhr hin, da er nach der Nachtschicht immer Schlaf benötige. Zuvor gehe er mit dem Hund raus. Sie könne dies nicht mehr tun. Sie versuche dann einige Dinge im Haushalt zu tun. Dann lege sie sich eine halbe Stunde hin, bis 10.00 Uhr. Danach zwingt sie sich in den kleinen Garten, um dort einige Runden ohne Rollator über 15 Minuten zu laufen. Danach bereite sie das Mittagessen zu. Beim Schneiden und Töpfe heben müsse der Mann helfen. Um 12.10 Uhr kämen die Kinder nach Hause und es gebe ein gemeinsames Mittagessen. Danach mache sie einen ausgiebigen Mittagsschlaf von einer Stunde. Ihr Mann helfe ihr mit der Wäsche. Oft würden sie dann ab 16.00 Uhr einkaufen gehen. Der Mann schlafe von 18.00 bis 19.30 Uhr noch einmal, bevor er um 21.30 Uhr auf die Nachtschicht gehe. Sie selber gehe um 22.00 Uhr zu Bett. Um 23.00 Uhr schlafe sie typischerweise. Vorher telefoniere sie eine halbe Stunde mit ihrer Schwester und fast eine Stunde mit ihrer Mutter, dies jeden Abend. Sozial habe sie einen sehr guten Kontakt zu einem älteren Nachbarn in der Doppelhaushälfte. Insgesamt hätten sie mehrere befreundete Familien, mit denen man sich am Wochenende treffe. Diese seien entrüsteter über ihre Einschränkungen als sie selbst. Sie selber klagt halt nicht, es würde sonst allen verleben. Sie habe eine beste Freundin, mit der sie zwei- bis dreimal pro Woche telefoniere. Eine psychiatrische Behandlung sei bisher nicht erfolgt, eine antidepressive Medikation ebenfalls nicht. Sie nehme nur Dafalgan. Sie

sei schon immer sehr eng mit ihrer hörgeschädigten und entwicklungsbeeinträchtigten Schwester verbunden gewesen. Ab der 3. Klasse sei sie wegen ihres Übergewichts gehänselt worden. Sie habe sich sehr ausgeschlossen gefühlt. Nach dem Einsetzen eines gastric banding habe sie begonnen permanent bei der Nahrungsaufnahme zu erbrechen. 2013 habe sie in einer Krise stationär aufgenommen werden müssen. 2014 habe man das Magenband wieder entfernt und sie habe heute wieder 135 kg. Wegen Kinderlosigkeit habe sie spätestens 1998 angefangen zu leiden. Von zwei In-vitro-Fertilisationen habe sie ein Kind über vier Wochen behalten, dann aber verloren. Rückenschmerzen beim Arbeiten habe sie schon immer gehabt, aber nach einem Verhebetauma 1999 sei es schlagartig sehr schlecht geworden. Nach einem zweiten Unfallereignis bei der Arbeit sei es noch schlechter geworden. Seither habe sie diese starken Rückenschmerzen. Ihr neuer Hausarzt habe der Unfallversicherung gemeldet, dass ihr Knie das Hauptproblem sei und nicht der Rücken. Deshalb sei die Rente eingestellt worden. Die Nachfrage, ob sie schon einmal gehört habe, dass die Lähmung der rechten Seite psychogen sein könnte, bejahe die Beschwerdeführerin. Sie glaube zwar an eine körperliche Ursache, es sei aber nicht auszuschliessen, dass der Schock 2017 diese ausgelöst habe. Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Im Verlauf des Gesprächs lasse die Konzentrationsfähigkeit deutlich nach, ebenso der Antrieb und die Sprachproduktion. Die Beschwerdeführerin weise ein eher durchschnittliches Intelligenzniveau auf. Die Erfassungsgabe sei intakt. Die Konzentration lasse im Gesprächsverlauf nach, die Beschwerdeführerin gebe an, sich Vieles notieren zu müssen, und suche oft Sachen. Das Altgedächtnis sei bezüglich Jahreszahlen etwas unscharf. Eine formale Denkstörung lasse sich nicht eruieren. Inhaltlich sei sie auf ihre Gesundheit, Schmerzen und Sorgen fokussiert. Befürchtungen oder Zwangsverhalten liessen sich nicht eruieren, auch kein Wahn oder Ich-Störungen. Affektiv wirke sie fassadär freundlich euthym gestimmt. Belastende Bewusstseinsinhalte würden verdrängt. Auf diese angesprochen reagiere sie sehr emotional. Im Gesprächsverlauf sei sie ermüdbar und erschöpfbar, der Antrieb nehme in der zweiten Gesprächshälfte deutlich ab. Die Fähigkeit, sich zu freuen, sei auf spezifische Nachfrage eingeschränkt, das Interesse für andere Menschen und die Umwelt vorhanden. Der Ehemann habe auf Nachfrage ausgeführt, er denke schon, dass die Beschwerdeführerin Depressionen habe. Sie sei rasch genervt. Er habe noch nie gehört, dass die Lähmung psychogen sei, das könne er sich auch nicht vorstellen.

6.1.6.4 Dem rheumatologischen Gutachten lässt sich zunächst entnehmen, dass die Beschwerdeführerin auf Nachfrage berichte, am meisten durch flächige lumbale Rückenschmerzen gestört zu sein und durch ventrale Knieschmerzen rechts mit Einknicken beim Gehen. Sie verneine aber Schwellungen oder Kniegelenkspunktionen. Im Rahmen der Befunderhebung wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin gehe mit dem Rollator, wobei lumbale Schmerzen angegeben würden. Der Rollatorgriff werde rechts nur mit Daumen und Zeigefinger umfasst, die Finger III bis V blieben zur Faust gerollt. Das Sich-Hinsetzen und Aufstehen geschehe schwerfällig unter Abstützen, im Sitzen während des Interviews finde kein Positionswechsel statt. Schemelsteigen werde als nicht möglich refüsiert. Gesamthaft wirke die Motilität phasenweise deutlich behände wenn abgelenkt, dies im Gegensatz zur fokussierenden Untersuchung. Beim An- und Auskleiden geschehe das Überstreifen des Leibchens flüssig, das Anziehen der Socken im Sitzen sei mühsam. Offensichtlich seien die Oberkörperinklination und die Hüftflexion beidseits durch die Körperfülle und möglicherweise lumbale Beschwerden eingeschränkt. Das Drehen von der Rücken- in die Bauchlage sei möglich. Im Bereich der Wirbelsäule zeige sich eine grobbogige BWS-Kyphose mit Inklination des oberen Achsenskeletts. In der Endphase der Inklination

würden diffuse lumbale Schmerzen ausgelöst, in der Seitneigung in beiden Richtungen bestehe eine Einschränkung um 2 / 3 mit endphasig intensiven lumbalen Schmerzen und entsprechender Schmerzäußerung, dabei auch muskuläre Gegeninnervationen. Eine radikuläre Schmerzsymptomatik sei in den Endstellungen der LWS nicht auslösbar. Palpatorisch bestünden diffuse Dolenzen über den glutealen Weichteilen beidseits und über den dorsalen Fortsätzen der LWS. Die BWS-Rotation im Sitzen präsentiere sich mit endphasigen lumbalen Schmerzen. Die HWS-Beweglichkeit sei frei. Im Bereich der Extremitäten zeige die rechte Hand eine spontane Flexionshaltung resp. Teil-Fausthaltung der Finger III – V mit Volarflexion. Das passive Redressement der Finger unter Ablenkung sei trotz Schmerzangaben möglich bis zu einer residuellen Flexionshaltung der PIP's bei 20 bis 30°. Die Finger- und Handgelenke seien palpatorisch unauffällig. Weichteiltrophische Störungen der Asymmetrien an den Händen fänden sich nicht. Die Handgelenksbeweglichkeiten seien passiv seitengleich. Rechts endphasig gebe die Beschwerdeführerin diffuse Handrückenbeschmerzen rechts an. Palpatorisch zeigten sich keine Synovitiden und keine Sehnenverdickungen oder sonstige Reizungszeichen. Ein anders als mit Faustschlusshaltung der Finger III – V demonstrierter Handeinsatz könne während des gesamten Untersuchungsganges nicht beobachtet werden. Flexion und Extension des Ellenbogen links seien rechts endphasig mit diffusen Weichteilbeschwerden im Unterarm-/Oberarmbereich bei forcierter Ellenbogendehnung. Die aktive Schulterbeweglichkeit rechts sei schmerzhaft eingeschränkt. Die passive Schulterbeweglichkeit sei seitengleich ohne endphasige Schmerzen, die Tendinopathie-Resistivtests seien ohne Schmerzauslösungen auf beiden Seiten. Palpatorisch zeigten sich diffuse leichte Dolenzen der Weichteile im ventralen Schulterbereich rechts, ebenso am Coracoid. Im Bereich der unteren Extremitäten sei die Kniebeweglichkeit ohne Reizungszeichen, aber mit diffuser femoropatellärer Dolenz rechts und im Bereich der Weichteile. Die Endphasen der Beweglichkeiten würden muskulär gegeninnerviert, dies vor allem rechts. Die Füße präsentierten sich mit mässiger Valgus-Knick-Senkfußdeformität ohne palpatorische Besonderheiten oder Dolenzen.

