

# SO\_GERICHTE VSBES.2020.217 vom 15. Oktober 2020

SO Obergericht, 2020-10-15, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2020.217](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2020.217)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2020.217 du 15 octobre 2020

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2020.217 del 15 ottobre 2020

## Erwägungen

### E. 1

1.1 A.\_\_\_\_ (nachfolgend: Beschwerdeführerin), geboren 1959, meldete sich erstmals am 10. Januar 2009 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (nachfolgend: Beschwerdegegnerin) zum Bezug von IV-Leistungen (berufliche Integration) an (IV-Stelle Beleg Nr. [IV-Nr.] 2). Als gesundheitliche Beeinträchtigung wurden Rückenschmerzen, Kraftlosigkeit, Kopfschmerzen mit Übelkeit (Migräne), Probleme bei Stress (Schwindel), Müdigkeit und Allergien angegeben.

1.2 Die Beschwerdegegnerin führte in der Folge am 27. Januar 2009 ein Intake-Gespräch mit der Beschwerdeführerin durch (IV-Nr. 12) und holte einen Arbeitgeberbericht vom 27. Januar 2009 (IV-Nr. 14) ein. Daraufhin wurden der Beschwerdeführerin Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Belastbarkeitstrainings vom 16. Februar bis 13. März 2009 zugesprochen (IV-Nr. 21). Da die Massnahmen positiv verliefen (vgl. IV-Nr. 27), sprach die Beschwerdegegnerin mit Schreiben vom 17. März 2009 (IV-Nr. 28) die Kosten für Frühinterventionsmassnahmen in Form eines Aufbautrainings vom 16. März bis 12. Juni 2009 gut. Es folgten Kostengutsprachen für Taggelder während einem Arbeitstraining vom 21. September 2009 bis 28. März 2010 (IV-Nrn. 43 ff.) sowie die Kostengutsprache für ein Bewerbungscoaching (IV-Nr. 59). Zudem erfolgte am 8. Dezember 2009 eine Kostengutsprache für zwei Hörgeräte (IV-Nr. 51).

1.3 Mit Abschlussbericht vom 27. April 2010 (IV-Nr. 62) wurde die berufliche Eingliederung sodann als «vermittelt» abgeschlossen. Mit Vorbescheid vom 4. Mai 2010 (IV-Nr. 63) wurde der Beschwerdeführerin der Abschluss der Arbeitsvermittlung mitgeteilt. Trotz der durch die Beschwerdeführerin am 1. Juni 2010 erhobenen Einwände (IV-Nr. 68), hielt die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Juli 2010 (IV-Nr. 76) an ihrem angekündigten Entscheid fest. Eine dagegen am 27. August 2010 erhobene Beschwerde (IV-Nr. 80, S. 3 ff.) wies das Versicherungsgericht des Kantons Solothurn (nachfolgend: Versicherungsgericht) mit Urteil vom 13. April 2011 (VSBES.2010.214; IV-Nr. 92) ab.

### E. 2

2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]).

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 ATSG) gewesen sind 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.

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 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).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). 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. 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 (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder

in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.4 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 auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3.5 Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, aus medizinischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Telefoninterviewerin und in der erlernten Tätigkeit als Hotelfachassistentin sowie in den Tätigkeiten im Service und als Küchenhilfe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Zudem sei ihr eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zumutbar. Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute ohne gesundheitliche Einschränkungen im Rahmen eines 60%-Pensums eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit ausüben und in der übrigen Zeit (40 %) den Haushalt besorgen und ihren erkrankten Ehemann betreuen würde. Im Aufgabenbereich Haushalt lägen keine erheblichen Einschränkungen vor, womit insgesamt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere. Zum eingeholten polydisziplinären Gutachten sowie zur ergänzenden Stellungnahme der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 8. April 2019 führte sie Folgendes aus: Das polydisziplinäre Gutachten sowie die ergänzende Stellungnahme hätten aufgrund der vollumfänglichen Untersuchungen, in der alle Beschwerden berücksichtigt worden seien, und durch den Einbezug der Vorakten eine begründete und einleuchtende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts geliefert. Das Gutachten / die ergänzende Stellungnahme erfüllten die Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den vollen Beweiswert eines Arztberichtes stelle (BGE 122 V 160). Das Fachgutachten / die ergänzende Stellungnahme genössen vollen Beweiswert (A.S. 1 ff.).

4.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, das B.\_\_\_\_-Gutachten sei beweisuntauglich. Dieses sei äusserst widersprüchlich, unvollständig und nicht schlüssig. Es könne entsprechend gestützt darauf keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin stattfinden. Daran ändere auch die

nachträglich eingeholte Stellungnahme der Gutachter vom 8. April 2019 nichts. Diese sei schon formellrechtlich nicht beweistauglich, da sie nicht von allen Gutachtern unterzeichnet worden sei. Es könne nicht angehen, dass Gutachter Stellung nähmen zu anderen Fachgebieten. Es sei bei der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsunfähigkeit als Gastronomin von mindestens 70 %, einer solchen als kaufmännische Angestellte von mindestens gerundet 53 % und in einer Verweistätigkeit von einer solchen von mindestens 40 % auszugehen. Des Weiteren hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung erneut exazerbiert. Sofern davon ausgegangen werden sollte, dass das B.\_\_\_\_-Gutachten beweistauglich wäre, sei aufgrund der Tatsache, dass hiernach objektivierbare und behandlungsbedürftige Befunde erhoben worden seien, von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass des Gutachtens, jedoch vor Verfügungserlass, auszugehen.

5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant:

5.1 Am 28. Mai 2001 erlitt die Beschwerdeführerin einen Treppensturz. Die entsprechenden Leistungen des Unfallversicherers wurden im Jahr 2002 eingestellt (IV-Nr. 7, S. 3). Gemäss Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 26. Juli 2002, habe sich in den folgenden Tagen trotz Schonung und Medikamenten die Schmerzsymptomatik auf die rechte Schulter, das Gesäss und das rechte Bein ausgeweitet. Es gebe einen sehr langwierigen Verlauf mit intensiver Physiotherapie und vielen Medikamenten, längerer Arbeitsunfähigkeit und Schwierigkeiten, zurück in den Arbeitsprozess als selbstständige Wirtin zu gelangen. Dennoch habe der Fall am 5. Juni 2002 abgeschlossen werden können bei voller Arbeitsfähigkeit. Nun verspüre die Patientin aber seit einigen Tagen wieder schlimmere Verkrampfungen in der Rückenmuskulatur und könne die Arme nicht mehr heben. Es scheine nun eine Abklärung auch von rheumatologischer Seite wichtig, da nicht klar sei, ob diese Symptomatik nach so langer Zeit auf den Unfall zurückzuführen sei. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit betrage wieder 50 % ab 22. Juli 2002 (IV-Nr. 7, S. 2).

5.2 Gemäss Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 27. November 2006 (IV-Nr. 6) leide die Beschwerdeführerin unter einer chronischen Rhinosinusitis. Klinisch bestehe eine Septumdeformität. Im Weiteren liege eine atopische Diathese vor mit Nachweis einer Sensibilisierung auf Hausstaubmilben. Die Eosinophilenzahl und das ECP lägen im Normbereich. Auf die Messung des pulmonalen NO sei angesichts des akuten respiratorischen Infektes verzichtet worden. Angesicht der vorliegenden Befunde bestehe der Verdacht, dass die von der Patientin beschriebene Symptomatik mindestens teilweise durch eine Milbenallergie bedingt sei.

5.3 Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum, Spital G.\_\_\_\_, vom 13. Oktober 2015 (IV-Nr. 101, S. 4 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom

Anamnestisch Hyperthyreose

Polyallergie: Impfungen / Hühnereiweiss, Bienen

Die Beschwerdeführerin sei eine 56-jährige Patientin, mit seit Jahren wiederkehrenden Rückenbeschwerden und seit Dezember letzten Jahres hauptsächlich anhaltenden tieflumbalen Schmerzen, einerseits vom Dauercharakter und andererseits durch Belastungen deutlich provozierbar, im Sinne von auch wiederholten, invalidisierenden Exazerbationen. Klinisch zeige sich ein extremes Schonverhalten bei deutlich insuffizienter, tieflumbaler Rückenmuskulatur, im Sinne eines lumbalen Instabilitätssyndroms. Des Weiteren bestehe aufgrund der diffusen Schmerzausstrahlung in alle vier Extremitäten sicherlich eine Schmerzausweitung im Sinne einer zentralen Sensitisierung. Zusätzlich sei zu erwähnen, dass nicht unwesentliche positive Yellow flags wie finanzielle Schwierigkeiten, psychosoziale Problematik, vorbestehende Rückenbeschwerden, wie auch mehrere Schmerzlokalisationen vorhanden seien. Da alltägliche Verrichtungen, wie Putzen zuhause, Einkäufe oder auch Wäsche aufhängen, deutlich erschwert seien, werde ein entsprechendes ambulantes funktionsorientiertes Rehabilitationsprogramm geplant. Hauptsächliches Rehabilitationsziel wäre die Wiedererlangung von entsprechenden Haushaltstätigkeiten wie Reinigungsarbeiten, Kochen oder auch Einkäufe annähernd schmerzfrei erledigen zu können.

5.4 Dem Bericht von Dr. med. F. \_\_\_ vom 10. Dezember 2015 (IV-Nr. 101, S. 6 ff.) lässt sich entnehmen, aus physiotherapeutischer Sicht zeige sich eine deutlich verminderte Muskelkontrolle lumbal sowie eine allgemeine Schwäche der Rumpf-, Bein- und Schultergürtelmuskulatur. Neuropsychologisch zeige sich eine sehr komplexe, psychische Gesamtsituation (problematische psychosoziale Entwicklung / Vernachlässigungstendenz) sowie eine aktuelle Belastungssituation zuhause, weshalb eine längerfristige psychotherapeutische Begleitung indiziert wäre. Klinisch zeige sich die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand und nicht wesentlich schmerzleidendem Eindruck. Unauffälliges Gangbild, unauffälliges Sitzen auf Stuhl während mindestens 15 Minuten. Wirbelsäule mit diskreter linkskonvexer, thorakaler, und rechtskonvexer Lumbalskoliose, verminderte lumbale Lordosierung. Beweglichkeit der Wirbelsäule in allen Ebenen mit aktivem Entgegenspannen in allen Ebenen bei verspürten Schmerzen. FBA 22 cm, Schober 10 / 14 cm. Unauffälliger Zehen- und Fersengang, unauffälliger Kauer- und Strecktest. Eindrückliches Wiederaufrichtephenomen mit Abstützen der Arme auf beiden Oberschenkeln sowie zunehmender lumbaler Lordosierung. Muskeleigenreflexe symmetrisch auslösbar, keine Neurokompressionszeichen, Sensomotorik der unteren Extremität unauffällig. Diffuse paravertebrale lumbale Druckdolenz. Rumpfglobaltest nach zwei Sekunden abgebrochen bei Schmerzzunahme und eindrucklicher lumbaler Lordosierung.

5.5 Dr. med. F. \_\_\_ führte in seinem Bericht vom 6. Juni 2016 (IV-Nr. 101, S. 10 f.) aus, unter Fortsetzung eines vor allem selbständigen funktionsorientierten aktiven Settings habe seit letzter Konsultation ein stabiler Verlauf ohne erneute Beschwerdezunahme bestanden. Sieben Monate nach Erstkonsultation bestätige die Patientin selbst, dass es viel weniger zum Auftreten von mehrtägigen Schmerzepisoden komme, sie sich auch leistungsfähiger fühle und dass sich auch entsprechend die Schlafqualität bei nicht mehr vorhandener Nachtschmerzsymptomatologie deutlich verbessert habe. Angesichts des oben geschilderten Verlaufes mit auch deutlich geringerer Einschränkung in den Alltagsaktivitäten seien momentan keine weiteren Verlaufskontrollen vorgesehen und ein selbständiges Training werde von der Patientin bei guter Motivation fortgesetzt.

5.6 Dem Arztbericht für Erwachsene von Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, [...], vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 107) lässt sich entnehmen, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Es seien auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Die Arbeitsunfähigkeit sei bisher vom Psychiater ausgestellt worden, genaue Daten lägen dem Hausarzt nicht vor. Von ihm sei im Rahmen der bekannten Diagnosen bisher keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Die letzte Untersuchung datiere vom Juni 2016 von Seiten Dr. med. F.\_\_\_\_ betreffend Rückenschmerzen, beim Hausarzt selber vom Juni 2017, jedoch aufgrund anderer, nicht IV-relevanter Beschwerden. Dr. med. H.\_\_\_\_ sei aktuell nicht in Kenntnis, welche Beschwerden die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin angegeben habe, um nicht arbeiten zu können, diesbezüglich könne er hier nicht mehr sagen, als dass die Rückenbeschwerden im Jahr 2002 nach einem Treppensturz begonnen hätten. Er habe die Patientin seit fast zwei Jahren bezüglich ihrem Rücken nicht mehr untersucht und beurteilt. Alle beteiligten Spezialisten sprächen von einer Somatisierung oder Somatisierungstendenz, sodass sich hier sehr wohl die Frage stelle, ob es überhaupt einen Grund für eine Invalidität gebe. Die bisherige Tätigkeit sei wahrscheinlich zumutbar, sicher in einer reduzierten Masse (50 - 80 %).

5.7 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztbericht für Erwachsene vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 108) fest, es zeige sich ein sehr erfreulicher Verlauf im Sinne einer annähernden Asymptomatologie. Es seien kaum mehr Rückenschmerzen vorhanden. In der Abschlussbesprechung vom 23. Mai 2016 (IV-Nr. 101 S. 10 f.) seien keine Befunde erhoben worden. Es sei von einer guten Prognose auszugehen. Im Mai 2016 habe kaum mehr eine körperliche Einschränkung bestanden, ein sechs Minuten-Gehtest von 462 m sei möglich, der Rep-sit-to-stand sei 10 Sekunden und der Loaded reach 50 cm gewesen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit könne Dr. med. F.\_\_\_\_ keine machen.