6.1.6.5 In der Gesamtschau erheben die Gutachter folgende Diagnosen mit und ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: 1. Dissoziative Bewegungsstörung der rechten Hand (ICD-10 F44.4) - Kein Anhaltspunkt für somatische / neurologische Ursachen 2. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (ICD-10 F45.41) 3. Leichte depressive Episode bei rezidivierender depressiver Störung (ICD-10 F33.0) 4. Persönlichkeitsakzentuierung mit überwiegend abhängigen Zügen (ICD-10 Z73.0) 5. Beginnende mediale und rechtsseitig ausgeprägte femoropatelläre Gonarthrose beidseits - klinisch schmerzbedingte Einschränkung der Kniebeweglichkeit rechts deutlich mehr als links - radiologisch femorotibial beidseits diskrete, patellär rechts sehr deutliche Arthrosezeichen (Röntgen beidseits 25. April 2018, CT rechts 14. Oktober 2016) 6. Chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom - klinisch allseitige Beweglichkeitseinschränkung der LWS, diffuse Weichteildolenzen lumbogluteal beidseits - radiologisch kaum degenerative Veränderungen der LWS, keine Stenosierungen, aber deutliche spinale Muskelatrophie (MRI LWS und ISG 2. Mai 2018) 7. Rezidiv-Adipositas permagna (125 kg / 168 cm, BMI 45 kg/m²) - Status nach Magenbandimplantation 1997, entfernt 2014 - Status nach Roux-Y-Magenbypass 2014 8. Intermittierende rechts-tiefnuchale Schultergürtelschmerzen - klinisch und radiologisch freie Schulterverhältnisse rechts (Röntgen 25. April 2018) - schichtbildgebend unauffällige HWS und unauffälliger Plexus brachialis, geringe Reizungszeichen der Bandansätze um den

Processus spinosus von HWK 7 (MRI 4. Mai 2018), wahrscheinlich fehlerhaltungsbedingt zuzufolge Kopf- protrusion 9. Status nach Strecksehnenabriss am Endglied des Kleinfingers rechts vor Jahren gemäss Akten, aktuell klinisch ohne Bedeutung 10. Laborauffälligkeiten mit grenzwertiger mikrozytärer Anämie, leicht erhöhter alkalischer Phosphatase und erniedrigtem Phosphat Spiegel bei tiefnormalem Serum-Kalzium, DD Malabsorptionskonstellation nach bariatrischen Eingriffen 6.2 Anhand der vorhandenen Unterlagen ist ersichtlich und auch unbestritten, dass bei der Beschwerdeführerin eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist, indem gegenüber der erstmaligen Rentenverfügung im Jahr 2005 weitere Diagnosen mit Relevanz auf die Arbeitsfähigkeit hinzugekommen sind, insbesondere eine dissoziative Bewegungsstörung. Hiervon geht auch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung aus. Sie hatte demnach zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen. 7. Die Beschwerdegegnerin stellte bei der Beurteilung des medizinischen Sachverhalts zum Verfügungszeitpunkt (12. Dezember 2019) auf das Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 2. August 2018 ab, weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. Hierzu kann zunächst festgehalten werden, dass das polydisziplinäre Gutachten von ausgewiesenen Fachärztinnen und Fachärzten auf den entsprechenden Gebieten, in Kenntnis sämtlicher vorhandener Akten und nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin, unter Berücksichtigung der von ihr vorgetragene Beschwerden, erstellt worden ist. Das Gutachten erfüllt somit die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiswertige Expertise (vgl. E. II. 4.4 hiervor). 7.1 Inhaltlich wird in der internistischen Beurteilung widerspruchsfrei dargelegt, dass aus rein allgemeinmedizinischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit bestehe. Bezüglich der seit August 2017 neu aufgetretenen Urge-Inkontinenz wird eine gynäkologische Abklärung empfohlen. 7.2 In der neurologischen Beurteilung wird dargelegt, führend sei bei der Beschwerdeführerin eine Bewegungsstörung der rechten Hand sowie des Gangbildes, ohne Anhaltspunkte für eine somatische / neurologische Genese. Des Weiteren bestehe ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom ohne Anhaltspunkte für eine Radikulopathie. Zur Bewegungsstörung wird erläutert, es sei anamnestisch seit dem 17. August 2017 über eine rechtsseitige motorische Störung berichtet worden. Die Beschwerdeführerin habe am Morgen des 17. August 2017 die rechte Körperseite gar nicht mehr bewegen können. In der Folge sei eine Besserung eingetreten. Bezüglich der rechten Hand berichte sie, im Verlauf gelernt zu haben, den Daumen und Zeigefinger zu strecken, während sie die übrigen drei Finger stets gebeugt halte. In der klinischen Untersuchung zeige sich ein auffälliges Verhalten, wobei die Beschwerdeführerin auf Aufforderung hin durchaus in der Lage sei, auch die drei ulnaren Finger der rechten Hand zumindest partiell zu strecken. Bezüglich der unteren Extremitäten ergebe sich aktuell im Neurostatus kein Anhalt für eine Ausfallsymptomatik oder eine Bewegungs- oder Koordinationsstörung bei diesbezüglich bledem Neurostatus. Erstaunlicherweise seien auch komplizierte Gangarten wie der Strichgang und der Romberg-Stehversuch völlig normal durchführbar, während die Beschwerdeführerin jedoch berichte, im Alltag stets einen Rollator zu verwenden. Die objektiven neurologischen Befunde wie das Reflexbild und die Untersuchung der Pyramidenbahnzeichen fielen allesamt normal aus. Eine MRT-Neurokranium-Untersuchung vom 7. September 2017 habe normale Befunde ergeben und keine Hinweise für eine strukturelle cerebrale Pathologie. Gestützt auf diese Erkenntnisse kommt der neurologische Gutachter zum nachvollziehbaren Schluss, dass insgesamt aufgrund der Anamnese sowie der aktuellen detaillierten klinischen