5.8 Im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2018 (IV-Nr. 122.1 - 122.7) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 122.1, S. 24):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 20 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Dabei gelte das seitens des ORL-Teilgutachten geäusserte Fähigkeitsprofil. Gemäss dem ORL-Teilgutachten (IV-Nr. 122.4) sei die jetzige Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Home-Office aufgrund der Schwerhörigkeit als ungünstig anzusehen. Zum jetzigen Zeitpunkt reiche das Hörvermögen links für die Kommunikation mit einem Spezial-Telefon mit Verstärker aus. Bei ungünstigen akustischen Bedingungen (Verbindung, Artikulation des Gesprächspartners) komme es zu Verständnisproblemen. Die vermehrte Anstrengung bei der Sprachdiskrimination erfordere mehr Erholungszeit. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Aufgrund des bisherigen Verlaufes sei mit einer weiteren Verschlechterung des Hörvermögens zu rechnen. Längerfristig werde eine Tätigkeit mit solch hohen kommunikativen Anforderungen nicht mehr möglich sein. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit aus oto-rhino-laryngologischer Sicht zu 100 % gegeben.

5.9 RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 7. Juni 2018 (IV-Nr. 125) fest, das polydisziplinäre Gutachten sei nachvollziehbar und

schlüssig. Sie bestätigte die von der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit von 20 % bestehe aufgrund der Hörprobleme der Versicherten. Die Hörprobleme dürften im weiteren Verlauf noch zunehmen, sodass die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt durchgeführten hörsensiblen Tätigkeit als Telefoninterviewerin noch abnehmen werde. Die erlernte Tätigkeit als Hotelfachassistentin sei als kommunikativ fordernd / hörorientiert einzuschätzen, sodass auch in dieser Tätigkeit von der AUF von 20 % ausgegangen werden könne. Ebenso sei dies bei einer Tätigkeit im Service zu sehen. Bei der ebenfalls erwähnten Tätigkeit als Küchenhilfe sei eine hörbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von der Ausgestaltung des jeweiligen Arbeitsplatzes abhängig. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit zu 100 % gegeben. Davon sei jeweils seit Datum des Gutachtens auszugehen. Retrospektiv hätten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit nicht festlegen können.

5.10 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 22. Juni 2018 (IV-Nr. 126, S. 6 f.) aus, er könne bestätigen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund rezidivierender Exazerbationen der bekannten chronischen Rückenschmerzen mehrmals in seiner Praxis vorstellig gewesen sei. Diverse Therapieansätze schienen meist keinen positiven und vor allem keinen bleibenden positiven Einfluss auf die Schmerzsymptomatik zu haben. Zuletzt habe die Beschwerdeführerin nach der IV-Begutachtung im Mai 2018, nachdem sie mehrfach auf einem Bein hüpfen müssen und sie anschliessend eine Schmerzexazerbation im LWS-Bereich mit Ausstrahlung in beide Beine und Arme erfahren habe, einen kleinen Steroidstoss erhalten, nachdem die von ihr eingenommenen Schmerzmedikamente (Novalgin / Irfen / Dafalgan) die Schmerzen nicht hätten beeinflussen können. Unter Steroiden sei es erfreulicherweise zu einer Schmerzreduktion innert einer Woche gekommen. Im Rahmen des IV-Gutachtens müsse die chronische Rückenproblematik sicher berücksichtigt werden, was heisse, dass die Beschwerdeführerin sicher keine schwere oder mittelschwere Arbeit verrichten könne. Am besten wäre sicher eine leichte Arbeit, mit wechselnder Position, dies in einem Rahmen von 50 bis maximal 80 % und am besten an einem ruhigen, nicht zu lauten Ort, berücksichtigend ihre Hörstörung, welche in den nächsten Jahren mit grosser Sicherheit an Schwere zunehmen werde.

5.11 Der Stellungnahme der B.\_\_\_\_-Gutachter vom 8. April 2019 (IV-Nr. 131) lässt sich entnehmen, die Darlegungen des Vertreters der Beschwerdeführerin in Punkt 2 seines Einwandschreibens vom 6. Juli 2018 (IV-Nr. 126) bezüglich Orthopädie / Rheumatologie seien falsch. Nicht nur aus den bisherigen Befunden anderer Ärzte, sondern auch im orthopädischen / rheumatologischen Teilgutachten seien die bildgebenden Untersuchungen unter dem Punkt 2.3. «Zusatzuntersuchungen» nochmals ausführlich und eigenständig beschrieben worden. Wenn nun schließlich sowohl klinisch durch die ausführliche körperliche Untersuchung als auch durch die bildgebenden Erhebungen keine rentenrelevanten Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet feststellbar seien, dann gebe es auch keine weiteren nennenswerten differenzierten Einschränkungen in den verschiedenen Berufen der Explorandin. Die vom Vertreter angegebenen, vermeintlich eine Arbeitsunfähigkeit bedingenden Faktoren wie Kreuzallergie, Parfümallergie, kein Heben von schweren Lasten, sprächen nach Auffassung der Gutachter nicht gegen die Tätigkeit als Wirtin. Da der Fallführer durch seinen Bruder, der Koch und Wirt gewesen sei, bestens Einblick in die Tätigkeit eines Wirtes / einer Wirtin habe, werde die Auffassung vertreten,

dass das Arbeitsprofil gut bemessen worden sei. Zudem sei es eher sinnfrei, warum eine Einschränkung bei einer Parfümallergie vorliegen solle. Unter Ziff. 3 der Stellungnahme vom 6. Juli 2018 werde angegeben, dass die Gutachter in ihrem polydisziplinären Gutachten auf Seite 25 geschrieben hätten, dass der vorbehandelnde Arzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erhoben habe. Trotz mehrfachem Studiums des Gutachtens habe diese Aussage nicht gefunden werden können. In casu gelte es aber festzuhalten, dass der vom Vertreter zitierte Dr. med. H.\_\_\_\_ in einem Bericht an die IV vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 107) angegeben habe, dass er die Arbeitsunfähigkeit gar nicht angeben könne, da diese bisher vom Psychiater ausgestellt worden sei und ihm keine genauen Angaben vorlägen. Des Weiteren werde vom Rechtsvertreter behauptet, das neurologische Teilgutachten sei beweisuntauglich. Diese Kritik bleibe unfundiert und nicht nachvollziehbar. So halte der Vertreter fest, dass die Explorandin unter einer Migräne leide, ein Beschwerdebild, welches von der Explorandin gegenüber dem neurologischen Teilgutachter nicht erwähnt worden sei, trotz abschliessender Frage des neurologischen Gutachters, ob noch weitere Beschwerden vorlägen. Hinsichtlich allfälliger psychiatrischer Diagnosen verlasse man sich auf die fachärztliche Beurteilung des psychiatrischen Gutachters.

5.12 Nach Einsicht in die Stellungnahme der B.\_\_\_\_-Gutachter vom 8. April 2019 kam RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 17. April 2019 (IV-Nr. 133) zum Schluss, es könne an der Beurteilung im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2018 resp. an der RAD-Stellungnahme vom 7. Juni 2016 festgehalten werden.

5.13 In dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Situationsbericht vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 136) wird festgehalten, unter Berücksichtigung der bisherigen Erwerbsbiographie und der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nebst dem behinderten Sohn, welcher zwischenzeitlich ausgezogen sei, auch noch ihren an Blasenkrebs erkrankten Ehemann zu betreuen habe, sei davon auszugehen, dass sie heute ohne gesundheitliche Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, wie in den vergangenen Jahren, einer Teilzeitstelle im Rahmen von maximal 60 % nachgehen würde. Die restlichen 40 % fielen in den Aufgabenbereich Haushalt. Demzufolge gelange zur Berechnung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode bei folgendem Status zur Anwendung: 60 : 40 (ausserhäusliche Tätigkeit : Aufgabenbereich Haushalt). Im Aufgabenbereich Haushalt lägen aus medizinischer Sicht keine erheblichen Einschränkungen vor. Aus medizinischer Sicht sei in einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % gegeben. Demzufolge würde auch unter Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bei der Annahme, dass die Beschwerdeführerin heute ohne gesundheitliche Beschwerden einer ausserhäuslichen Arbeit im Vollzeitpensum nachgehen würde, kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % und somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstehen.

5.14 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Unfallchirurgie, stellte in seinem Bericht vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) folgende Diagnosen:

In der Befunderhebung wird beschrieben, das Gangbild sei kleinschrittig, jedoch flüssig, kein Schmerzhinken, inspektorisch deutliche Beckenrotationsfehlstellung mit Rotation des Os ilium rechts um die Longitudinale nach dorsal. Hierdurch deutliche Überlastung der pelvitrochantären hüftaussenrotierenden Muskeln sowie der rumpfstabilisierenden Muskeln. Bei der Untersuchung im Liegen finde sich eine freie Kraftentfaltung aller

Kennmuskeln der unteren Extremität mit Kraftgrad 5, Lasegue negativ, Bragard negativ, deutliche Druckdolenzen fänden sich im Verlauf der gesamten glutealen Muskelgruppe aktuell linksbetont sowie im Bereich der Hüftbeugerloge links dominant. Weitere Druckdolenzen im Bereich der Facettengelenke L5/S1 sowie L4/5 linksbetont mit deutlich positivem Dreiphasen Hyperextensionstest für die genannten Etagen. Aufgrund der heute erhobenen Befunde werde eine weiterführende Abklärung i.S.e. weiterführenden radiologischen Diagnostik aktuell für erforderlich gehalten. Bezüglich Therapiemöglichkeiten könnten initial Verfahren aus dem Kreis des sogenannten Myofascial-Release zum Einsatz kommen. Dies könne im Rahmen der Physiotherapie erfolgen, wie zum Beispiel durch Integration von Fasciendistorsionsmodellen (FDM nach Typaldos) oder der Osteopressur (spezielle Schmerztherapie nach Liebscher und Bracht). Neben der Behandlung sollte die Instruktion eines Heimprogrammes im Sinne von therapeutischen Engpassdehnungen erfolgen. Diese sollten konsequent für die Dauer von mindestens 8 - 12 Wochen umgesetzt werden. Gegebenenfalls Nutzen und Instruktion von Hilfsmitteln aus dem Fascial Fitness nach Schleip (Blackroll, Mini Blackroll, ActivaBall).

5.15 Am 6. Juni 2019 führte Dr. med. C.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine therapeutische Infiltration durch (Facettengelenk L5/S1 beidseitig mit Kenakort je 40 mg unter LA mit Carbostesin 0.25 %, medial branch block S1 beidseitig). Dr. med. C.\_\_\_\_ beschrieb im gleichentags erstellten Infiltrationsbericht (IV-Nr. 140, S. 28) eine monosegmentale Degeneration L5/S1 beidseits mit Radixaffektion S1 links. Die Beschwerdeführerin berichte nach dem Eingriff von einer deutlichen Reduktion der Rückenschmerzen. Weitere Aussagen über die Schmerzlinderung könne sie noch nicht machen. Nach einem weiteren Beobachtungsintervall durch Pflege habe die Beschwerdeführerin die Klinik kardiopulmonal kompensiert mit unverändertem Neurostatus verlassen.

5.16 RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, führte in ihrer Stellungnahme vom 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 146) aus, aus der Indikationsstellung von Dr. med. C.\_\_\_\_ ergebe sich einerseits, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreter, dass die Symptomatik schon langjährig (und damit bereits zum Begutachtungszeitpunkt) bestehe und somit keine Verschlechterung eingetreten sei. Weshalb der Rechtsvertreter anhand dieser ■ aktenkundig auf der rein subjektiven Angabe der Beschwerdeführerin beruhenden und ohne klinische Untersuchung durchgeführten ■ Infiltrationsindikation eine Verharmlosung der medizinischen Situation sehe, könne anhand der Akten nicht nachvollzogen werden. Hingegen verhalte es sich so, dass der Bericht des Orthopäden Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2019 ■ sollte es sich hierbei um die einzige Dokumentation handeln, die der Infiltration vorangegangen sei ■ keinerlei klinisch objektivierbare Daten bzw. Untersuchungsergebnisse enthalte, um die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin auch zu objektivieren, bevor es zur Infiltrationsbehandlung gekommen sei. Somit sei der beigelegte Befund ohne objektivierbare Ergebnisse medizinischerseits für den RAD nicht verwertbar, da er aktenkundig auf den rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhe, die auch im Gutachten wiederholt worden und dort entsprechend eingeordnet worden seien. Dem Bericht sei lediglich zu entnehmen, dass es nach der Infiltrationsbehandlung zu einer Besserung der medizinischen Situation gekommen sei. An der Beurteilung des RAD könne somit weiterhin festgehalten werden.

5.17 Im Situationsbericht vom 28. Mai 2020 (IV-Nr. 147), welcher aufgrund der Einwände der Beschwerdeführerin erstellt wurde, wird beschrieben, aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Verweistätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Bei der Aussage, die Beschwerdeführerin habe aus gesundheitlichen Gründen seit Jahren nicht mehr vollberufstätig sein können, handle es sich um eine subjektive Einschätzung. Mit Verweis auf die ausführliche Begründung im Situationsbericht vom 23. Juli 2019 sei an der gemischten Bemessungsmethode bei einem ausserhäuslichen Anteil von 60 % und einem Anteil im Aufgabenbereich Haushalt von 40 % festzuhalten. Gemäss Stellungnahme des RAD vom 19. Dezember 2019 liege keine gesundheitliche Veränderung vor. Auch aus medizinischer Sicht sei am Vorbescheid vom 24. Juli 2019 festzuhalten.

6. Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

6.1 Dr. med. K. \_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 26. August 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 3) die Diagnose einer episodischen Migräne. Bei der Patientin bestünden seit längerer Zeit Kopfschmerzen mit assoziierten Schwindelbeschwerden bei zudem deutlichem Schmerzsyndrom des Nackens und der Schulter. Es bestehe eine Fehlförmigkeit, Fehlhaltung der Wirbelsäule. Klinisch-neurologisch zeige sich ein normaler Kopf und Hirnnervenstatus, insbesondere bestehe keine Strabismus Latenz und auf Zervikalebene bestehe kein relevantes Zervikalsyndrom. Es sei zudem eine EEG-Untersuchung erfolgt. Diese sei unauffällig. Bei vorliegender langjähriger Kopfschmerzsymptomatik und normalem Kopf- und Hirnnervenstatus sei die Durchführung einer weiteren Abklärung mit Bildgebung mittels MRI des Kopfes verzichtbar. Eine ätiologische Zuordnung zu den Kopfschmerzen im gesamten Kontext sei nicht ganz einfach; es bestünden Aspekte von Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Allerdings habe die Patientin auch erhebliche Komponenten einer Migräne, wie beispielsweise die Übelkeit und die assoziierte Schwindelsymptomatik. Insgesamt scheine die Migräne Komponente im Vordergrund zu stehen. Insgesamt bestehe hier das Bild einer episodischen Migräne.

6.2 Neben den bereits im Bericht vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) aufgeführten Diagnosen wird im Bericht von Dr. med. C. \_\_\_\_, vom 13. November 2020 (BB 4) zusätzlich eine «Gonalgie links mit /bei St.n. Stolpersturz mit Kniekontusion vom 17. November 2019» genannt. Im Rahmen der Erstkonsultation vom 5. April 2019 berichte die Patientin, dass ihr Rückenschmerzen bis in die 1980er Jahre zurück erinnerlich wären. Insgesamt sei sie in diesen Jahren immer arbeitsfähig gewesen, wobei der Rücken jedoch aus ihrer Sicht ein ständiges Problem gewesen sei. Eine deutliche Verschlechterung der Rückenproblematik sei 1995 bei einem Treppensturz entstanden, wo sie mehrere Stufen hinuntergestürzt sei und den Rücken hierbei im Sinne einer Rückenprellung verletzt habe. Seither seien intensive Therapiebestrebungen erfolgt, inklusive eines stationären Aufenthaltes in einer Rheumaklinik. Die Rückenbeschwerden würden aktuell nicht als konstant, sondern als wellenförmig verlaufend bezeichnet. Aufgrund der aktuell vorliegenden lumbalen Schmerzproblematik seien bereits mehrere Infiltrationen im Sinne der interventionellen Schmerztherapie durchgeführt worden. Hiernach habe sich jeweils nur ein kurzfristiger Effekt auf die applizierten Medikamente ergeben, sodass ein dauerhafter lumbaler Rückenschmerz bestehe. Dieser lasse sich anhand der Veränderungen auch radiologisch im MRI und Nativröntgen nachvollziehen. Insofern betrage die Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiterin in der Gastronomiebranche aktuell 40 % mit einem erhöhten Pausenbedarf. Dieser erhöhte Pausenbedarf resultiere aufgrund der unter

Belastung sich verstärkenden Rückenschmerzen, sodass die Patientin in der Lage sein müsste, durch regelmässige Pausen und Durchführung ihres instruierten Heimprogrammes diese Schmerzepisoden abzumildern. In einer Tätigkeit als kaufmännische Angestellte wäre die Patientin bei einem voll ergonomischen Arbeitsplatz und wechselbelastender Tätigkeiten mit einem Wechsel aus Stehen, Sitzen, Laufen in einem Arbeitspensum von 70 % arbeitsfähig. Auch hier zeichne sich ein erhöhter Pausenbedarf ab, dieser resultiere aus der Notwendigkeit einer regelmässigen Beübung zur Schmerzcoupierung. In einer idealen leidensangepassten Tätigkeit wäre die Klientin zu 80 % arbeitsfähig. Dieser Arbeitsplatz sollte voll ergonomisch ausgestaltet sein, sowie eine wechselbelastende Tätigkeit beinhalten. Diese sollte sich aus Episoden des Stehens, Sitzen und Laufen zusammensetzen. Eine Hebe- und Tragebelastung über 5 kg Gewicht sollte zwingend vermieden werden. Es bestehe in allen Tätigkeiten ein erhöhter Pausenbedarf. Dieser sollte pro 60 Minuten Arbeitszeit 15 Minuten umfassen, damit die Patientin in der Lage sei, auch kurzfristig und regelmässig Eigenübungen zur Schmerzreduktion durchzuführen und somit die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen.

7. Vorweg ist anzumerken, dass nach einer Neuanmeldung grundsätzlich in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu prüfen ist, ob seit der letzten leistungsabweisenden Verfügung eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Juli 2010 (IV-Nr. 76) bereits einmal über ein Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin entschieden. In der besagten Verfügung wurde über den Anspruch auf Arbeitsvermittlung befunden. Weitere Leistungen waren nicht Gegenstand des Dispositivs. Die rechtskräftige Verfügung vom 12. Juli 2010 erfolgte ■ wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung korrekt festhält ■ aufgrund einer rentenausschliessenden Eingliederung ohne materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung, womit im vorliegenden Fall kein Sachverhaltsvergleich zu erfolgen hat. Vielmehr ist der medizinische Sachverhalt grundsätzlich wie bei einer Erstanmeldung zu prüfen.

8. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2018 (IV-Nr. 122.1 - 122.7), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

8.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (IV-Nr. 122.1, S. 13 ff.; 122.2, S. 4 ff.; 122.3, S. 7 ff.; 122.4, S. 8 ff.; 122.5, S. 6 ff.; vgl. auch IV-Nr. 122.6 betreffend Laboruntersuchung) sowie die ihnen vorliegenden Vorakten studiert haben (IV-Nr. 122.1, S. 5 ff.; 122.2, S. 3; 122.3, S. 3 ff.; 122.4, S. 4 ff.; 122.5, S. 6). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

8.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt:

8.2.1

8.2.1.1 Gemäss neurologischem Teilgutachten habe die Beschwerdeführerin befragt nach den aktuellen Beschwerden berichtet, sie habe schon ein Leben lang Rückenprobleme

gehabt. Es sei «nonstop». Nach einer Rehabilitation im Spital L.\_\_\_\_ sei es leicht besser geworden, doch es sei wieder schlimmer geworden. Des Weiteren leide sie unter Kopfschmerzen. Die Beschwerdeführerin glaube, es komme von der Wirbelsäule, da es dort im Nacken Verspannungen gebe. Es gebe Tage, wo es gut sei und dann gebe es wieder Tage, die "ganz krass" seien. Weiter habe sie Arm- und Beinschmerzen, welche vom Rücken ausgingen. Sie habe in den Fingern auch kaum Kraft. Bis vor kurzem habe sie auch wiederholt Schwindel gehabt. So sei sie vor zwei Wochen wegen des Schwindels gestürzt. Es sei nicht klar, ob sie bewusstlos gewesen sei. Auf weitere Beschwerden angesprochen, verneine die Beschwerdeführerin solche. In der Befunderhebung führte der neurologische Gutachter aus, es zeige sich eine 59-jährige Explorandin in gutem AEZ (anamnestisch 167 cm / 63 kg), kooperativ und freundlich. Im Bereich des Kopfes und der Halswirbelsäule gebe es keine Zeichen von Meningismus oder Lhermitte. Die HWS-Rotation rechts / links betrage 80° / 0 / 80°, HWS-Seitwärtsneigung rechts / links 15° / 0 / 15°, Kinn-Sternum-Abstand 2 / 18 cm. Es bestehe ein leichter Muskelhartspann der Nacken-/Schulter-Muskulatur, jedoch keine Druckdolenz im Nacken- / Schulterbereich. Zu den Hirnnerven: der Geruchssinn sei normal. Visus 1,0 s.c. beidseits. Das Gesichtsfeld sei fingerperimetrisch intakt, der Fundus beidseits normal. Pupillen- und Blickmotorik: diskrete Pupillenasymmetrie (li>re), im Übrigen normal. Die Sensibilität im Gesicht und Kaumotorik sei normal. Es bestünden symmetrische Kornealreflexe und symmetrische Mimik. Zum Gehör: Normakusis beidseits; Weber mittelständig; Rinné normal. Die kaudalen Hirnnerven seien bis auf das Unvermögen, die Schultern anzuheben, unauffällig. Zum Stand- und Gangbild: es gebe ein flüssiges Gangbild mit normaler Armmitbewegung beidseits. Einbeinstand / Einbeinhüpfen sowie Zehengang / Fersengang seien normal, ebenso der Strichgang / Blindstrichgang, Hockegehen, sowie Romberg. FBA 40cm, Schober 10/12cm. Zu den Armen und Beinen: Trophik, Tonus, Koordination und Motilität seien normal. Die Kraft sei beidseits normal. MER sei mittellebhaft auslösbar. Es bestünden keine Pyramidenzeichen. Zur Sensibilität: Unterschenkel rechts mit Parästhesien, Unterschenkel links lateral Hypästhesie; Füße lateral mit Parästhesien; im Übrigen in allen Modalitäten normal. Es bestünden keine Lasègue-Zeichen. Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, führte zudem Zusatzuntersuchungen in Form von Extra- und transkranieller Doppler/Duplexsonografie durch. Dabei hätten sich extrakraniell bis auf eine leicht verdickte Hinterwand auf Höhe der Carotisbifurkationen beidseits normale Befunde gezeigt. Transkraniell habe sich eine normale Darstellung der ACA, MCA und PCA gezeigt.

8.2.1.2 Die Ausführungen des Neurologen sind zwar knapp ausgefallen, erweisen sich aber noch als genügend und nachvollziehbar. So stellt Dr. med. M.\_\_\_\_ die Diagnosen eines Panvertebralsyndroms (anamnestisch) ohne neurologisch objektivierbare Befunde sowie episodische Spannungskopfschmerzen (im Rahmen des cervicovertebralen Syndromes [als Teil des Panvertebralsyndromes]). Neben Parästhesien am rechten Unterschenkel und an den Füßen sowie der Hypästhesie am linken Unterschenkel lateral, welche anlässlich der rheumatologischen Untersuchung vom 25. April 2018 nicht mehr vorzufinden waren (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 10 f.), konnte der neurologische Gutachter lediglich einen leichten Muskelhartspann der Nacken/Schulter-Muskulatur feststellen bei sonst unauffälligen klinischen Befunden, was im Übrigen mit den erhobenen Befunden im rheumatologischen Teilgutachten übereinstimmt (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 9 ff.). Auch die durchgeführten Zusatzuntersuchungen in Form von Extra- und transkranieller Doppler / Duplexsonografie (IV-Nr. 122.1, S. 17) ergaben ebenfalls keine Auffälligkeiten. Sensomotorische Ausfälle

wurden im neurologischen Teilgutachten auch keine genannt. Mit Blick auf die klinisch erhobenen Befunde sowie die durchgeführten Zusatzuntersuchungen erscheinen die gestellten Diagnosen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nachvollziehbar und schlüssig.

8.2.1.3 Dr. med. M.\_\_\_\_ beschreibt im neurologischen Teilgutachten die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Kopfschmerzen als episodische Spannungskopfschmerzen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dies lässt sich ■ entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 14 f.) ■ nicht beanstanden. So geht der Neurologe Dr. med. K.\_\_\_\_ bei der Begründung seiner im Bericht vom 26. August 2020 (BB 3) gestellten Diagnose einer episodischen Migräne selbst davon aus, dass eine ätiologische Zuordnung zu den Kopfschmerzen im gesamten Kontext nicht ganz einfach sei, da bei der Beschwerdeführerin sowohl Aspekte von Kopfschmerzen vom Spannungstyp als auch erhebliche Komponenten einer Migräne, wie beispielsweise die Übelkeit und die assoziierte Schwindelsymptomatik, vorzufinden seien. Nach Einschätzung von Dr. med. K.\_\_\_\_ schein aber insgesamt die Migräne-Komponente im Vordergrund zu stehen. Somit nimmt er lediglich eine abweichende Beurteilung desselben Sachverhalts vor als Dr. med. M.\_\_\_\_ im neurologischen Teilgutachten. Es ist diesbezüglich in Erinnerung zu rufen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (E. II. 3.5 hiervor). Dies ist vorliegend nicht der Fall, ergaben doch sowohl die klinische Untersuchung als auch die EEG-Beurteilung bei Dr. med. K.\_\_\_\_ keine Auffälligkeiten (BB 3, S. 3). Letztlich ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 5.2 mit Hinweisen). Der Bericht von Dr. med. K.\_\_\_\_ vom 26. August 2020 enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit bzw. dazu, inwiefern die von ihm diagnostizierte episodische Migräne die 100%ige Ausübung der im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2018 angegebenen leidensangepassten Tätigkeiten nicht zulässt.

8.2.1.4 Wie die Beschwerdeführerin korrekt vorbringt (A.S. 15 f.), trifft es zu, dass sich Dr. med. M.\_\_\_\_ im neurologischen Teilgutachten nicht mit den MRI-Aufnahmen der Beschwerdeführerin auseinandersetzt. Dies liegt aber am Umstand, dass die Aufnahmen zum Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung vom 1. März 2018 nicht in den Akten der Beschwerdegegnerin vorzufinden waren. Diese wurden von der Beschwerdeführerin erst anlässlich der rheumatologischen Begutachtung vom 25. April 2018 beigebracht bzw. von den B.\_\_\_\_-Gutachtern eingeholt (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 1). Mit den MRI-Bildgebungen setzte sich der rheumatologische Gutachter eingehend auseinander, wobei er darin keinen Hinweis auf eine Nervenschädigung erwähnte (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 11). Auf die MRI-Aufnahmen der lumbalen Wirbelsäule nimmt auch Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) und 13. November 2020 (BB 4) Bezug. Dabei wird anders als in der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters zu den

MRI-Aufnahmen der lumbalen Wirbelsäule der Klinik N.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2017 berichtet, es finde sich ein Erguss der Facettengelenke L5/S1, geringer ausgeprägt L4/5, linksseitig Verdacht auf Radixaffektion S1 bei Bandscheibenprotrusio und hypertropher Spondylarthrose im Segment L5/S1, Retrolisthese L5 auf S1. In den neueren MRI-Aufnahmen lumbal der RODIAG vom 15. April 2019, welche im Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 13. November 2020 Erwähnung finden (BB 4, S. 1), lässt sich der Verdacht auf eine Nervenschädigung aber nicht bestätigen. Neurokompressionen von Bedeutung wurden darin ebenfalls keine genannt. Selbst wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass sich der neurologische Gutachter noch explizit zu den MRI-Aufnahmen geäußert hätte, kann aufgrund der vorgenannten diskreten Befunderhebungen kein ernsthafter Zweifel daran bestehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorlag.