Untersuchungsbefunde keine somatische fachneurologische Ursache für die geschilderten und zu beobachtenden Bewegungsstörungen erhoben werden könne. Die Störungen seien daher primär psychiatrischerseits zu erklären. Weil die Beschwerdeführerin schildere, dass ihr der rechte Arm «wie fremd» sei, sei differentialdiagnostisch an eine dissoziative Störung zu denken. Der Gutachter merkt unter Verweis auf die vorhandenen Akten an, dass sich diese Beurteilung mit der ersten Einschätzung des Neurologen Dr. med. L.____ decke. Des Weiteren bestünden anamnestisch lokale lumbale Schmerzen mit belastungsabhängiger leichtgradiger Einstrahlung in den Oberschenkelbereich links. Klinisch ergäben sich keine Anhaltspunkte für eine radikuläre sensible oder motorische Reiz- oder Ausfallsymptomatik bei erhaltener Sensibilität, Kraft und symmetrischem Reflexbild der PSR. Auffällig sei, dass in den Vorakten seit der Ablehnung einer IV-Rente bis zum Zeitpunkt des negativen Rentenentscheids der Unfallversicherung praktisch keine ärztlichen Berichte vorlägen. Eine Progredienz resp. relevante Einschränkung durch die lumbovertebralen Beschwerden lasse sich dadurch auch aktenanamnestisch nicht nachvollziehen. Aus rein neurologischer Sicht könne bei der Beschwerdeführerin keine relevante Einschränkung somatischer / organisch neurologischer Natur erhoben werden, hält er daher einleuchtend fest. Dass sie sich in der Lage fühle, ein grosses Fahrzeug – wenn auch mit automatischem Getriebe – zu lenken, stehe in deutlichem Widerspruch zum Verhalten während der Untersuchung. Es bestünden erhebliche Diskrepanzen zwischen den subjektiv empfundenen Einschränkungen, dem Erscheinungsbild und Verhalten sowie den neurologischen Untersuchungsbefunden. 7.3 In der psychiatrischen Beurteilung wird festgehalten, die Beschwerdeführerin sei sehr einfach gestrickt. Ihr Umfeld in der Kindheit sei von der Sorge um ihre ältere Schwester geprägt gewesen und sie sei sich gewohnt gewesen, sich auf das eher einfache Niveau der Schwester einzustellen. Sie habe sich von Kindheit an «zuständig» gefühlt. Schon damals habe eine ausgeprägte Adipositas bestanden, die sie bis heute begleite. Sie sei deswegen in der Schule gehänselt worden. Eine Autonomieentwicklung und Ablösung vom Elternhaus habe wenig ausgeprägt stattgefunden. Die Beschwerdeführerin habe von der Beziehung zu den Eltern in diejenige mit dem Ehemann gewechselt. Die aktuelle psychische Belastung sei schwer zu eruieren. Von der Persönlichkeitsstruktur her sei sie sehr einfach und naiv gestrickt und weise eine für dissoziative Störungen typische «belle indifférence» auf. Sie könne kaum eigene negative Effekte wahrnehmen und kommunizieren. Entsprechend der schulischen Schwäche scheine sie auch eine Schwäche im Bereich der eigenen Gefühlsregulation und Steuerung zu haben. An der Essstörung werde deutlich, dass negative Affekte und innere Anspannung nur über Essen kompensiert werden könnten. Somit fehle die Integration aversiver Affekte in das Selbstbild. Die Beschwerdeführerin sei auch bezüglich der Hänseleien in einer passiven Rolle verblieben. In Beziehungen zeige sie ein abhängiges Verhalten. Sie delegiere viele Kompetenzen an ihren Ehemann. So habe sie in einem stützenden und versorgenden Umfeld mit Strukturgabe von aussen funktioniert. Nach dem Wegfallen des sehr fürsorglich unterstützenden Hausarztes und dem nachfolgenden Wegfall der UV-Rente sei dies weggebrochen und damit auch die Anerkennung ihres bisherigen, sprachlich selbst nicht formulierbaren Leidens. Die aufkommenden Affekte habe sie nicht mehr regulieren können. Dieser ihr bisher unbekannt Zustand sei für sie so bedrohlich, dass schlagartig eine neurologisch nicht erklärbare Hemisymptomatik rechts begonnen habe, die am ehesten als dissoziative Störung einzuordnen sei. Diese gutachterliche Herleitung erscheint gestützt auf das Dargelegte plausibel. Der Gutachter hält weiter fest, es handle sich hierbei um ein seltenes Krankheitsbild und eine sehr heterogene Krankheitsgruppe, weshalb sich der genaue Anteil,

wie bewusstseinsnah oder bewusstseinsfern diese Symptomatik sei, nicht abschliessend klären lasse. Auch die Fragebogenerhebung zeige hochspezifisch in der Skala-Konversion einen sehr hohen Wert an. Die Störung werde daher insgesamt als eher bewusstseinsfern eingestuft. Da insgesamt glaubhaft sei, dass die Symptome nicht bewusst vorgetäuscht würden, sei davon auszugehen, dass die dissoziative Bewegungsstörung von der Beschwerdeführerin intrapsychisch als echte Lähmung und Behinderung verinnerlicht worden sei, obwohl es der medizinischen Realität zu widersprechen scheine. Diese unbewusste Repräsentation eines nicht integrierbaren innerpsychischen Konflikts sei zwar selten, aber klassisch. Weiter beschreibt der Gutachter nachvollziehbar, dass die beschriebene Persönlichkeitsstruktur mit vielen unreifen und abhängigen Anteilen bei der sehr ausgeprägten Adipositas zur Entwicklung eines chronischen Schmerzsyndroms prädisponiere. Das Gleiche gelte für die eingeschränkte Fähigkeit, eigene, insbesondere negativ besetzte Affekte wahrzunehmen. Begleitend liege eine leichte depressive Störung vor. Auch diese Einschätzung ist mit Blick auf die erhobenen Befunde einleuchtend. Anhand des psychiatrischen Gutachtens lassen sich auch die in BGE 141 V 281 definierten Indikatoren, die bei psychosomatischen Leiden zu prüfen sind, erörtern. Zum Schweregrad wird festgehalten, dass sich der psychische Zustand seit der letzten Rentenprüfung verschlechtert habe, was verlaufsbedingt sei. In der Konsensbeurteilung wird ausserdem beschrieben, dass die Beschwerdeführerin in der Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen, in der Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben, in der Flexibilität und Umstellungsfähigkeit, sowie in der Durchhalte- und Selbstbehauptungsfähigkeit mittelgradig beeinträchtigt sei. Komorbiditäten liegen mit Blick auf die vorhandene dissoziative Bewegungsstörung, die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen sowie die rezidivierende depressive Störung vor. Zum bisherigen Verlauf von Behandlungen wird gesagt, dass die Beschwerdeführerin intrapsychisch unter Minderwertigkeitsgefühlen gelitten und früh mit kompensatorischem Überessen begonnen habe. Die Fähigkeit zur Selbstbehauptung sei zeitlebens wenig ausgeprägt gewesen und die Beschwerdeführerin in abhängigen Verhältnissen geblieben. Dementsprechend typisch sei es, dass Interventionen auf somatischer Ebene bezüglich Fettmassenreduktion ohne durchschlagenden Erfolg geblieben seien. Zur Persönlichkeit wird geschildert, die vorliegenden intrapsychischen Defizite seien ausgeprägter Natur und bildeten insgesamt eine ausgeprägte abhängige Persönlichkeitsakzentuierung. Die zwei Unfälle seien auffällig psychosomatisch verarbeitet worden. Es habe, wenn man von einer psychosomatischen Gesamtlast ausgehe, eine Symptomverschiebung stattgefunden. Dies sei ein unbewusster Vorgang. Aufgrund des sehr einfachen intellektuellen Niveaus, der einfachen psychischen Struktur, der fehlenden Reflexionsfähigkeit und der Alexithymie der Beschwerdeführerin sei auch nicht davon auszugehen, dass nach 48 Jahren hier durch intensive Psychotherapie bahnbrechende Bewusstwerdungsprozesse möglich seien, die eine wesentliche Symptomreduktion bewirken könnten, womit die Behandlungsoptionen angesprochen werden. Zum sozialen Kontext zeigt sich, dass die Beschwerdeführerin innerhalb der Familie Unterstützung vor allem durch den Ehemann erfährt und in dieser Hinsicht wie dargelegt in einem gewissen Abhängigkeitsverhältnis steht. Dies war schon in Kindheit und Jugend der Fall, wobei bis heute eine Abnabelung von der Familie nicht stattgefunden hat. Die Beschwerdeführerin telefoniert nach wie vor täglich mit ihrer Mutter und ihrer Schwester. Zur Konsistenz wird schliesslich festgehalten, es hätten sich insgesamt weitgehend konsistente Berichte gezeigt, was den Tagesablauf, die Lebensführung und die Symptomentwicklung der letzten Jahre betreffe. Der Vergleich zwischen den verwendeten

psychometrischen Instrumenten bezüglich Depression sei bezüglich Fremd- und Selbstbeurteilung ohne auffällige Diskrepanz. Die Beschwerdeführerin besitze ausser Zuhören wenig Ressourcen, um am Arbeitsleben teilzunehmen. Auch die Adipositas und die psychogene Lähmung stellten eine nicht willentlich zu überwindende Schranke dar. Eine retrospektive Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit seit der letzten Begutachtung, die mehr als zehn Jahre zurückliegt, erachtet der psychiatrische Gutachter aufgrund von fehlenden psychiatrischen Dokumentationen als äusserst schwierig. Inwieweit die damals konstatierte Einschränkung um 10 % konstant geblieben sei oder stetig zugenommen habe, lasse sich nicht mit abschliessender Sicherheit beantworten. Sicher habe die seit der Magen-OP 2014 eingetretene kontinuierliche Gewichtszunahme nicht zur Verbesserung des Funktionsniveaus beigetragen. Mit Sicherheit geht er aber davon aus, dass im August 2017 eine schlagartige Verschlechterung eingetreten ist. Seither sei von einer mindestens 30%igen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für Tätigkeiten auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszugehen, dies überwiegend aufgrund der Hauptdiagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen in der ungünstigen Kombination mit den übrigen Diagnosen. Ein angepasstes Tätigkeitsprofil formuliert der psychiatrische Gutachter wie folgt: Geringe Anforderungen an das Umstellungsvermögen, mässige Anforderungen an das Konzentrationsvermögen, geringe Anforderungen an die Multitask-Fähigkeiten, Publikumsverkehr stelle kein Problem dar. Die Leistungsfähigkeit für einfache Tätigkeiten betrage in dieser Zeit 100 %.