8.2.2 Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden kann (IV-Nr. 122.2, S. 9). So ergäben sich aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Insbesondere die Lungensituation (mit bedarfsweiser Therapie an einzelnen Tagen im Monat bei möglicher DD: Asthma/COPD und fortgesetztem Nikotinkonsum) werde von der Versicherten nicht als grundlegend leistungslimitierend geschildert. Allerdings sollte ein möglicher Arbeitsplatz aus Sicht der Versicherten keine Staubbelastung oder Belastung mit starken Düften aufweisen, was auch in der Gesamtschau medizinisch nachvollzogen werden könne. Die Hyperthyreose zeige unter bestehender Therapie im aktuellen Labor einen TSH-Wert im Normbereich. Eine IV-Relevanz ergebe sich aus dieser Diagnose nicht.

### 8.2.3

8.2.3.1 Im rheumatologischen Teilgutachten wird in der Befunderhebung ausgeführt, der Untersuchungsraum werde von der Beschwerdeführerin mit einem unauffälligen Gangbild betreten. Orthopädische Hilfsmittel seien keine benutzt worden. Das Entkleiden zur Untersuchung erfolge zügig. Hierbei auch Einbeinstand, um Strümpfe beziehungsweise Schuhe zu entkleiden und später wieder anzukleiden. Im Sitzen ■ und hierbei Vorüberbeugen bis zu den Füßen ■ sei keine Einschränkung der Lendenwirbelsäule zu erkennen. Bei sämtlichen Bewegungsschritten seien spontan keine Schmerzen geäußert worden. Beim aufrechten Stand zu ebener Erde bestünden physiologische X-Beine. Der Zehenspitzenstand und -gang, sowie der Hackengang und -stand hätten ebenso wie der Gang in und aus der Hocke zügig durchgeführt werden können. Der Einbeinstand erfolge beidseits ohne Trendlenburg'sches Zeichen. Kein Duchenne-Hinken. Bei der heutigen Untersuchung seien sämtliche Gelenke beider unteren Extremitäten seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk hätten entzündliche Veränderungen festgestellt werden können. Die Umfangmasse seien seitengleich. Auch die detaillierte Untersuchung der Kniegelenke ergebe keine Auffälligkeiten. Keine Meniskuszeichen. Bandapparat stabil. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig, insbesondere sei das Lasègue'sche Zeichen beidseits negativ. ASR und PSR hätten beidseits regelrecht ausgelöst werden

können. Motorische und sensible Störungen hätten keine gefunden werden können. Begrenzend wirke ein Pseudolasègue durch deutlich verkürzte ischiocrurale Muskulatur, was später auch beim Vornüberbeugen zum Tragen komme. Auch die Wirbelsäule sei bei der heutigen Untersuchung in allen Ebenen sehr gut bewegbar. Beim Vornüberbeugen könne jedoch mit durchgestreckten Beinen der Boden mit den Fingern nur bis 25 cm erreicht werden. Hier wirke, wie schon oben erwähnt, die verkürzte ischiocrurale untrainierte Muskulatur begrenzend. Die gesamte Wirbelsäule zeige keine nennenswerten Verspannungen oder Verhärtungen. Sie sei ansonsten in allen Ebenen einschliesslich Halswirbelsäule frei bewegbar. Bei sämtlichen Bewegungsschritten würden keine Schmerzen spontan geäussert. Auf Befragen werde diffus auf die Lendenwirbelsäule von cranial nach kaudal gezeigt. Hierbei sage die Beschwerdeführerin, die Schmerzen kämen und gingen. Mal seien sie links und mal rechts, mal oben und mal unten. Sie könne jedoch keinen fixen Punkt nennen. Auch die Gelenke der oberen Extremitäten seien seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk hätten entzündliche Veränderungen festgestellt werden können. Der Nacken- und Schürzengriff könne problemlos durchgeführt werden. Die Muskelkonturen seien seitengleich. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig, insbesondere keine Sensibilitätsstörung und normale Reflexe mit kräftigem Faustschluss. Fingerspiel frei. Normale Handbeschwielung. Nach der Untersuchung zügiges Ankleiden ohne erkennbare Behinderung. Eine Einschränkung durch die Lendenwirbelsäule könne bei der heutigen Untersuchung nicht verifiziert werden.

8.2.3.2 In seiner Beurteilung führt Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, an, da der Bewegungsapparat völlig untrainiert sei, obwohl die Beschwerdeführerin angebe, zu Hause Fitnessgeräte zu haben und diese auch zu nutzen, sei bei der schwach ausgeprägten Muskulatur und einer verkürzten ischiocruralen Muskulatur eine Schmerzsymptomatik je nach Überlastung und Bewegung vorstellbar. Dies führe jedoch zu keiner nennenswerten Einschränkung im Alltag, beziehungsweise bei irgendwelchen Tätigkeiten. Die Schmerzen seien auch nicht einer Location zugeordnet, sondern selbst im Bereich der Lendenwirbelsäule wechselten diese von links nach rechts, von oben nach unten, sodass hier von funktionellen Beschwerden ausgegangen werden müsse, die aber auch ihre Ursache auf nicht orthopädisch-/rheumatologischem Gebiet haben könnten. Hierfür seien dann die anderen Fachgutachten wegweisend.

8.2.3.3 Da der Experte aktuell keine relevanten rheumatologischen Befunde erheben konnte, leuchtet ein, dass er die Beschwerdeführerin als voll arbeitsfähig einstufte (IV-Nr. 122.3, S. 13). Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen bezüglich des rheumatologischen Teilgutachtens nichts zu ändern. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Vorurteilsbehaftetheit von Dr. med. P.\_\_\_\_ ist aus dem vorliegenden Gutachtensbericht nicht ersichtlich. Eine andere medizinische Einschätzung im Vergleich zu den anderen Teilgutachten reicht hierfür nicht aus. Nicht nachvollziehbar ist die Behauptung der Beschwerdeführerin, wonach ein Widerspruch darin zu erkennen sei, dass anlässlich der rheumatologischen Untersuchung anders als noch an der neurologischen (vgl. E. II 8.2.1.1 hiervor) keine Hypästhesien und Parästhesien festgestellt worden seien. Dr. med. P.\_\_\_\_ hatte anlässlich der umfassenden klinisch-rheumatologischen Untersuchung (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 9 ff.) schlicht keine solchen festgestellt. Zudem kann keine Verharmlosung der Befunde darin erblickt werden, dass der rheumatologische Gutachter die MRI-Aufnahmen anders beurteilte als noch Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) und 13.

November 2020 (BB 4). Dr. med. P. \_\_\_ hat die beigebrachten MRI-Aufnahmen vom 17. Juli 2015 und 14. Dezember 2017 dem Gutachten beigelegt (IV-Nr. 122.3, S. 18 ff.), sich mit diesen eingehend auseinandergesetzt und seine Interpretation der Befunde dargelegt (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 11). Wenn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin als Nichtmediziner zu einer anderen Auffassung gelangt, vermag dies den Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. P. \_\_\_ nicht zu vermindern. Sodann wird der Beweiswert der Expertise nicht dadurch geschmälert, dass der rheumatologische Gutachter die radiologischen Befunde vom 17. Juli 2017 in der Diagnosestellung nicht wörtlich und vollständig wiedergab. Insbesondere zu den Röntgenbefunden der Wirbelsäule gilt es festzuhalten, dass bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule die klinische Untersuchung die wichtigste und feinste Prüfung darstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2019 vom 12. Mai 2020 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Zudem sind nach der medizinischen Literatur radiologisch sichtbare degenerative Veränderungen an den Wirbeln allein noch kein Beweis, dass irgendwelche Schmerzen in Nacken, Kopf oder Armen wirklich hier ihren Ursprung haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_82/2019 vom 19. September 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297 mit Hinweis). Vorliegend stellte der rheumatologische Gutachter anlässlich der klinischen Untersuchung leichte Einschränkungen (schwach ausgeprägte Muskulatur und eine verkürzte ischiocrurale Muskulatur) und Schmerzen in der Wirbelsäule fest, welche keiner Location zugeordnet werden können, und trug dem in der Diagnose Rechnung. Überzeugend legte er dar, dass die Schmerzsymptomatik je nach Überlastung und Bewegung vorstellbar sei, diese jedoch zu keiner nennenswerten Einschränkung im Alltag, beziehungsweise bei irgendwelchen Tätigkeiten führe.

8.2.3.4 Auch die im Nachgang zur Begutachtung eingereichten Berichte von Dr. med. C. \_\_\_, welche den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit abweichend beurteilen (s. E. II. 5.14 und 6.2 hiervor), führen zu keinem anderen Ergebnis: Vorab ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Dr. med. C. \_\_\_ legt in seinem Bericht vom 13. November 2020 vor allem weitere Therapieversuche im Rahmen der durch diesen Arzt praktizierten interventionellen Schmerztherapie dar und illustriert das subjektive Leiden der Beschwerdeführerin. Dies ändert jedoch nichts an der versicherungsmedizinischen Beurteilung im rheumatologischen Teilgutachten. So ist festzuhalten, dass die Befunderhebung in den Berichten von Dr. med. C. \_\_\_ recht knapp ausgefallen ist, weshalb sie nicht das gleiche Gewicht wie das ausführliche Gutachten von Dr. med. P. \_\_\_ beanspruchen können. Weiter stellt der behandelnde Orthopäde unter anderem die Diagnosen eines prävertebralen sowie cervicothorakalen Schmerzsyndroms (bei unter anderem Status nach Morbus Scheurmann), ohne jedoch in seinen Berichten eine ausführliche Herleitung der Diagnosen vorzunehmen. Sodann wird sowohl im Bericht vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) als auch in demjenigen vom 13. November 2020 (BB 4) aufgeführt, die Beschwerden im Rücken bestünden nicht konstant, sondern es seien

sporadische Verläufe zu verzeichnen, was auch mit der Aussage der Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Begutachtung korreliert, wonach die Schmerzen kämen und gingen, was heisse, sie seien nicht ständig vorhanden (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 7). Unklar ist daher, weshalb Dr. med. C. \_\_\_ in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 13. November 2020 von einem dauerhaften lumbalen Rückenschmerz ausgeht (BB 4, S. 3). Dass bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen im Lumbalbereich bestehen, so wie es Dr. med. C. \_\_\_ in seinen Berichten beschreibt, mag zutreffen. So geht auch Dr. med. P. \_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten bei der Beurteilung der MRI-Aufnahmen von solchen Veränderungen aus (IV-Nr. 122.3, S. 11). Ob diese für die lumbalen Schmerzen verantwortlich sind, lässt sich aber nicht eindeutig bestimmen. Ausserdem lassen sich den Ausführungen von Dr. med. C. \_\_\_ zu den MRI-Aufnahmen vom 15. April 2019 ausser degenerativen Veränderungen keine Neurokompressionen von Bedeutung entnehmen (BB 4, S. 1 f.). Nach Lage der Akten ist vielmehr davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die schwach ausgeprägte Muskulatur und die verkürzte ischiocrurale Muskulatur für die Schmerzproblematik verantwortlich sind, so wie es der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar beschreibt (IV-Nr. 122.3, S. 12). So stellt auch Dr. med. C. \_\_\_ in seinen Berichten die Diagnose einer ausgeprägten muskulären Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz. Dieser bestehenden Dekonditionierung ist nach den gutachterlichen Angaben mit einem Muskelaufbautraining, gegebenenfalls unter Anleitung, entgegenzuwirken (IV-Nr. 122.3, S. 12). Dass die Beschwerdeführerin nach dem Begutachtungszeitpunkt bei Dr. med. C. \_\_\_ mehrere Infiltrationen im Sinne einer interventionellen Schmerztherapie begonnen hatte und sich hiernach jeweils nur ein kurzfristiger Effekt auf die applizierten Medikamente ergab (vgl. BB 4, S. 3), vermag den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens ebenfalls nicht zu relativieren. Die im Infiltrationsbericht vom 6. Juni 2019 von Dr. med. C. \_\_\_ gestellte Diagnose einer monosegmentalen Degeneration L5/S1 BDS mit Radixaffektion S1 links wird in seinen Berichten vom 8. April 2019 und 13. November 2020 weder aufgeführt noch begründet. Die Diagnose einer Degeneration L5/S1 BDS mit Radixaffektion S1 wurde vom rheumatologischen Gutachter aufgrund der eingesehenen Röntgenbilder nicht gestellt, weshalb die Berichte von Dr. med. C. \_\_\_ zu keiner anderen Beurteilung der medizinischen Situation führen.