7.4 Die rheumatologische Einschätzung fällt schliesslich folgendermassen aus: Im interdisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle C. ___ vom 24. Juni 2004 werde rheumatologisch ein chronisches lumbovertebrales Schmerzsyndrom, wobei eine Wurzel-Claudicatio hochlumbal links nicht auszuschliessen sei, DD unspezifische Schmerzausstrahlung, diagnostiziert. Bildgebend seien mehrsegmentale degenerative Bandscheibenveränderungen rapportiert und eine intermittierende Karpaltunnelkompressionssymptomatik links als möglich erachtet worden. Zwischen der geringen Ausprägung von objektivierbaren klinischen Befunden und dem hohen Mass an angegebener subjektiver Schmerzintensität sei eine Diskrepanz festgestellt worden. Am 19. August 2017 sei es zu einer Hypästhesie der rechtsseitigen Extremitäten und einer armbetonten Dystonie gekommen, für die sich keine Erklärung habe finden lassen. Ein Angio-CT des Schädels und ein MRI des Neurocraniums seien unauffällig ausgefallen. Muskuloskelettär seien eine Fibromyalgie notiert worden und ein «anterior knee pain» bei Gonarthrose rechts mit Kniekontusion bei Treppensturz am 14. Oktober 2016 mit einem entsprechenden Knie-CT-Befund mit leichtgradigen degenerativen Veränderungen im Sinne einer medial betonten Gonarthrose ohne frische Frakturen. In der aktuellen klinischen Untersuchung zeigten sich ein BMI von 45 kg/m², Zeichen einer Thoracic-outlet-Symptomatik am rechten Arm und eine Sensibilitätsminderung am Handrücken rechts bei sonst rheumatologisch symmetrischem Reflexstatus. Das Motilitätsbild sei schwerfällig, die Beschwerdeführerin gehe mit dem Rollator. Der rechte Arm werde im Ellenbogen flektiert gehalten und die Hand volar gebeugt mit Teil-Faustschluss. Die LWS-Beweglichkeit sei allseitig eingeschränkt, aber ohne radikuläre Symptomatik. Es zeige sich eine Hyperkyphose der BWS mit Inklinationshaltung des oberen Rumpfes. Die Schulter rechts sei endphasig aktiv eingeschränkt mit muskulären dorsalen Schulterblattschmerzen. Es bestehe eine leichte Flexionshaltung des rechten Ellenbogens mit periartikulären Weichteilschmerzen. Trophische Störungen im Bereich der oberen Extremitäten gebe es keine, die Fingergelenke seien palpatorisch ohne Besonderheiten. Die Knie präsentierten sich mit osteoarthrotischer

Gelenkkapselverdichtung, die Flexion sei beidseits eingeschränkt ohne sonstige Reizungszeichen. Am rechten Knie zeigten sich femoropatelläre Krepitationen, die Endphasen seien muskulär gegeninnerviert. Im Labor zeigten sich möglicherweise Veränderungen im Rahmen einer Malabsorptionsstörung, in der Bildgebung an den Händen leichte Zeichen eines Mindergebrauchs rechts mit optisch etwas vermindert imponierender Knochendichte rechts, aber nicht im Sinne einer Sudeck'schen Dystrophie. In einem MRI der LWS zeigten sich nur geringe degenerative Veränderungen ohne stenosierende Auffälligkeiten, an der HWS keine signifikanten Auffälligkeiten.

Konventionell-radiologisch bestünden an den Knien eine beginnende mediale Arthrose und schwere Arthrosezeichen an der Patella rechts mehr als links. Diese Einschätzung erweist sich mit Blick auf die Befundlage sowie die im Rahmen der aktuellen Begutachtung durchgeführten bildgebenden Untersuchungen als plausibel. Insgesamt schliesst der rheumatologische Gutachter damit auf einen gegenüber der letzten rheumatologischen gutachterlichen Beurteilung im Jahr 2004 ausgeprägt dysfunktionalen Zustand mit rheumatologisch nicht erklärbarer Bewegungs- und Haltungsveränderung des rechten Armes und der rechten Hand sowie mit einer Gangstörung, die de facto eine Benützung des Rollators zur Folge habe. Das Ausmass an zu beobachtender Einschränkung sei jedoch rheumatologisch nicht erklärbar. 2004 sei eine allfällige intermittierende Wurzelsymptomatik vermutet worden. Eine solche werde nun jedoch unter Verweis auf aktuelle Schichtbildgebung verneint, derartiges sei darin kaum mehr festzustellen. Neu gegenüber dem Zustand 2004 bestehe aber organläsionell eine deutliche femoropatellär akzentuierte Gonarthrose vor allem rechts. Das Ausmass der Gehstörung und Beweglichkeitseinschränkung erscheine aber dysproportional, ebenso das Schonungsverhalten und die Benützung eines Rollators. Im Kontrast dazu seien der Zehenspitzen- und Fersengang trotzdem und ohne akzentuierte Knieschmerz-Exazerbation möglich. Auch diese Beurteilung erweist sich als stimmig. Schliesslich wird dargelegt, dass das Gewicht, zusammen mit einer MR-tomographisch darstellbaren Atrophie der Rückenmuskulatur zufolge Dekonditionierung, sicherlich einen Teil der verspürten Rücken-, Bein- und Knieschmerzen rechts erkläre. Trotzdem sei das Ausmass nicht erklärbar. Gesamthaft müsse der Verlauf des muskuloskelettären Zustands gegenüber 2004 doch als verschlechtert angenommen werden, dies aufgrund des Gewichtsverlaufs, der MR-tomographisch darstellbaren Atrophie der Rückenmuskulatur und der degenerativen Prozesse vor allem am rechten Knie. Daraus resultierend kommt der rheumatologische Gutachter zum Schluss, dass die muskuloskelettäre Belastbarkeit das Spektrum der noch möglichen Tätigkeiten gegenüber 2004 deutlich mehr einschränkt. Belastende körperliche Tätigkeiten und teilweise auch Alltagsbewältigungen seien zweifellos eingeschränkt zumutbar, aber längst nicht im Ausmass, wie es sich prima vista aus der Präsentation der Beschwerdeführerin in der Untersuchungssituation unreflektiert ableiten liesse. Möglich sind aus gutachterlicher Sicht hingegen körperlich sehr leichte Tätigkeiten ohne Hantieren von Lasten von mehr als 2 – 3 kg, ausgeführt vorwiegend im Sitzen, ohne Notwendigkeit zu wiederholtem Aufstehen und Sich-Hinsetzen-Müssen, unter ergonomisch angepassten Arbeitsplatzverhältnissen, ohne Notwendigkeit zum wiederholten Rotieren des Oberkörpers, ohne kauende, kniende oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile, ohne Benützen-Müssen von Schemeln, Stufen oder Leitern. In einer so angepassten Tätigkeit erscheine eine Arbeitsfähigkeit von 80 % möglich. Diese könne mit etwas reduzierter Leistungsgeschwindigkeit und vermehrten Pausen in bis zu sieben Stunden täglich erbracht werden. Die Reduktion gegenüber einem Vollpensum sei zu begründen mit vermehrter