8.2.3.5 Im Übrigen kann entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Begutachtungszeitpunkt ausgegangen werden, spricht doch auch Dr. med. C. \_\_\_ in seinen Berichten von nicht konstanten und bereits seit längerem bestehenden Rückenschmerzen. Zudem wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Dr. med. C. \_\_\_ in seinen Berichten weder behauptet noch begründet. Die MRI-Aufnahmen der lumbalen Wirbelsäule zeigten ebenfalls keine relevanten zusätzlichen degenerativen Veränderungen im Vergleich zu früheren MRI-Aufnahmen (vgl. E. II. 8.2.1.4 und 8.2.3.4 hiervoor). Im Bericht vom 13. November 2020 wird zwar von einer Gonalgie links bei Status nach Stolpersturz mit Kniekontusion vom 17. November 2019 gesprochen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 27) wurde aber keine Gonarthrose diagnostiziert. Inwiefern sich die Knieschmerzen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wird von Dr. med. C. \_\_\_ nicht erwähnt und die Knieproblematik wird auch nicht in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen, weshalb davon auszugehen ist, dass diese keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausübt. Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. C. \_\_\_ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des rheumatologischen Teilgutachtens

nicht in Frage zu stellen.

8.2.4 In der oto-rhino-laryngologischen Beurteilung begründet Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, in einleuchtender Weise das Vorliegen einer hochgradigen kombinierten Schwerhörigkeit rechts DD Otosklerose (ICD-10 H90.2) und einer mittelgradigen sensorineuralen Schwerhörigkeit links (ICD-10 H90.5). Nach Durchführung mehrerer Tests (vgl. IV-Nr. 122.4, S. 11 f. und 16) bringt Dr. med. Q.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vor, der ohrmikroskopische Befund sei beidseits unauffällig. In der Tonaudiometrie zeige sich eine hochgradige Schallleitungsschwerhörigkeit rechts und eine mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit links. Die Hörminderung sei deutlich progredient zur letzten vorliegenden Untersuchung von 2013. In der Sprachaudiometrie sei rechts kein verwertbares Sprachverständnis vorhanden. Links seien erst bei einer Lautstärke von 90 dB 100 % der Testwörter verstanden worden. Der fehlende Nachweis von otoakustischen Emissionen und die Ergebnisse in der Sprachaudiometrie seien mit den Angaben in der Tonaudiometrie kongruent. Im Freifeld seien bei einem Schallpegel von 60 dB (Umgangssprache) 40 % der Einsilber verstanden worden. Mit getragenen Hörgeräten seien bei dieser Lautstärke 60 % der Einsilber verstanden worden. In der Nasenendoskopie zeige sich kein pathologischer Befund bei St.n. Septumkorrektur und Muschelkaustik. Mit Blick auf die gutachterlich festgestellte hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit rechts und mittelgradige sensorineuralen Schwerhörigkeit links vermag sodann auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die jetzige Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Home-Office sei aufgrund der Schwerhörigkeit als ungünstig anzusehen. Zum jetzigen Zeitpunkt reiche das Hörvermögen links für die Kommunikation mit einem Spezial-Telefon mit Verstärker aus. Bei ungünstigen akustischen Bedingungen (Verbindung, Artikulation des Gesprächspartners) komme es zu Verständnisproblemen. Die vermehrte Anstrengung bei der Sprachdiskrimination erfordere mehr Erholungszeit. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Aufgrund des bisherigen Verlaufes sei mit einer weiteren Verschlechterung des Hörvermögens zu rechnen. Längerfristig werde eine Tätigkeit mit solch hohen kommunikativen Anforderungen nicht mehr möglich sein. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit aus oto-rhino-laryngologischer Sicht zu 100 % gegeben. Diese Ausführungen und Einschätzungen vermögen zu überzeugen. Die Akten enthalten denn auch keine medizinischen Stellungnahmen, die ihnen widersprechen.

#### 8.2.5

8.2.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 122.5), wird ausgeführt, bei der heutigen Untersuchung und Exploration habe sich eine Versicherte vorgestellt, die zum einen keine wesentlichen Auffälligkeiten im Psychostatus gezeigt habe und bei der sich auch testpsychiatrisch (HAMD17) nicht das Bestehen einer depressiven Störung aufzeigen lasse. Ebenfalls sei im Mini-ICF kaum eine Beeinträchtigung festzustellen, so dass nicht von einer wesentlichen psychosozialen Funktionseinbusse oder einer Teilhabeproblematik gesprochen werden könne. Auch fühle sich die Versicherte selbst soweit in psychisch, seelischem Gleichgewicht stabil und nur durch die von ihr erlebten körperlichen Beschwerden belastet und eingeschränkt. Eine Behandlung auf psychiatrischem Fachgebiet finde zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht statt, habe vorbestehend nicht stattgefunden und sei nach Ansicht der Versicherten auch nicht vonnöten. Die in der Aktenlage angeführten Angabe im Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 107), wonach bisher eine

Arbeitsunfähigkeit vom Psychiater ausgestellt worden sei, entspreche gemäss Beschwerdeführerin nicht der Realität. Vor dem Hintergrund der heute von der Versicherten geschilderten psychosozialen Aufwuchs-Bedingungen könnte natürlich von einer psychischen Belastung ausgegangen werden, wobei anzuführen sei, dass die Versicherte bisher ihr Leben, ihren Alltag, Partnerschaft, Familie bewältigt habe und auch den an sie gestellten sozialen Anforderungen genüge getan habe, so dass hier doch eher weniger von einer Persönlichkeitsakzentuierung oder gar einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden können. Hier erschienen eher die Resilienz der Versicherten sichtbar und die ihr mögliche Fähigkeit, auf Ressourcen zurückgreifen zu können. Bei der Untersuchung und Exploration sei allerdings aufgefallen, dass die von der Versicherten geschilderten psychosozialen Aufwuchs-Bedingungen, die Möglichkeit der Ausbildung einer zumindest akzentuierten Persönlichkeit möglich erscheinen lasse. Eine Behandlungsaktivität auf psychiatrischem Fachgebiet sei, wie auch RAD-Ärztin Dr. med. I. \_\_\_ in der orientierenden Darstellung des Sachverhalts vom 4. Oktober 2017 (IV-Nr. 103) anführe, nicht dokumentiert. Zudem habe keine vergleichbare Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden können. Die Diagnosen einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum habe heute nicht gestellt werden können, schon allein vor dem Hintergrund, dass keinerlei Behandlungsaktivität psychiatrischerseits bestanden habe, wengleich auch die von der Versicherten beklagten Beschwerden über das wohl vor dem Hintergrund der somatischen Diagnosen zu erwartende Ausmass hinausgingen, wie sich aus der Aktenlage entnehmen lasse, so dass abschliessend festgestellt werden müsse, dass auf psychiatrischem Fachgebiet heute keine Diagnose mit Relevanz gestellt werden könne. Es finde sich keine depressive Erkrankung, keine psychotische Störung, keine relevante Persönlichkeitsstörung, keine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum oder eine körperlich begründbare (organische, symptomatische) psychische Erkrankung.

8.2.5.2 Die Schlussfolgerungen von med. pract. R. \_\_\_, wonach keine psychiatrische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, ist plausibel, zumal sich dem psychiatrischen Gutachter im fachärztlich erhobenen Befund (vgl. IV-Nr. 122.5, S. 12 ff.) keine namhaften Auffälligkeiten zeigten und insbesondere die Hauptkriterien einer depressiven Störung nicht bestätigt werden konnten. Der in diesem Zusammenhang erhobene Einwand der Beschwerdeführerin, der psychiatrische Gutachter sei auf gewisse in den Akten dokumentierte Auffälligkeiten nicht eingegangen und es stelle sich entgegen dem Gutachter die Frage einer Persönlichkeitsakzentuierung (A.S. 20 f.), ist nicht stichhaltig. So führte der Gutachter zur Persönlichkeit der Beschwerdeführerin an, bei der Untersuchung und Exploration sei aufgefallen, dass die von der Versicherten geschilderten psychosozialen Aufwuchs-Bedingungen die Möglichkeit der Ausbildung einer zumindest akzentuierten Persönlichkeit möglich erscheinen lasse (IV-Nr. 122.5, S. 13). Nachvollziehbar legte er dar, dass die Versicherte bisher ihr Leben, ihren Alltag, Partnerschaft, Familie bewältigt habe und auch den an sie gestellten sozialen Anforderungen genüge getan habe, so dass hier doch eher weniger von einer Persönlichkeitsakzentuierung oder gar einer Persönlichkeitsstörung ausgegangen werden konnte. Des Weiteren kann nicht von einem schwerwiegendem Widerspruch gesprochen werden, wenn der psychiatrische Gutachter an einer Stelle ausführte, es sei der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin manchmal nicht zuhört und es sei immer wieder nötig gewesen, sie auf die Frage, auf das Thema zu zentrieren (IV-Nr. 122.5, S. 12), und an anderer Stelle, die Versicherte habe die Exploration aufmerksam verfolgt und sie nicht

abgelenkt und auch nicht leicht ablenkbar gewesen (IV-Nr. 122.5, S. 13). Sodann trifft es nicht zu, dass der Psychiater das Vorhandensein einer somatoformen Schmerzstörung lediglich damit verneinte, dass die Beschwerdeführerin keinerlei psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen habe (A.S. 21). Med. pract. R. \_\_\_ begründete seine Ansichten nachvollziehbar und konnte offensichtlich aufgrund der aktuellen Befundlage keine Diagnosen einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum stellen. Er merkte aber an, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden über das wohl vor dem Hintergrund der somatischen Diagnosen zu erwartende Ausmass hinausgingen. Eine Diagnose mit Relevanz konnte er aus psychiatrischer Sicht aber dennoch nicht stellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin geht der psychiatrische Gutachter schliesslich auch nicht davon aus, dass bei ihr erhebliche Einschränkungen vorhanden seien, da er weder in der angestammten noch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestierte (IV-Nr. 122.5, S. 17). Da im überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. R. \_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f.).

8.2.6 Gestützt auf die überzeugenden Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Gesamtbeurteilung zu überzeugen, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Home-Office aufgrund der Schwerhörigkeit zu 20 % eingeschränkt sei und in einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen keine Einschränkung bestehe. So kann entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin die interdisziplinäre Beurteilung nicht bereits deshalb als mangelhaft betrachtet werden, weil die Gutachter darin zur Vermeidung unnötiger Redundanzen auf die jeweiligen Teilgutachten verweisen. Weiter trifft es zwar zu, dass der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H. \_\_\_ ■ entgegen der Behauptung der B. \_\_\_-Gutachter ■ in seinem Bericht vom 23. Oktober 2017 nicht von einer analogen Arbeitsunfähigkeit wie gutachterlich attestiert ausgegangen ist. Allein deswegen besteht aber noch kein schwerwiegender Widerspruch, so wie es die Beschwerdeführerin behauptet. Dr. med. H. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Bericht zwar eine Arbeitsfähigkeit von 50 - 80 % (IV-Nr. 107, S. 3). Jedoch fügte er gleichzeitig an, er habe der Beschwerdeführerin bisher nie eine Arbeitsfähigkeit attestiert und er sei aktuell nicht in Kenntnis, welche Beschwerden die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin angegeben habe, um nicht arbeiten zu können. Diesbezüglich könne er nicht mehr sagen, als dass die Rückenbeschwerden im Jahr 2002 nach einem Treppensturz begonnen hätten. Alle beteiligten Spezialisten sprächen von einer Somatisierung oder Somatisierungstendenz, sodass er sich die Frage stelle, ob es überhaupt einen Grund für eine Invalidität gebe (IV-Nr. 107, S. 2). Da der Hausarzt selbst bislang keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, kann auf seine Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden. Die Kritik der Beschwerdeführerin ist daher hinfällig. Des Weiteren wird von der Beschwerdeführerin beanstandet, dass die B. \_\_\_-Gutachter die Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde als diskret und leichtgradig eingestuft haben. Dagegen ist jedoch nichts einzuwenden, denn einzig die oto-rhino-laryngologische Gutachterin attestierte aufgrund des Hörschadens einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass anlässlich der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. med. Q. \_\_\_ mit getragenen Hörgeräten keinerlei Verständnisprobleme bestanden haben (IV-Nr. 122.4, S. 11). Auch gehe gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin das Telefonieren ohne die Hörgeräte gut. Sie habe ein spezielles Telefon mit einer grossen

Ohrmuschel. Nur wenn die Verbindung schlecht sei oder die andere Person über kein gutes Gerät verfügen würde, hätte sie Verständnisprobleme (IV-Nr. 122.4, S. 10). Von einer schweren Ausprägung der Befunde kann somit jedenfalls unter dem Aspekt der Arbeitsfähigkeit nicht gesprochen werden. Einzig aus dem Fehlen näherer gutachterlicher Ausführungen zur Einstufung kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Schliesslich ist entgegen der Beschwerde nicht ersichtlich, weshalb der Umstand, dass die Gutachter in der Gesamtbeurteilung eine Aggravation oder Simulation ausgeschlossen haben, gleichzeitig aber davon ausgegangen sind, dass keinerlei gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, gegen den Beweiswert der B.\_\_\_\_-Expertise sprechen sollte (A.S. 14). So erhielt die Beschwerdeführerin anlässlich der fachspezifischen Untersuchungen Gelegenheit, ihre gesundheitliche Situation einlässlich darzustellen. Wie für den Beweiswert eines Gutachtens erforderlich, berücksichtigten die B.\_\_\_\_-Gutachter die geklagten Beschwerden. Sie beschäftigten sich mit der Frage, ob und inwieweit sich die subjektiv geklagten Beschwerden durch objektive Befunde erklären liessen. Die Gutachter haben in ihren Teilgutachten dabei weder Inkonsistenzen noch Widersprüchlichkeiten beschrieben.

8.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen der Beschwerdeführerin voller Beweiswert zuzumessen. Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den die Beschwerdeführerin rügt (A.S. 37), kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. So liegt im Verzicht auf Abnahme weiterer Beweise dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor, wenn der Versicherungsträger bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Davon ist vorliegend auszugehen.

9. Zu prüfen bleibt, wie sich die attestierte Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt, wobei sich vorab die Frage stellt, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diesbezüglich postulierte die Beschwerdeführerin eine 100%ige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall, wohingegen die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Situationsbericht vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 136) den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 60 % und den Anteil der Haushaltstätigkeit auf 40 % festgesetzt hat.

9.1 Der IV-Anmeldung vom 28. August 2017 (IV-Nr. 97) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Anmeldung seit August 2017 (gemäss Angaben im B.\_\_\_\_-Gutachten bis September bzw. Oktober 2017; IV-Nr. 122.1, S. 15; 122.2, S. 6) als Kioskaushilfe in einem Pensum von 15 % sowie seit 20. September 2012 als Telefoninterviewerin im Homeoffice mit variablem Pensum (gemäss Angaben im B.\_\_\_\_-Gutachten zwischen 0 bis 60 %, durchschnittlich 20 bis 40 %; IV-Nr. 122.1, S. 15) bei der Firma S.\_\_\_\_ gearbeitet hat. Dem Intake-Protokoll vom 28. Januar 2009 (IV-Nr. 12) ist zu entnehmen, dass die damals letzte Anstellung im Restaurant T.\_\_\_\_ als Küchenhilfe im Teilzeitpensum zwischen 40 - 50 % vom 11. August bis 30. November 2008 andauerte. Die vorherigen Tätigkeiten seien die Folgenden gewesen: 1991 - 1995

Geschäftsführerassistentin (100%-Pensum) Firma U.\_\_\_\_, [...];1998 - 2002 Alleinkoch (100%-Pensum) in einem Restaurant in [...]; Juli bis August 2006 in einer Nebenbeschäftigung in einem Call-Center (50%-Pensum). Anlässlich des Intake-Gesprächs teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Pensum von 100 % nachgehen würde, da sie immer 100 % gearbeitet habe und nicht mehr vom Sozialamt abhängig sein wolle. Nach erfolgter Unterstützung seitens der Beschwerdegegnerin im Sinne einer Arbeitsvermittlung wurden gemäss Abschlussbericht vom 27. April 2010 (IV-Nr. 62) bzw. mit Verfügung vom 12. Juli 2010 (IV-Nr. 76) die beruflichen Eingliederungsbemühungen als «vermittelt» abgeschlossen. Die Beschwerdeführerin hatte vorläufig befristet eine Arbeitsstelle als Hilfsarbeiterin bei der Firma V.\_\_\_\_, [...], im Vollzeitpensum. Gemäss Angaben im B.\_\_\_\_-Gutachten habe die Beschwerdeführerin 2014 eine Ausbildung zur Kauffrau absolviert (IV-Nr. 122.3, S. 8).

9.2 Die Abklärungsperson scheint bei der Statusfrage (Anteil Erwerbstätigkeit / Anteil Haushalt) eine reine Annahme getroffen zu haben (Anteil Erwerbstätigkeit 60 %), wobei keine Abklärungen vor Ort stattgefunden haben (s. Situationsbericht vom 23. Juli 2019; IV-Nr. 136). Diese Annahme ist gestützt auf die vorhandenen Akten nicht abwegig, da die Beschwerdeführerin seit ihrer letzten befristeten Vollzeitstelle bei der Firma V.\_\_\_\_ im Jahr 2010 (IV-Nr. 61) nur noch Teilzeit tätig gewesen ist und sich gemäss eigenen Angaben anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen ein 50%-Pensum zutrauen würde, wobei die anderen 50 % durch die Betreuung des Ehemannes, des Sohnes und der beiden Haushalte gefüllt sei (IV-Nr. 122.4, S. 11). Ob der von der Beschwerdegegnerin erstellte Situationsbericht vom 23. Juli 2019 eine genügende Grundlage darstellt und die darin geäusserte Annahme (Anteil Erwerbstätigkeit: 60 %; Anteil Haushaltstätigkeit: 40 %) korrekt ist, kann aber offen bleiben, denn selbst im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall, nämlich unter der Annahme, dass sie ein Vollpensum leisten würde, würde kein anspruch relevanter Invaliditätsgrad resultieren, wie sich untenstehend ergibt.

10.

10.1 Für den Einkommensvergleich wurden sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Entgegen dem angefochtenen Entscheid ist aber fraglich, ob die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach wie vor im Gastgewerbe tätig wäre und daher auf den Tabellenwert im Bereich «Gastgewerbe / Beherbergung u. Gastronomie» (LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Wirtschaftszweige 55 - 56) abzustellen ist, da die Beschwerdeführerin ihre letzte Stelle im Gastgewerbe im Restaurant T.\_\_\_\_ im Jahr 2008 nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. IV-Nr. 12) und sie zudem seit über zehn Jahren nicht mehr in diesem Sektor tätig gewesen ist. Weiter hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 die Ausbildung zur Kauffrau mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis absolviert, wobei hier anzumerken ist, dass sie seit dem Abschluss der Ausbildung nicht als Kauffrau tätig gewesen ist und daher nicht auf den Totalwert «Sektor 3 Dienstleistungen», Ziffer 45 - 96, Kompetenzniveau 3 abgestellt werden kann, so wie es in der Beschwerdeschrift vorgebracht wird (A.S. 32 f.). Die Beschwerdeführerin vermag in diesem Zusammenhang nicht zu begründen, weshalb auf das Kompetenzniveau 3 abzustellen sein sollte. Zudem gilt es festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem

Jahr 2012 als Telefoninterviewerin im Teilzeitpensum tätig ist.

Mit der gesundheitlichen Einschränkung sind ihr ebenfalls Arbeitsstellen mit einem hohen Pensum in diesen Segmenten zugänglich. Gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen des RAD vom 7. Juni 2018 (IV-Nr. 125) könnte die Beschwerdeführerin sowohl ihre früheren Tätigkeiten in der Gastronomie als auch die erlernte Tätigkeit als Hotelfachassistentin oder auch ihre aktuelle Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Rahmen einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausüben. Es bietet sich aufgrund des Gesagten an, sowohl für die Bemessung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens auf den Tabellenlohn LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 Frauen abzustellen, da dieser Tabellenlohn im Licht der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeführten Arbeiten und der möglichen Tätigkeiten korrekt erscheint. Damit erübrigt sich eine genaue betragsmässige Ermittlung, denn der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C\_358/2017 vom 4. August 2017 E. 2.2 mit Hinweisen).

10.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. Leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemässen Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.).

Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht vorliegend kein Raum. Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher ■ in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin ■ nicht angezeigt.

10.3 Zusammengefasst resultiert ein Invaliditätsgrad entsprechend der gutachterlich ermittelten Arbeitsunfähigkeit, womit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. Angesichts der grundsätzlich vollen Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten, insbesondere der Hörproblematik angepassten Tätigkeit, ergibt sich keine Invalidität.

11. Die Beschwerdeführerin lässt berufliche Massnahmen geltend machen. Bei einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann ein solcher Anspruch aber nicht gegeben sein. Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist ebenfalls nicht angezeigt. Dazu ist festzuhalten, dass

Arbeitsvermittlung im Sinne einer aktiven Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes voraussetzt, dass die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft z. B. zu, wenn wegen Stummheit kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person (z.B., weil diese an einer Sehbehinderung leidet) erläutert werden müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2). An solchen spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art fehlt es hier; die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse. Ferner ist festzuhalten, dass soweit eine fehlende berufliche Eingliederung im Sinne der Verwertung einer bestehenden Arbeitsfähigkeit nicht auf gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche, sondern in der Hauptsache auf mangelnde Ausbildung und auf das Alter der Beschwerdeführerin zurückzuführen ist, die verlangten Massnahmen nicht in die Zuständigkeit der IV fallen, sondern gegebenenfalls in diejenige der Arbeitslosenversicherung (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 18 IVG, S. 215 Rz. 6). Die Beschwerdeführerin verfügt über eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Inwiefern sich in einer solchen ihre gesundheitlichen Einschränkungen auswirken sollten, zeigt sie weder auf, noch ist es ersichtlich. Somit ist auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen.

12. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 15. Oktober 2020 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen.

Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch die Beschwerdeführerin beantragte Erstellung eines neuen poldisziplinären Gutachtens (vgl. A.S. 28) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen.

13.

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

Rechtsmittel

Gegen diesen Entscheid kann innerhalb 30 Tagenseit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden

(Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Präsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Lazar

## **E. 5**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 4. Die Beschwerdegegnerin verzichtet in ihrer Beschwerdeantwort vom 4. Januar 2021 unter Verweis auf die Akten und die Begründung in der angefochtenen Verfügung auf weitere Ausführungen und beantragt, die Beschwerde sei abzuweisen (A.S. 49). 5. Mit Eingabe vom 20. Januar 2021 (A.S. 51 ff.) reicht der Vertreter der Beschwerdeführerin seine Kostennote zu den Akten. 6. 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. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügungen am 15. Oktober 2020 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten, sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 des Bundesgesetzes über die Invalidenversicherung [IVG, SR 831.20]). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben 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 ATSG) gewesen sind 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 Dreiviertelrente, 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 Viertelrente. 3. 3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt 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 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261). 3.2 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). 3.3  
Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden  
Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). 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. 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  
(BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich  
somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder  
in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 3.4 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 auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen  
sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu  
schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen,  
solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137  
V 210 E. 1.3.4 S. 227, 135 V 465 E. 4.4 S. 470, BGE 125 V 351 E. 3b/bb S. 353). 3.5  
Die behandelnden Ärztinnen und Ärzte stehen in einem auftragsrechtlichen Verhältnis zur  
versicherten Person und haben sich in erster Linie auf die Behandlung zu konzentrieren. Die  
unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen  
einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten  
fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Administrativ- oder  
Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu  
nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen.

Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (statt vieler: Urteile des Bundesgerichts 9C\_793/2016 vom 3. März 2017 E. 4.1.2 und 9C\_276/2016 vom 19. August 2016 E. 3.1.1 mit Hinweisen). 4.

4.1 Die Beschwerdegegnerin ging in der angefochtenen Verfügung davon aus, aus medizinischer Sicht bestehe in der angestammten Tätigkeit als Telefoninterviewerin und in der erlernten Tätigkeit als Hotelfachassistentin sowie in den Tätigkeiten im Service und als Küchenhilfe eine Arbeitsfähigkeit von 80 %. Zudem sei ihr eine angepasste Tätigkeit in einem Pensum von 100 % zumutbar. Abklärungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin heute ohne gesundheitliche Einschränkungen im Rahmen eines 60%-Pensums eine ausserhäusliche Erwerbstätigkeit ausüben und in der übrigen Zeit (40 %) den Haushalt besorgen und ihren erkrankten Ehemann betreuen würde. Im Aufgabenbereich Haushalt lägen keine erheblichen Einschränkungen vor, womit insgesamt kein rentenbegründender Invaliditätsgrad resultiere. Zum eingeholten polydisziplinären Gutachten sowie zur ergänzenden Stellungnahme der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 8. April 2019 führte sie Folgendes aus: Das polydisziplinäre Gutachten sowie die ergänzende Stellungnahme hätten aufgrund der vollumfänglichen Untersuchungen, in der alle Beschwerden berücksichtigt worden seien, und durch den Einbezug der Vorakten eine begründete und einleuchtende Beurteilung des medizinischen Sachverhalts geliefert. Das Gutachten / die ergänzende Stellungnahme erfüllten die Anforderungen, welche die Rechtsprechung an den vollen Beweiswert eines Arztberichtes stelle (BGE 122 V 160). Das Fachgutachten / die ergänzende Stellungnahme genossen vollen Beweiswert (A.S. 1 ff.).

4.2 Die Beschwerdeführerin stellte sich auf den Standpunkt, das B.\_\_\_\_-Gutachten sei beweisuntauglich. Dieses sei äusserst widersprüchlich, unvollständig und nicht schlüssig. Es könne entsprechend gestützt darauf keine abschliessende Beurteilung des Leistungsanspruchs der Beschwerdeführerin stattfinden. Daran ändere auch die nachträglich eingeholte Stellungnahme der Gutachter vom 8. April 2019 nichts. Diese sei schon formellrechtlich nicht beweistauglich, da sie nicht von allen Gutachtern unterzeichnet worden sei. Es könne nicht angehen, dass Gutachter Stellung nähmen zu anderen Fachgebieten. Es sei bei der Beschwerdeführerin von einer Arbeitsunfähigkeit als Gastronomin von mindestens 70 %, einer solchen als kaufmännische Angestellte von mindestens gerundet 53 % und in einer Verweistätigkeit von einer solchen von mindestens 40 % auszugehen. Des Weiteren hätten die Beschwerden der Beschwerdeführerin nach der Begutachtung erneut exazerbiert. Sofern davon ausgegangen werden sollte, dass das B.\_\_\_\_-Gutachten beweistauglich wäre, sei aufgrund der Tatsache, dass hiernach objektivierbare und behandlungsbedürftige Befunde erhoben worden seien, von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit Erlass des Gutachtes, jedoch vor Verfügungserlass, auszugehen. 5. Streitig und zu prüfen ist somit, ob die

Beschwerdegegnerin den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente und berufliche Eingliederungsmassnahmen zu Recht verneint hat. Hierzu bedarf es zunächst der Klärung des medizinischen Sachverhalts. Dabei sind im Wesentlichen folgende Unterlagen relevant: 5.1 Am 28. Mai 2001 erlitt die Beschwerdeführerin einen Treppensturz. Die entsprechenden Leistungen des Unfallversicherers wurden im Jahr 2002 eingestellt (IV-Nr. 7, S. 3). Gemäss Bericht von Dr. med. D.\_\_\_\_, Facharzt für Allgemeinmedizin, vom 26. Juli 2002, habe sich in den folgenden Tagen trotz Schonung und Medikamenten die Schmerzsymptomatik auf die rechte Schulter, das Gesäss und das rechte Bein ausgeweitet. Es gebe einen sehr langwierigen Verlauf mit intensiver Physiotherapie und vielen

Medikamenten, längerer Arbeitsunfähigkeit und Schwierigkeiten, zurück in den Arbeitsprozess als selbstständige Wirtin zu gelangen. Dennoch habe der Fall am 5. Juni 2002 abgeschlossen werden können bei voller Arbeitsfähigkeit. Nun verspüre die Patientin aber seit einigen Tagen wieder schlimmere Verkrampfungen in der Rückenmuskulatur und könne die Arme nicht mehr heben. Es scheine nun eine Abklärung auch von rheumatologischer Seite wichtig, da nicht klar sei, ob diese Symptomatik nach so langer Zeit auf den Unfall zurückzuführen sei. Die aktuelle Arbeitsunfähigkeit betrage wieder 50 % ab 22. Juli 2002 (IV-Nr. 7, S. 2).