Erholungszeit und situativ je nachdem etwas verlangsamer Leistungsgeschwindigkeit bei entsprechendem BMI. Diese nachvollziehbare Einschätzung gilt gutachterlich gesehen ab dem Zeitpunkt der Kniegelenkskontusion am 14. Oktober 2016. 7.5 In ihrer Konsensbeurteilung kommen die Expertin und die Experten der Begutachtungsstelle E. ___ zum folgenden, nachvollziehbaren Gesamtergebnis: 2001 sei die Beschwerdeführerin in ihrer Tätigkeit als Pflegeassistentin auf die linke Körperseite gestürzt. In der Folge habe sie eine Rente von der Unfallversicherung erhalten, die 2017 aberkannt worden sei. Die entsprechende Mitteilung habe sie im August 2017 erhalten. Am Morgen des 17. August 2017 habe sie eine rechtsseitige motorische Störung verspürt und die rechte Körperseite nicht mehr bewegen können. Rheumatologisch liessen sich die bestehenden lumbalen Rückenschmerzen bei einem BMI von 45 kg/m² und einer sich im MRI darstellenden Atrophie der Rückenmuskulatur infolge Dekonditionierung zum Teil erklären. In der aktuellen Schichtbildgebung zeige sich eine Besserung der 2004 dargestellten allfällig intermittierenden Wurzelsymptomatik S1 rechts, die kaum mehr nachweisbar sei. Das Ausmass der präsentierten Beschwerden sei weder aus neurologischer noch aus rheumatologischer Sicht erklärbar, es fänden sich hierfür keine organischen Korrelate. Die präsentierte Symptomatik sei vor dem Hintergrund der psychiatrisch zu stellenden Diagnosen zu sehen. Die Beschwerdeführerin sei von ihrer Persönlichkeitsstruktur her sehr einfach. Sie funktioniere in einem stützenden und versorgenden Umfeld mit Strukturgabe von aussen. Mit Wegfallen der Unfallrente seien das Selbstbild und Weltbild zusammengebrochen. Die aufkommenden Affekte habe sie nicht mehr regulieren können und es habe sich schlagartig eine beginnende Konversionsstörung (heute dissoziative Störung) eingestellt. Diese sei als bewusstseinsfern einzustufen. Gegenüber der letzten polydisziplinären Begutachtung im Jahr 2004 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin verschlechtert. Im Vordergrund stehe die im August 2017 plötzlich aufgetretene dissoziative Bewegungsstörung der rechten, dominanten Hand. Insgesamt sei für körperlich sehr leichte, adaptierte Tätigkeiten eine Restarbeitsfähigkeit von 40 % zuzuerkennen. Die quantitative Einschränkung sei psychiatrisch begründet. Die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin sei aufgrund der rheumatologischen Beurteilung nicht mehr möglich. Rheumatologisch gesehen seien nur körperlich sehr leichte Tätigkeiten ohne Hantieren von Lasten von mehr als 2 – 3 kg vorwiegend im Sitzen, ohne Notwendigkeit zu wiederholtem Aufstehen und Sich-Hinsetzen-Müssen möglich. Die Arbeitsplatzverhältnisse sollten ergonomisch angepasst sein, ohne wiederholtes Rotieren des Oberkörpers, ohne kauern, knien oder gebückt zu verrichtende Tätigkeitsanteile sowie ohne Benützen-Müssen von Schemeln, Stufen oder Leitern. Die Arbeitsfähigkeit habe sich damit seit der letzten polydisziplinären Begutachtung verschlechtert. Die aktuell führende Diagnose der dissoziativen Bewegungsstörung der rechten Hand sei auf August 2017 zu terminieren. Seit diesem Zeitpunkt bestehe die aktuell attestierte Arbeitsfähigkeit. Die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sei schwierig. Es sei davon auszugehen, dass seit ca. 2014, in der Zeit des Mangelernährungszustandes, und folgend steter Gewichtszunahme eine Arbeitsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit als Pflegeassistentin bestanden habe, da diese als muskuloskelettär belastend anzunehmen sei. Für eine körperlich sehr leichte Tätigkeit sei bis August 2017 maximal von einer 20%igen Einschränkung auszugehen, die sich durch reduzierte Leistungsgeschwindigkeit und vermehrte Pausen ergebe. 7.6 Die Beschwerdeführerin lässt in Zusammenhang mit der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit einwenden, die Beschwerdegegnerin sei fälschlicherweise von einer verbleibenden Restarbeitsfähigkeit von 60 % ausgegangen. Tatsächlich wird im

polydisziplinären Gutachten in der Konsensbeurteilung von einer Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit von 40 % gesprochen. Dies entspricht aber nicht den Beurteilungen in den Teilgutachten, wonach internistisch und neurologisch keine Einschränkungen gesehen, psychiatrisch eine Einschränkung von 30 % festgelegt und rheumatologisch eine 20%ige Einschränkung attestiert wurde. Diese Diskrepanz blieb im Vorverfahren nicht unentdeckt. Die Beschwerdeführerin bat die Begutachtungsstelle diesbezüglich mit Schreiben vom 21. November 2018 (IV-Nr. 84) um Klärung. Mit Eingabe vom 11. Januar 2019 (IV-Nr. 86) meldete die fallführende Gutachterin, Dr. med. F.____, zurück, es seit bedauerlicherweise tatsächlich zu einem redaktionellen Versehen gekommen. Gesamtmedizinisch werde die Beschwerdeführerin aufgrund ihrer leidensbedingten Einschränkungen als 60 % arbeitsfähig (Arbeitsunfähigkeit von 40 %) erachtet. Diese Einschätzung ergebe sich in der Gesamtschau der Leistungsminderung aus psychiatrischer und rheumatologischer Sicht. Unglücklicherweise wurde das redaktionelle Versehen in der angefochtenen Verfügung bzw. im Vorbescheid (IV-Nr. 89) übernommen (eine angepasste, sehr leichte Tätigkeit sei im Rahmen von 40 % möglich), bei der Ermittlung des Invalideneinkommens dann aber mit einer Arbeitsfähigkeit von 60 % gerechnet. Gestützt auf die umfassenden Herleitungen des psychiatrischen und rheumatologischen Gutachters sowie der am 11. Januar 2019 erfolgten Klarstellung ist indessen offensichtlich, dass eine Arbeitsunfähigkeit von 40 % und damit eine Restarbeitsfähigkeit von 60 % attestiert wird, was auch plausibel erscheint.

7.7 Die Beschwerdeführerin lässt gegen das polydisziplinäre Gutachten in inhaltlicher Hinsicht vorbringen, es sei darin nicht auf die am 1. Juni 2018 erneut eingetretene Bewegungsstörung eingegangen und die bestehende Urge-Inkontinenz sei nicht berücksichtigt worden. Hierzu ist zunächst festzuhalten, dass der provisorische Austrittsbericht des Spitals J.____ vom 23. Juni 2018 der Begutachtungsstelle tatsächlich vorlag, er wird im Aktenauszug auch explizit erwähnt und sogar wiedergegeben (vgl. IV-Nr. 79.2 S. 2 und 15). Der Bericht und die Umstände waren den Gutachtern demnach bekannt. Es lässt sich daraus aber nichts ableiten, dass Einfluss auf die Gesamtbeurteilung der Arbeitsfähigkeit hätte. Der stationäre Aufenthalt erfolgte im Rahmen der bekannten und umfassend beurteilten dissoziativen Bewegungsstörung. Insofern bestand auch kein konkreter Anlass, im Rahmen der Konsensbeurteilung noch einmal explizit auf diesen Bericht Bezug zu nehmen. Hinsichtlich der anamnestic seit August 2017 bestehenden Urge-Inkontinenz ist ebenfalls festzustellen, dass diese im Gutachten mehrfach erwähnt wird, somit bekannt war und entsprechend in die Beurteilung mit eingeflossen ist. Es wurde in diesem Zusammenhang jedoch lediglich eine gynäkologische Abklärung empfohlen, dieser aber nicht ein massgeblicher Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen oder dargelegt, dass eine abschliessende Beurteilung ohne vorgängige Abklärung der Urge-Inkontinenz nicht möglich wäre. Diese ist im Übrigen nur deshalb noch nicht erfolgt, weil sich die Beschwerdeführerin bis anhin offenbar selber nicht untersuchen lassen wollte (vgl. dazu ihre Angaben im Rahmen der Abklärung Haushalt [IV-Nr. 87]; siehe auch die Ausführungen anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 25. Januar 2021, wonach bis heute keine entsprechende Untersuchung durchgeführt worden sei [Protokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 39]). Insofern vermögen die vorgebrachten Einwendungen keine Zweifel an der Beweiskraft des polydisziplinären Gutachtens aufkommen zu lassen. Gleiches gilt für den nach Erlass der angefochtenen Verfügung verfassten und im Rahmen des Beschwerdeverfahrens eingereichten Bericht von Dr. med. M.____, Facharzt für Allgemeine Medizin, vom 27. Januar 2020 (Beilage 9 zur Beschwerde vom 28. Januar 2020). In diesem wird berichtet, dass die Beschwerdeführerin glaubhaft