5.2 Gemäss Bericht des Spitals E.\_\_\_\_ vom 27. November 2006 (IV-Nr. 6) leide die Beschwerdeführerin unter einer chronischen Rhinosinusitis. Klinisch bestehe eine Septumdeformität. Im Weiteren liege eine atopische Diathese vor mit Nachweis einer Sensibilisierung auf Hausstaubmilben. Die Eosinophilenzahl und das ECP lägen im Normbereich. Auf die Messung des pulmonalen NO sei angesichts des akuten respiratorischen Infektes verzichtet worden. Angesichts der vorliegenden Befunde bestehe der Verdacht, dass die von der Patientin beschriebene Symptomatik mindestens teilweise durch eine Milbenallergie bedingt sei.

5.3 Im Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_, Leitender Arzt, Rehabilitations- und Rheumazentrum, Spital G.\_\_\_\_, vom 13. Oktober 2015 (IV-Nr. 101, S. 4 f.) wurden folgende Diagnosen gestellt: Chronifiziertes lumbospondylogenes Syndrom - Wirbelsäulenfehlhaltung (Skoliose, vermehrte lumbale Lordosierung) - Zeichen einer lumbalen Instabilität - Positive Yellow flags: vorbestehende Rückenbeschwerden, finanzielle Probleme, mehrere Schmerzlokalisationen Anamnestisch Hyperthyreose Polyallergie: Impfungen / Hühnereiweiss, Bienen Die Beschwerdeführerin sei eine 56-jährige Patientin, mit seit Jahren wiederkehrenden Rückenbeschwerden und seit Dezember letzten Jahres hauptsächlich anhaltenden tieflumbalen Schmerzen, einerseits vom Dauercharakter und andererseits durch Belastungen deutlich provozierbar, im Sinne von auch wiederholten, invalidisierenden Exazerbationen. Klinisch zeige sich ein extremes Schonverhalten bei deutlich insuffizienter, tieflumbaler Rückenmuskulatur, im Sinne eines lumbalen Instabilitätssyndroms. Des Weiteren bestehe aufgrund der diffusen Schmerzausstrahlung in alle vier Extremitäten sicherlich eine Schmerzausweitung im Sinne einer zentralen Sensibilisierung. Zusätzlich sei zu erwähnen, dass nicht unwesentliche positive Yellow flags wie finanzielle Schwierigkeiten, psychosoziale Problematik, vorbestehende Rückenbeschwerden, wie auch mehrere Schmerzlokalisationen vorhanden seien. Da alltägliche Verrichtungen, wie Putzen zuhause, Einkäufe oder auch Wäsche aufhängen, deutlich erschwert seien, werde ein entsprechendes ambulantes funktionsorientiertes Rehabilitationsprogramm geplant. Hauptsächliches Rehabilitationsziel wäre die Wiedererlangung von entsprechenden Haushaltstätigkeiten wie Reinigungsarbeiten, Kochen oder auch Einkäufe annähernd schmerzfrei erledigen zu können.

5.4 Dem Bericht von Dr. med. F.\_\_\_\_ vom 10. Dezember 2015 (IV-Nr. 101, S. 6 ff.) lässt sich entnehmen, aus physiotherapeutischer Sicht zeige sich eine deutlich verminderte Muskelkontrolle lumbal sowie eine allgemeine Schwäche der Rumpf-, Bein- und Schultergürtelmuskulatur. Neuropsychologisch zeige sich eine sehr komplexe, psychische Gesamtsituation (problematische psychosoziale Entwicklung / Vernachlässigungstendenz) sowie eine aktuelle Belastungssituation zuhause, weshalb eine längerfristige psychotherapeutische Begleitung indiziert wäre. Klinisch zeige sich die Beschwerdeführerin in gutem Allgemeinzustand und nicht wesentlich schmerzleidendem Eindruck. Unauffälliges Gangbild, unauffälliges Sitzen auf Stuhl während mindestens 15 Minuten. Wirbelsäule mit diskreter linkskonvexer, thorakaler, und rechtskonvexer Lumbalskoliose, verminderte

lumbale Lordosierung. Beweglichkeit der Wirbelsäule in allen Ebenen mit aktivem Entgegenspannen in allen Ebenen bei verspürten Schmerzen. FBA 22 cm, Schober 10 / 14 cm. Unauffälliger Zehen- und Fersengang, unauffälliger Kauer- und Strecktest. Eindrückliches Wiederaufrichtephenomen mit Abstützen der Arme auf beiden Oberschenkeln sowie zunehmender lumbaler Lordosierung. Muskeleigenreflexe symmetrisch auslösbar, keine Neurokompressionszeichen, Sensomotorik der unteren Extremität unauffällig. Diffuse paravertebrale lumbale Druckdolenz. Rumpfglobaltest nach zwei Sekunden abgebrochen bei Schmerzzunahme und eindrücklicher lumbaler Lordosierung.

5.5 Dr. med. F.\_\_\_\_ führte in seinem Bericht vom 6. Juni 2016 (IV-Nr. 101, S. 10 f.) aus, unter Fortsetzung eines vor allem selbständigen funktionsorientierten aktiven Settings habe seit letzter Konsultation ein stabiler Verlauf ohne erneute Beschwerdezunahme bestanden. Sieben Monate nach Erstkonsultation bestätige die Patientin selbst, dass es viel weniger zum Auftreten von mehrtägigen Schmerzepisoden komme, sie sich auch leistungsfähiger fühle und dass sich auch entsprechend die Schlafqualität bei nicht mehr vorhandener Nachtschmerzsymptomatologie deutlich verbessert habe. Angesichts des oben geschilderten Verlaufes mit auch deutlich geringerer Einschränkung in den Alltagsaktivitäten seien momentan keine weiteren Verlaufskontrollen vorgesehen und ein selbständiges Training werde von der Patientin bei guter Motivation fortgesetzt.

5.6 Dem Arztbericht für Erwachsene von Dr. med. H.\_\_\_\_, Allgemeine Innere Medizin, [...], vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 107) lässt sich entnehmen, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin sei stationär. Die Arbeitsfähigkeit könne durch medizinische Massnahmen nicht verbessert werden. Es seien auch keine beruflichen Massnahmen angezeigt. Die Arbeitsunfähigkeit sei bisher vom Psychiater ausgestellt worden, genaue Daten lägen dem Hausarzt nicht vor. Von ihm sei im Rahmen der bekannten Diagnosen bisher keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt worden. Die letzte Untersuchung datiere vom Juni 2016 von Seiten Dr. med. F.\_\_\_\_ betreffend Rückenschmerzen, beim Hausarzt selber vom Juni 2017, jedoch aufgrund anderer, nicht IV-relevanter Beschwerden. Dr. med. H.\_\_\_\_ sei aktuell nicht in Kenntnis, welche Beschwerden die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin angegeben habe, um nicht arbeiten zu können, diesbezüglich könne er hier nicht mehr sagen, als dass die Rückenbeschwerden im Jahr 2002 nach einem Treppensturz begonnen hätten. Er habe die Patientin seit fast zwei Jahren bezüglich ihrem Rücken nicht mehr untersucht und beurteilt. Alle beteiligten Spezialisten sprächen von einer Somatisierung oder Somatisierungstendenz, sodass sich hier sehr wohl die Frage stelle, ob es überhaupt einen Grund für eine Invalidität gebe. Die bisherige Tätigkeit sei wahrscheinlich zumutbar, sicher in einem reduzierten Masse (50 - 80 %).

5.7 Dr. med. F.\_\_\_\_ hielt in seinem Arztbericht für Erwachsene vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 108) fest, es zeige sich ein sehr erfreulicher Verlauf im Sinne einer annähernden Asymptomatologie. Es seien kaum mehr Rückenschmerzen vorhanden. In der Abschlussbesprechung vom 23. Mai 2016 (IV-Nr. 101 S. 10 f.) seien keine Befunde erhoben worden. Es sei von einer guten Prognose auszugehen. Im Mai 2016 habe kaum mehr eine körperliche Einschränkung bestanden, ein sechs Minuten-Gehtest von 462 m sei möglich, der Rep-sit-to-stand sei 10 Sekunden und der Loaded reach 50 cm gewesen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit könne Dr. med. F.\_\_\_\_ keine machen.

5.8 Im Gutachten der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vom 24. Mai 2018 (IV-Nr. 122.1 - 122.7) wurden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt (IV-Nr. 122.1, S. 24): - Hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit rechts DD Otosklerose (ICD10 H90.2) - Mittelgradige sensorineurale Schwerhörigkeit links

(ICS10 H90.5) Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anamnestisch Panvertebralsyndrom mit / bei: - Ohne neurologisch objektivierbare Befunde - Episodische Spannungstypkopfschmerzen (DD: i.R. des cervicovertebralen Syndromes [als Teil des Panvertebralsyndromes]) - Unklare Schwindelbeschwerden (DD: funktionell?, Medikamentennebenwirkung?) - Hyperthyreose 10/2015, behandelt - TSH aktuell mit 3,38 mU/L im Normbereich - Mögliches intermittierendes Asthma bronchiale DD: mögliche COPD - nur bedarfsweise Therapie an einzelnen Tagen im Monat - fortgesetzter Nikotinkonsum - Wechselnde Schmerzen des Bewegungsapparates, vorwiegend Lendenwirbelsäulenschmerzen, ebenfalls an unterschiedlichen Orten. Bei der heutigen Untersuchung keine nennenswerten Einschränkungen. - Atopie mit Sensibilisierung auf Hausstaubmilben, Gräser und Esche (ICD10 J30.3) Aus interdisziplinärer Sicht ergebe sich eine Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit von 20 % und in einer Verweistätigkeit von 0 %. Dabei gelte das seitens des ORL-Teilgutachten geäußerte Fähigkeitsprofil. Gemäss dem ORL-Teilgutachten (IV-Nr. 122.4) sei die jetzige Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Home-Office aufgrund der Schwerhörigkeit als ungünstig anzusehen. Zum jetzigen Zeitpunkt reiche das Hörvermögen links für die Kommunikation mit einem Spezial-Telefon mit Verstärker aus. Bei ungünstigen akustischen Bedingungen (Verbindung, Artikulation des Gesprächspartners) komme es zu Verständnisproblemen. Die vermehrte Anstrengung bei der Sprachdiskrimination erfordere mehr Erholungszeit. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Aufgrund des bisherigen Verlaufes sei mit einer weiteren Verschlechterung des Hörvermögens zu rechnen. Längerfristig werde eine Tätigkeit mit solch hohen kommunikativen Anforderungen nicht mehr möglich sein. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit aus oto-rhino-laryngologischer Sicht zu 100 % gegeben. 5.9 RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_, Praktische Ärztin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 7. Juni 2018 (IV-Nr. 125) fest, das polydisziplinäre Gutachten sei nachvollziehbar und schlüssig. Sie bestätigte die von der Begutachtungsstelle B.\_\_\_\_ vorgenommene Beurteilung der Arbeitsfähigkeit. Eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit von 20 % bestehe aufgrund der Hörprobleme der Versicherten. Die Hörprobleme dürften im weiteren Verlauf noch zunehmen, sodass die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt durchgeführten hörsensiblen Tätigkeit als Telefoninterviewerin noch abnehmen werde. Die erlernte Tätigkeit als Hotelfachassistentin sei als kommunikativ fordernd / hörorientiert einzuschätzen, sodass auch in dieser Tätigkeit von der AUF von 20 % ausgegangen werden könne. Ebenso sei dies bei einer Tätigkeit im Service zu sehen. Bei der ebenfalls erwähnten Tätigkeit als Küchenhilfe sei eine hörbedingte Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von der Ausgestaltung des jeweiligen Arbeitsplatzes abhängig. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit zu 100 % gegeben. Davon sei jeweils seit Datum des Gutachtens auszugehen. Retrospektiv hätten die Gutachter die Arbeitsfähigkeit nicht festlegen können. 5.10 Der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H.\_\_\_\_, führte in seinem Bericht vom 22. Juni 2018 (IV-Nr. 126, S. 6 f.) aus, er könne bestätigen, dass die Beschwerdeführerin aufgrund rezidivierender Exazerbationen der bekannten chronischen Rückenschmerzen mehrmals in seiner Praxis vorstellig gewesen sei. Diverse Therapieansätze schienen meist keinen positiven und vor allem keinen bleibenden positiven Einfluss auf die Schmerzsymptomatik zu haben. Zuletzt habe die Beschwerdeführerin nach der IV-Begutachtung im Mai 2018, nachdem sie mehrfach auf einem Bein hüpfen müssen und sie anschliessend eine Schmerzexazerbation im