angebe, seit drei Monaten wegen zunehmender Verkrampfung der rechten Hand nicht mehr schreiben zu können. Sie schleife das rechte Bein am Boden nach und die rechte Hand schwebe an, da sie sich krampfhaft am Rollator festhalten müsse. Sie zeige eine leichtgradige Depression, nachdem sie kürzlich beim Arbeitsamt als nicht vermittelbar beurteilt worden sei. Die im Bericht geäusserten Beschwerden waren allesamt bereits Thema im Rahmen der Begutachtung. Entsprechende Diagnosen wurden gestellt. Rückschlüsse auf eine vor Erlass der angefochtenen Verfügung eingetretene relevante Zustandsverschlechterung, die etwas an der gutachterlichen Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ändern würde, lassen sich daraus keine ziehen. 7.8 Nach dem Gesagten durfte die Beschwerdegegnerin bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit auf das polydisziplinäre Gutachten der Begutachtungsstelle E.____ vom 2. August 2018 abstellen. Demgemäss ist seit der letzten materiellen Rentenprüfung eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes eingetreten. In der angestammten Tätigkeit als Pflegeassistentin besteht eine bleibende vollständige Arbeitsunfähigkeit. In einer leidensangepassten Tätigkeit beträgt die Arbeitsfähigkeit 60 %. 8. 8.1 Die Beschwerdeführerin war vor Eintritt des Gesundheitsschadens in einem 80%-Pensum angestellt. 2002 und 2004 wurde sie Mutter. Die Beschwerdegegnerin hat demnach für die Berechnung des Invaliditätsgrades die sogenannte gemischte Methode angewendet. 8.2 Nach Art. 28a Abs. 3 IVG wird bei Versicherten, die nur zum Teil erwerbstätig sind oder die unentgeltlich im Betrieb des Ehegatten oder der Ehegattin mitarbeiten, für diesen Teil die Invalidität nach Art. 16 ATSG festgelegt (sogenannte gemischte Methode). Bei der Invaliditätsbemessung von teilerwerbstätigen Versicherten nach der gemischten Methode wird zunächst der Anteil der Erwerbstätigkeit und derjenige der Tätigkeit im Aufgabenbereich (so unter anderem im Haushalt; vgl. Art. 27 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]) bestimmt. Die Invalidität bestimmt sich in der Folge dadurch, dass im Erwerbsbereich ein Einkommens- und im Aufgabenbereich ein Betätigungsvergleich vorgenommen wird, wobei sich die Gesamtinvalidität aus der Addierung der in beiden Bereichen ermittelten und gewichteten Teilinvaliditäten ergibt (BGE 130 V 393 E. 3.3 S. 396). Nach der am 1. Januar 2018 in Kraft getretenen Bestimmung von Art. 27 bis Abs. 3 IVV richtet sich die Berechnung des Invaliditätsgrads in Bezug auf die Erwerbstätigkeit nach Artikel 16 ATSG, wobei das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person durch die Teilerwerbstätigkeit erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, auf eine Vollerwerbstätigkeit hochgerechnet wird und die prozentuale Erwerbseinbusse anhand des Beschäftigungsgrads, den die Person hätte, wenn sie nicht invalid geworden wäre, gewichtet wird. Gemäss dem IV-Rundschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen (BSV) Nr. 355 vom 31. Oktober 2016 (Anwendung der gemischten Methode nach dem Urteil des EGMR «Di Trizio» vom 2. Februar 2016) sollte bis zum Inkrafttreten der neuen, generell-abstrakten Regelung am 1. Januar 2018 im Hinblick auf eine einheitliche und rechtsgleiche Behandlung der Versicherten das bisherige Recht soweit als möglich weiterhin zur Anwendung kommen. 9. 9.1 Zu prüfen ist zunächst die Statusfrage bzw. die Frage, in welchem Umfang die Beschwerdeführerin ohne Eintritt des Gesundheitsschadens ausserhäuslich tätig wäre. Diese – stets hypothetische – Annahme ist anhand des im Sozialversicherungsrecht üblichen Beweisgrades der überwiegenden Wahrscheinlichkeit zu ermitteln. Es ist somit auf Grund objektiver Umstände zu beurteilen, wie die betreffende versicherte Person in ihrer konkreten Lebenssituation ohne gesundheitliche Einschränkungen entschieden hätte. Dieser subjektive Entschluss muss nicht zwingend auch der objektiv vernünftigste Entscheid sein (Urteil des Bundesgerichts 8C_319/2010

vom 15. Dezember 2010 E. 6.2.1, in: SVR 2011 IV Nr. 44 S. 131; Urteil des Bundesgerichts 8C_889/2011 vom 30. März 2012 E. 3.2.1). Entscheidend ist nicht, welches Ausmass der Erwerbstätigkeit der versicherten Person im Gesundheitsfall zugemutet werden könnte, sondern in welchem Pensum sie hypothetisch erwerbstätig wäre. Bei im Haushalt tätigen Versicherten im Besonderen sind die persönlichen, familiären, sozialen und erwerblichen Verhältnisse ebenso wie allfällige Erziehungs- und Betreuungsaufgaben gegenüber Kindern, das Alter, die beruflichen Fähigkeiten und die Ausbildung sowie die persönlichen Neigungen und Begabungen zu berücksichtigen. Massgebend sind die Verhältnisse, wie sie sich bis zum Erlass der Verwaltungsverfügung entwickelt haben, wobei für die hypothetische Annahme einer im Gesundheitsfall ausgeübten (Teil-)Erwerbstätigkeit der im Sozialversicherungsrecht übliche Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit erforderlich ist (BGE 141 V 15 E. 3.1 S. 20, 137 V 334 E. 3.2 S. 338, 125 V 146 E. 2c S. 150; Urteil des Bundesgerichts 9C_883/2017 vom 28. Februar 2018 E. 4.1.1). Die konkrete Situation und die Vorbringen der versicherten Person sind nach Massgabe der allgemeinen Lebenserfahrung zu würdigen (BGE 117 V 194 E. 3b S. 195 mit Hinweis). 9.2 Für den konkreten Fall lässt sich den Akten Folgendes entnehmen: Die Beschwerdeführerin hat eine Ausbildung als Pflegeassistentin abgeschlossen und arbeitete bis zum Unfall vom 27. November 2001 in diesem Beruf, von Mai 1992 bis Mai 2003 bei der gleichen Arbeitgeberin (IV-Nr. 2). Das Arbeitsverhältnis wurde am 26. November 2002 aus betrieblichen Gründen per 31. Mai 2003 gekündigt (IV-Nr. 12 S. 4). Gemäss Arbeitgeberbericht der Stiftung B.____ vom 11. Februar 2003 arbeitete die Beschwerdeführerin von Beginn weg in einem 80%-Pensum. Seit dem Arbeitsunfall war sie nicht mehr erwerbstätig. Am 18. November 2002 wurde sie Mutter eines Sohnes. Die Tochter kam am 12. Januar 2004 zur Welt. Da sie bereits vor den Geburten aus gesundheitlichen Gründen keiner Arbeit mehr nachging, lassen sich aus der Biografie keine Rückschlüsse ziehen, ob durch die familiären Umstände allein eine Änderung des Arbeitspensums vorgenommen worden wäre. Im Abschlussbericht zur beruflichen Eingliederung vom 12. Januar 2005 (IV-Nr. 43) wurde festgehalten, dass die Beschwerdeführerin zuerst angegeben habe, sie würde sechs bis sieben Nächte arbeiten, wenn sie die Schmerzen nicht hätte. Später habe sie diese Aussage relativiert und gemeint, sie könne nur am Wochenende jeweils nachts oder unter der Woche ca. vier Nächte arbeiten. Sie habe immer gerne gearbeitet, mit den Kindern jedoch sei dies nur nachts möglich. Im Rahmen der erstmaligen Rentenprüfung wurde schliesslich davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin in einem ausserhäuslichen Pensum von 30 % tätig wäre (IV-Nr. 46 und 55). In der Folge war sie, obwohl bei der erstmaligen Rentenprüfung eine 100%ige Arbeitsfähigkeit in einer Verweistätigkeit attestiert worden war, nicht mehr erwerbstätig. Nach der über zehn Jahre später erfolgten Neuanmeldung führte die Beschwerdeführerin dann im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 29. November 2017 (IV-Nr. 62) aus, sie würde ohne Gesundheitsschaden 50 % arbeiten. Begründet wurde die Aussage damit, dass sie noch Kinder, ein Haus und einen Hund habe. Zu diesem Zeitpunkt besuchten ihre beiden Kinder die Sekundarschule. Zu Freizeitaktivitäten gab sie damals an, ihr grösstes Hobby sei ihr Hund gewesen. Ein Jahr später, anlässlich der am 21. November 2018 stattfindenden Haushaltsabklärung (IV-Nr. 87), bestätigte die Beschwerdeführerin sodann zunächst die dort getätigte Aussage ihrer Mutter, dass sie im Gesundheitsfall sicherlich nicht 100 % erwerbstätig wäre. Sie habe selber anschliessend ein Pensum von 70 % erwähnt. Auf die Aussagen im Intake-Gespräch und der Begutachtung angesprochen, wonach sie sich über ein 50%-Pensum geäussert habe, habe sie dann dies

bestätigt und letztlich angegeben, sie würde zwischen 50 bis 70 % ausserhäuslich tätig sein. Beschwerdeweise lässt die Beschwerdeführerin nun vorbringen, zum Zeitpunkt der Erstaussage am 29. November 2017 (die als solche nicht bestritten wird [vgl. Beschwerde, A.S. 9 f., sowie Verhandlungsprotokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 39 f.]) habe sie noch in ihrem Einfamilienhaus gelebt und die Kinder seien 12 und 15 Jahre alt gewesen. Im November 2018, bei der Abklärung, seien die Kinder 13 und 16 Jahre alt gewesen, so dass entsprechend weniger Betreuung notwendig gewesen sei. Weiter gebe es in der vier Wochen vor der Abklärung bezogenen Eigentumswohnung weniger zu tun als im vorher bewohnten Einfamilienhaus. Die Betreuungsaufgaben Hund und Kindern gegenüber habe die Beschwerdeführerin im Intake-Interview aber als Grund für eine ausserhäusliche Tätigkeit von nur 50 % angegeben. Es erscheine insofern verfehlt, unbesehen auf die Aussage der ersten Stunde abzustellen, wo sich doch die äusseren Umstände innerhalb eines Jahres verändert hätten. Dabei wird verkannt, dass der Umzug in eine Eigentumswohnung gemäss Angaben der Beschwerdeführerin im Rahmen der Abklärung aufgrund ihres Gesundheitszustandes erfolgte, was sich auch den Ausführungen anlässlich der öffentlichen Verhandlung vom 25. Januar 2021 entnehmen lässt (vgl. Protokoll vom 25. Januar 2021, A.S. 39 unten). Hier ist aber die Frage zu klären, welchem Pensum die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall nachginge. Für den Gesundheitsfall wäre davon auszugehen, dass die Familie nach wie vor in ihrem Einfamilienhaus leben würde. Die beiden Kinder waren zum früheren wie zum späteren Zeitpunkt bereits in der Oberstufe, die Erwerbssituation des Ehemannes war 2017 und 2018 die gleiche. Es sind somit keine Gründe für die unterschiedlichen Aussagen (50%-Pensum und 70%-Pensum) ersichtlich bzw. ist nicht plausibel, weshalb die Beschwerdeführerin ein Jahr später in einem höheren Pensum tätig gewesen wäre als ursprünglich genannt. Damit ist, wie die Beschwerdegegnerin zu Recht vorbringt, der Aussage der ersten Stunde höheres Gewicht beizumessen. Diese Aussagen sind in der Regel unbefangener und zuverlässiger als spätere Darstellungen, die bewusst oder unbewusst von nachträglichen Überlegungen versicherungsrechtlicher oder anderer Art beeinflusst sein können. Eine Befragung zu diesem Thema im jetzigen Zeitpunkt verspricht aus den gleichen Gründen erfahrungsgemäss keine zuverlässigen Aufschlüsse (vgl. statt vieler BGE 121 V 45 E. 2a S. 47; Urteil des Bundesgerichts 8C_347/2017 vom 18. August 2017 E. 3.1). Auch die später vorgebrachten telefonischen Äusserungen der Beschwerdeführerin und ihrer Ergotherapeutin nach Erlass des Vorbescheids am 7. und 8. März 2019 (vgl. die entsprechenden Protokolleinträge) führen zu keinem anderen Schluss. Somit ist die Beschwerdegegnerin zu Recht davon ausgegangen, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall in einem ausserhäuslichen Pensum von 50 % tätig wäre. 10. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Beurteilung der invaliditätsbedingten Einschränkungen im Haushalt auf den Abklärungsbericht Haushalt vom 17. Januar 2019 (IV-Nr. 87) und die Stellungnahme vom 4. September 2019 (IV-Nr. 97) ab. Es stellt sich damit zunächst die Frage, ob dieser eine genügende Grundlage darstellt. 10.1 Für den Beweiswert eines solchen Abklärungsberichts ist wesentlich, dass dieser von einer qualifizierten Person verfasst wird, die Kenntnis der örtlichen und räumlichen Verhältnisse sowie der aus den medizinischen Diagnosen sich ergebenden Beeinträchtigungen und Behinderungen hat. Weiter sind die Angaben der versicherten Person zu berücksichtigen, wobei divergierende Meinungen der Beteiligten im Bericht aufzuzeigen sind. Der Berichtstext schliesslich muss plausibel begründet und bezüglich der einzelnen Einschränkungen angemessen detailliert sein und in Übereinstimmung mit den an Ort und Stelle erhobenen Angaben stehen. Trifft all dies zu, ist der Abklärungsbericht voll

beweiskräftig (SVR 2003 IV Nr. 20 S. 60 E. 2.3.2). Das Gericht greift, sofern der Bericht eine zuverlässige Entscheidungsgrundlage im eben umschriebenen Sinne darstellt, in das Ermessen der die Abklärung tätigen Person nur ein, wenn klar feststellbare Fehleinschätzungen vorliegen. Das gebietet insbesondere der Umstand, dass die fachlich kompetente Abklärungsperson näher am konkreten Sachverhalt ist als das im Beschwerdefall zuständige Gericht (BGE 140 V 543 E. 3.2.1 S. 547, 133 V 450 E. 11.1.1 S. 468, 130 V 61 E. 6.2 S. 63, 128 V 93; Urteile des Bundesgerichts 9C_497/2014 vom 2. April 2015 E. 4.1.1, 9C_562/2016 vom 13. Januar 2017 E. 4.1). Den ärztlichen Schätzungen der Arbeitsfähigkeit kommt kein genereller Vorrang gegenüber den Abklärungen der Invalidenversicherung im Haushalt zu. So wenig wie bei der Bemessungsmethode des Einkommensvergleichs nach Art. 16 ATSG kann beim Betätigungsvergleich nach Art. 28a Abs. 2 IVG auf eine medizinisch-theoretische Schätzung der Invalidität abgestellt werden. Massgebend ist die Unmöglichkeit, sich im bisherigen Aufgabenbereich zu betätigen, was unter Berücksichtigung der konkreten Verhältnisse im Einzelfall festzustellen ist. Die von der Invalidenversicherung eingeholten Abklärungsberichte im Haushalt stellen eine geeignete und im Regelfall genügende Grundlage für die Invaliditätsbemessung dar. Nach der Rechtsprechung bedarf es des Bezugs eines Arztes, der sich zu den einzelnen Positionen der Haushaltsführung unter dem Gesichtswinkel der Zumutbarkeit zu äussern hat, nur in Ausnahmefällen, insbesondere bei unglaubwürdigen Angaben der versicherten Person, die im Widerspruch zu den ärztlichen Befunden stehen (SVR 2005 IV Nr. 21 S. 84 E. 5.1). Prinzipiell stellt der Abklärungsbericht auch dann eine beweistaugliche Grundlage dar, wenn es um die Bemessung einer psychisch bedingten Invalidität geht. Nur wenn sich die Ergebnisse der Abklärung vor Ort und die fachmedizinischen Feststellungen zur Fähigkeit der versicherten Person, ihre gewohnten Aufgaben zu erfüllen, widersprechen, ist in der Regel den ärztlichen Stellungnahmen der Vorzug zu geben (Urteil des Bundesgerichts 8C_843/2011 vom 29. Mai 2012 E. 6.2). 10.2 Im vorliegenden Fall wurde der «Abklärungsbericht Haushalt» von einem Abklärungsfachmann des Abklärungsdienstes der Beschwerdegegnerin erstellt. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass es sich dabei um eine nicht qualifizierte Person handeln würde. Es ist gestützt auf den Inhalt des Berichts auch davon auszugehen, dass dem Abklärungsfachmann sowohl die örtlichen und räumlichen Verhältnisse als auch die medizinischen Diagnosen und die sich daraus ergebenden Einschränkungen bekannt waren. Insbesondere das zum Zeitpunkt der Abklärung vorhandene, beweiskräftige Gutachten wird im Bericht wiedergegeben. Zudem enthält der Bericht auch die subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin zur aktuellen gesundheitlichen Situation und ihren Aufgaben im Haushalt. Diese werden auch nicht bestritten. Die Beschwerdeführerin lässt aber vorbringen, die prozentual attestierten Einschränkungen seien zu bemängeln. Hierbei ist noch einmal darauf hinzuweisen, dass ein gerichtlicher Eingriff in das Ermessen der Abklärungsperson nur bei klar feststellbaren Fehleinschätzungen angezeigt ist. Eine solche ist vorliegend nicht ersichtlich. Die Feststellungen des Abklärungsfachmanns erscheinen plausibel und schlüssig. Er stützt sich in allen Bereichen auf die Angaben der Beschwerdeführerin, weicht nicht von diesen ab und kommt gestützt darauf zum Schluss, dass gesamthaft eine Einschränkung von 26.5 % bestehe, was einer Einschränkung von etwas mehr als einem Viertel im Haushalt gleichkommt. Inwiefern diese Einschätzung unter Berücksichtigung der dargelegten Einschränkungen willkürlich wäre, ist nicht ersichtlich. Die Beschwerdeführerin gibt zwar an, beim Kochen in verschiedener Hinsicht Hilfe zu benötigen, dennoch bereitet sie nach wie vor täglich das Essen für die ganze

Familie zu. Eine Einschränkung von ca. einem Drittel erscheint dabei plausibel. Bei der Wohnungspflege wird eine Einschränkung von 40 % festgelegt, wobei die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Einwendungen nicht geeignet sind, diese als klar falsch erscheinen zu lassen. Dass sie nur noch die Wohnungspflanzen und das «Hochbeet» selber bewirtschaftete, wurde genauso berücksichtigt wie der Umstand, dass gewisse Putzarbeiten nur mit Hilfe des Ehemannes erledigt werden. Auch die bei der Wäsche und Kleiderpflege vorgenommene Einschätzung einer 15%igen Einschränkung erscheint aufgrund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin beim Aufhängen, Bügeln und Einräumen Unterstützung benötigt, nicht willkürlich. Beim Einkauf wird eine Einschränkung von 30 % veranschlagt. Die Beschwerdeführerin ist trotz der von ihr angegebenen Beschwerden gemäss eigenen Angaben in der Lage, ein Auto zu lenken und kleine Einkäufe zu erledigen. Im Rahmen der Schadenminderungspflicht ist den Familienangehörigen ohnehin zuzumuten, die Beschwerdeführerin im Haushalt zu unterstützen. Es besteht insofern kein Anlass, von der vom Abklärungsfachmann getroffenen Einschätzung abzuweichen. Auf die im Abklärungsbericht festgelegte Einschränkung von 26.5 % im Haushalt kann daher abgestellt werden. 11. Was die für die Berechnung des Invaliditätsgrades herangezogenen Zahlen anbelangt, so sind diese im Grundsatz unbestritten geblieben. Auch der bei der Berechnung des Invalideneinkommens vorgenommene leidensbedingte Abzug von 10 % wird nicht in Frage gestellt und erscheint im Rahmen des der Beschwerdegegnerin zustehenden Ermessens grundsätzlich als angemessen. Zwar liesse sich mit Blick auf die attestierten Einschränkungen auch noch ein Abzug von 15 % rechtfertigen, was im Ergebnis allerdings ebenfalls zu einem nicht rentenbegründenden Invaliditätsgrad führen würde. Die Beschwerdegegnerin hat für die Bemessung des Valideneinkommens auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung abgestellt. Dies erweist sich angesichts der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin seit 2003 nicht mehr erwerbstätig war, als korrekt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2016, TA1 tirage skill level, Ziff. 86 – 88 [Gesundheits- und Sozialwesen], Niveau 1, Frauen) ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Unter Aufrechnung der Wochenstunden ergibt sich damit ein Valideneinkommen von CHF 57'996.00 für ein Vollzeitpensum, das es hier gestützt auf Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV zu berücksichtigen gilt. Grundsätzlich müsste dieses noch an die Nominallohnentwicklung 2016 / 2017 (: 102.5 x 102.7 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2018, Ziff. 86 – 88]) angepasst werden, was die Beschwerdegegnerin unterlassen hat. Auch für die Bemessung des Invalideneinkommens kommt ein Tabellenlohn der LSE 2016 zur Anwendung, wobei auch dort die an sich gebotene Aufrechnung des Nominallohnindex 2016 / 2017 (: 105.0 x 105.4 [Tabelle T1.2.10, Nominallohnindex, Frauen 2011 – 2018, Total]) nicht berücksichtigt worden ist. Dieses Unterlassen hat vorliegend jedoch keinen Einfluss auf den Invaliditätsgrad (bzw. im Einkommensvergleich resultierte eine marginal tiefere Einschränkung von 49.1 %, also zu Ungunsten der Beschwerdeführerin), weshalb auf eine Berichtigung verzichtet werden kann. Der für das Invalideneinkommen herangezogene Tabellenlohn TA1 tirage skill level, Total, Niveau 1, Frauen, erscheint angesichts des zumutbaren Tätigkeitsprofils ebenfalls als korrekt. Nach Aufrechnung der Wochenstunden beträgt das Invalideneinkommen damit CHF 54'581.00. Unter Berücksichtigung der Tatsache, dass ein Pensum von 60 % zumutbar ist und nach Gewährung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ermittelte die Beschwerdegegnerin ein Invalideneinkommen von CHF 29'474.00. Die Erwerbseinbusse beträgt damit 49.2 %. Zwar ist die oben zitierte Bestimmung (Art. 27 bis Abs. 3 lit. a IVV) erst am 1. Januar 2018 in Kraft getreten. Angesichts der Tatsache, dass der Invaliditätsgrad

auch in diesem, für die Beschwerdeführerin günstigeren Fall nicht ein rentenbegründendes Ausmass erreicht, wie sich nachstehend zeigen wird, kann darauf verzichtet werden, eine separate Berechnung für die relevanten Monate im Jahr 2017 nach vorher geltendem Recht vorzunehmen. Nach Anwendung der gemischten Methode ergibt sich somit für den ausserhäuslichen Anteil von 50 %, wo eine Einschränkung von 49.2 % besteht, ein Invaliditätsgrad von 24.6 %. Im häuslichen Bereich mit Anteil 50 %, wo eine Einschränkung von 26.5 % besteht, beträgt der Invaliditätsgrad 13.25 %. Insgesamt resultiert so ein Invaliditätsgrad von 38 %. Die Beschwerdegegnerin hat einen Rentenanspruch zu Recht abgelehnt. 12. Die Beschwerdeführerin ist seit mehreren Jahren nicht mehr erwerbstätig. Im polydisziplinären Gutachten wird in Bezug auf die Festlegung der Arbeitsfähigkeit angemerkt, die Beschwerdeführerin sei bezüglich Teilhabe an der Arbeitswelt dekonditioniert und werde auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt faktisch nicht mehr vermittelbar sein. Für die Invaliditätsbemessung ist indessen nicht massgeblich, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn die verfügbaren Arbeitsplätze dem Angebot an Arbeitskräften entsprechen würden. Zu berücksichtigen ist zudem, dass der ausgeglichene Arbeitsmarkt (Art. 16 ATSG) auch sogenannte Nischenarbeitsplätze umfasst, also Stellen- und Arbeitsangebote, bei welchen Behinderte mit einem sozialen Entgegenkommen von Seiten des Arbeitgebers rechnen können. Von einer Arbeitsgelegenheit kann nicht mehr gesprochen werden, wenn die zumutbare Tätigkeit nurmehr in so eingeschränkter Form möglich ist, dass sie der ausgeglichene Arbeitsmarkt praktisch nicht kennt oder sie nur unter nicht realistischem Entgegenkommen eines durchschnittlichen Arbeitgebers möglich wäre und das Finden einer entsprechenden Stelle daher von vornherein als ausgeschlossen erscheint (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C_294/2017 vom 4. Mai 2018, E 5.4.2 mit Hinweisen). Hiervon ist mit Blick auf zumutbare Tätigkeitsprofil nicht auszugehen. Der oben beschriebene Arbeitsmarkt kennt insbesondere im hier zur Diskussion stehenden untersten Kompetenzniveau Arbeitsplätze, die nur körperlich sehr leichte Tätigkeiten beinhalten. Aufgrund der psychischen Komponente wird eine zeitliche Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit attestiert, wobei auch Teilzeit-Tätigkeiten in diesem Segment durchaus vorhanden sind. 13. Ebenfalls abgelehnt hat die Beschwerdegegnerin einen Anspruch auf berufliche Massnahmen, ohne dies weiter zu begründen. Die Beschwerdeführerin selber lässt keine solchen beantragen. Es ist davon auszugehen, dass die Beschwerdegegnerin aufgrund der Haltung der Beschwerdeführerin, dass sie keiner Tätigkeit mehr nachgehen könne, berufliche Massnahmen nicht für sinnvoll hielt. Vor diesem Hintergrund scheinen solche tatsächlich wenig zweckmässig. Es bleibt der Beschwerdeführerin indessen unbenommen, bei der Beschwerdegegnerin um Unterstützung bei der Stellensuche nachzusuchen, wenn sie ihre verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten möchte.

E. 14

14.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

14.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu

bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

4. Eine Kopie des Verhandlungsprotokolls vom 25. Januar 2021 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

5. Eine Kopie der an der öffentlichen Verhandlung vom 25. Januar 2021 eingereichten Kostennote vom 25. Januar 2021 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Vizepräsidentin

Die Gerichtsschreiberin

Weber-Probst

Wittwer

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