LWS-Bereich mit Ausstrahlung in beide Beine und Arme erfahren habe, einen kleinen Steroidstoss erhalten, nachdem die von ihr eingenommenen Schmerzmedikamente (Novalgin / Irfen / Dafalgan) die Schmerzen nicht hätten beeinflussen können. Unter Steroiden sei es erfreulicherweise zu einer Schmerzreduktion innert einer Woche gekommen. Im Rahmen des IV-Gutachtens müsse die chronische Rückenproblematik sicher berücksichtigt werden, was heisse, dass die Beschwerdeführerin sicher keine schwere oder mittelschwere Arbeit verrichten könne. Am besten wäre sicher eine leichte Arbeit, mit wechselnder Position, dies in einem Rahmen von 50 bis maximal 80 % und am besten an einem ruhigen, nicht zu lauten Ort, berücksichtigend ihre Hörstörung, welche in den nächsten Jahren mit grosser Sicherheit an Schwere zunehmen werde. 5.11 Der Stellungnahme der B.\_\_\_\_-Gutachter vom 8. April 2019 (IV-Nr. 131) lässt sich entnehmen, die Darlegungen des Vertreters der Beschwerdeführerin in Punkt 2 seines Einwandschreibens vom 6. Juli 2018 (IV-Nr. 126) bezüglich Orthopädie / Rheumatologie seien falsch. Nicht nur aus den bisherigen Befunden anderer Ärzte, sondern auch im orthopädischen / rheumatologischen Teilgutachten seien die bildgebenden Untersuchungen unter dem Punkt 2.3. «Zusatzuntersuchungen» nochmals ausführlich und eigenständig beschrieben worden. Wenn nun schliesslich sowohl klinisch durch die ausführliche körperliche Untersuchung als auch durch die bildgebenden Erhebungen keine rentenrelevanten Erkrankungen auf orthopädischem Gebiet feststellbar seien, dann gebe es auch keine weiteren nennenswerten differenzierten Einschränkungen in den verschiedenen Berufen der Explorandin. Die vom Vertreter angegebenen, vermeintlich eine Arbeitsunfähigkeit bedingenden Faktoren wie Kreuzallergie, Parfümallergie, kein Heben von schweren Lasten, sprächen nach Auffassung der Gutachter nicht gegen die Tätigkeit als Wirtin. Da der Fallführer durch seinen Bruder, der Koch und Wirt gewesen sei, bestens Einblick in die Tätigkeit eines Wirtes / einer Wirtin habe, werde die Auffassung vertreten, dass das Arbeitsprofil gut bemessen worden sei. Zudem sei es eher sinnfrei, warum eine Einschränkung bei einer Parfümallergie vorliegen solle. Unter Ziff. 3 der Stellungnahme vom 6. Juli 2018 werde angegeben, dass die Gutachter in ihrem polydisziplinären Gutachten auf Seite 25 geschrieben hätten, dass der vorbehandelnde Arzt, Dr. med. H.\_\_\_\_, eine 100%ige Arbeitsfähigkeit erhoben habe. Trotz mehrfachem Studiums des Gutachtens habe diese Aussage nicht gefunden werden können. In casu gelte es aber festzuhalten, dass der vom Vertreter zitierte Dr. med. H.\_\_\_\_ in einem Bericht an die IV vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 107) angegeben habe, dass er die Arbeitsunfähigkeit gar nicht angeben könne, da diese bisher vom Psychiater ausgestellt worden sei und ihm keine genauen Angaben vorlägen. Des Weiteren werde vom Rechtsvertreter behauptet, das neurologische Teilgutachten sei beweisuntauglich. Diese Kritik bleibe unfundiert und nicht nachvollziehbar. So halte der Vertreter fest, dass die Explorandin unter einer Migräne leide, ein Beschwerdebild, welches von der Explorandin gegenüber dem neurologischen Teilgutachter nicht erwähnt worden sei, trotz abschliessender Frage des neurologischen Gutachters, ob noch weitere Beschwerden vorlägen. Hinsichtlich allfälliger psychiatrischer Diagnosen verlasse man sich auf die fachärztliche Beurteilung des psychiatrischen Gutachters. 5.12 Nach Einsicht in die Stellungnahme der B.\_\_\_\_-Gutachter vom 8. April 2019 kam RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ in ihrer Stellungnahme vom 17. April 2019 (IV-Nr. 133) zum Schluss, es könne an der Beurteilung im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2018 resp. an der RAD-Stellungnahme vom 7. Juni 2016 festgehalten werden. 5.13 In dem von der Beschwerdegegnerin in Auftrag gegebenen Situationsbericht vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 136) wird festgehalten, unter Berücksichtigung der bisherigen Erwerbsbiographie und der

Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nebst dem behinderten Sohn, welcher zwischenzeitlich ausgezogen sei, auch noch ihren an Blasenkrebs erkrankten Ehemann zu betreuen habe, sei davon auszugehen, dass sie heute ohne gesundheitliche Einschränkungen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit, wie in den vergangenen Jahren, einer Teilzeitstelle im Rahmen von maximal 60 % nachgehen würde. Die restlichen 40 % fielen in den Aufgabenbereich Haushalt. Demzufolge gelange zur Berechnung des Invaliditätsgrades die gemischte Bemessungsmethode bei folgendem Status zur Anwendung: 60 : 40 (ausserhäusliche Tätigkeit : Aufgabenbereich Haushalt). Im Aufgabenbereich Haushalt lägen aus medizinischer Sicht keine erheblichen Einschränkungen vor. Aus medizinischer Sicht sei in einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen eine Arbeitsfähigkeit zu 100 % gegeben. Demzufolge würde auch unter Anwendung der allgemeinen Methode des Einkommensvergleichs bei der Annahme, dass die Beschwerdeführerin heute ohne gesundheitliche Beschwerden einer ausserhäuslichen Arbeit im Vollzeitpensum nachgehen würde, kein Invaliditätsgrad von mindestens 40 % und somit kein Anspruch auf eine Invalidenrente entstehen. 5.14 Dr. med. C.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Orthopädie und Unfallchirurgie, stellte in seinem Bericht vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) folgende Diagnosen: - Lumbovertebrales Schmerzsyndrom mit bei - Segmentdegeneration L5/S1 und L4/5 mit Retrolisthese L5 auf S1 - Prävertebrales Schmerzsyndrom und myofasciale Nacken und Schulterbeschwerden bds. - Fehlform und Fehllhaltung der Wirbelsäule - St. n. Morbus Scheuermann thorakal - Ausgeprägte muskuläre Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz In der Befunderhebung wird beschrieben, das Gangbild sei kleinschrittig, jedoch flüssig, kein Schmerzhinken, inspektorisch deutliche Beckenrotationsfehlstellung mit Rotation des Os ilium rechts um die Longitudinale nach dorsal. Hierdurch deutliche Überlastung der pelvitrochantären hüftausserrotierenden Muskeln sowie der rumpfstabilisierenden Muskeln. Bei der Untersuchung im Liegen finde sich eine freie Kraftentfaltung aller Kennmuskeln der unteren Extremität mit Kraftgrad 5, Lasegue negativ, Bragard negativ, deutliche Druckdolenzen fänden sich im Verlauf der gesamten glutealen Muskelgruppe aktuell linksbetont sowie im Bereich der Hüftbeugerloge links dominant. Weitere Druckdolenzen im Bereich der Facettengelenke L5/S1 sowie L4/5 linksbetont mit deutlich positivem Dreiphasen Hyperextensionstest für die genannten Etagen. Aufgrund der heute erhobenen Befunde werde eine weiterführende Abklärung i.S.e. weiterführenden radiologischen Diagnostik aktuell für erforderlich gehalten. Bezüglich Therapiemöglichkeiten könnten initial Verfahren aus dem Kreis des sogenannten Myofascial-Release zum Einsatz kommen. Dies könne im Rahmen der Physiotherapie erfolgen, wie zum Beispiel durch Integration von Fasciendistorsionsmodellen (FDM nach Typaldos) oder der Osteopressur (spezielle Schmerztherapie nach Liebscher und Bracht). Neben der Behandlung sollte die Instruktion eines Heimprogrammes im Sinne von therapeutischen Engpassdehnungen erfolgen. Diese sollten konsequent für die Dauer von mindestens 8 - 12 Wochen umgesetzt werden. Gegebenenfalls Nutzen und Instruktion von Hilfsmitteln aus dem Fascial Fitness nach Schleip (Blackroll, Mini Blackroll, ActivaBall).

5.15 Am 6. Juni 2019 führte Dr. med. C.\_\_\_\_ bei der Beschwerdeführerin eine therapeutische Infiltration durch (Facettengelenk L5/S1 beidseitig mit Kenakort je 40 mg unter LA mit Carbostesin 0.25 %, medial branch block S1 beidseitig). Dr. med. C.\_\_\_\_ beschrieb im gleichentags erstellten Infiltrationsbericht (IV-Nr. 140, S. 28) eine monosegmentale Degeneration L5/S1 beidseits mit Radixaffektion S1 links. Die Beschwerdeführerin berichte nach dem Eingriff von einer deutlichen Reduktion der

Rückenschmerzen. Weitere Aussagen über die Schmerzlinderung könne sie noch nicht machen. Nach einem weiteren Beobachtungsintervall durch Pflege habe die Beschwerdeführerin die Klinik kardiopulmonal kompensiert mit unverändertem Neurostatus verlassen.

5.16 RAD-Ärztin Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Allgemeinmedizin und Arbeitsmedizin, führte in ihrer Stellungnahme vom 19. Dezember 2019 (IV-Nr. 146) aus, aus der Indikationsstellung von Dr. med. C.\_\_\_\_ ergebe sich einerseits, entgegen der Auffassung des Rechtsvertreters, dass die Symptomatik schon langjährig (und damit bereits zum Begutachtungszeitpunkt) bestehe und somit keine Verschlechterung eingetreten sei. Weshalb der Rechtsvertreter anhand dieser – aktenkundig auf der rein subjektiven Angabe der Beschwerdeführerin beruhenden und ohne klinische Untersuchung durchgeführten – Infiltrationsindikation eine Verharmlosung der medizinischen Situation sehe, könne anhand der Akten nicht nachvollzogen werden. Hingegen verhalte es sich so, dass der Bericht des Orthopäden Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 6. Juni 2019 – sollte es sich hierbei um die einzige Dokumentation handeln, die der Infiltration vorangegangen sei – keinerlei klinisch objektivierbare Daten bzw. Untersuchungsergebnisse enthalte, um die subjektiven Beschwerden der Beschwerdeführerin auch zu objektivieren, bevor es zur Infiltrationsbehandlung gekommen sei. Somit sei der beigelegte Befund ohne objektivierbare Ergebnisse medizinischerseits für den RAD nicht verwertbar, da er aktenkundig auf den rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin beruhe, die auch im Gutachten wiederholt worden und dort entsprechend eingeordnet worden seien. Dem Bericht sei lediglich zu entnehmen, dass es nach der Infiltrationsbehandlung zu einer Besserung der medizinischen Situation gekommen sei. An der Beurteilung des RAD könne somit weiterhin festgehalten werden.

5.17 Im Situationsbericht vom 28. Mai 2020 (IV-Nr. 147), welcher aufgrund der Einwände der Beschwerdeführerin erstellt wurde, wird beschrieben, aus medizinischer Sicht sei der Beschwerdeführerin eine angepasste Verweistätigkeit uneingeschränkt zumutbar. Bei der Aussage, die Beschwerdeführerin habe aus gesundheitlichen Gründen seit Jahren nicht mehr vollerwerbstätig sein können, handle es sich um eine subjektive Einschätzung. Mit Verweis auf die ausführliche Begründung im Situationsbericht vom 23. Juli 2019 sei an der gemischten Bemessungsmethode bei einem ausserhäuslichen Anteil von 60 % und einem Anteil im Aufgabenbereich Haushalt von 40 % festzuhalten. Gemäss Stellungnahme des RAD vom 19. Dezember 2019 liege keine gesundheitliche Veränderung vor. Auch aus medizinischer Sicht sei am Vorbescheid vom 24. Juli 2019 festzuhalten.

6. Im Beschwerdeverfahren reichte die Beschwerdeführerin weitere medizinische Berichte ein. Diesen zusätzlichen Unterlagen ist insbesondere Folgendes zu entnehmen:

6.1 Dr. med. K.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, stellte in seinem Bericht vom 26. August 2020 (Beschwerdebeilage [BB] 3) die Diagnose einer episodischen Migräne. Bei der Patientin bestünden seit längerer Zeit Kopfschmerzen mit assoziierten Schwindelbeschwerden bei zudem deutlichem Schmerzsyndrom des Nackens und der Schulter. Es bestehe eine Fehlform, Fehlhaltung der Wirbelsäule. Klinisch-neurologisch zeige sich ein normaler Kopf und Hirnnervenstatus, insbesondere bestehe keine Strabismus Latenz und auf Zervikalebene bestehe kein relevantes Zervikalsyndrom. Es sei zudem eine EEG-Untersuchung erfolgt. Diese sei unauffällig. Bei vorliegender langjähriger Kopfschmerzsymptomatik und normalem Kopf- und Hirnnervenstatus sei die Durchführung einer weiteren Abklärung mit Bildgebung mittels MRI des Kopfes verzichtbar. Eine ätiologische Zuordnung zu den Kopfschmerzen im gesamten Kontext sei nicht ganz einfach; es bestünden Aspekte von Kopfschmerzen vom Spannungstyp. Allerdings habe die

Patientin auch erhebliche Komponenten einer Migräne, wie beispielsweise die Übelkeit und die assoziierte Schwindelsymptomatik. Insgesamt scheine die Migräne Komponente im Vordergrund zu stehen. Insgesamt bestehe hier das Bild einer episodischen Migräne. 6.2 Neben den bereits im Bericht vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) aufgeführten Diagnosen wird im Bericht von Dr. med. C. \_\_\_ vom 13. November 2020 (BB 4) zusätzlich eine «Gonalgie links mit /bei St.n. Stolpersturz mit Kniekontusion vom 17. November 2019» genannt. Im Rahmen der Erstkonsultation vom 5. April 2019 berichte die Patientin, dass ihr Rückenschmerzen bis in die 1980er Jahre zurück erinnerlich wären. Insgesamt sei sie in diesen Jahren immer arbeitsfähig gewesen, wobei der Rücken jedoch aus ihrer Sicht ein ständiges Problem gewesen sei. Eine deutliche Verschlechterung der Rückenproblematik sei 1995 bei einem Treppensturz entstanden, wo sie mehrere Stufen hinuntergestürzt sei und den Rücken hierbei im Sinne einer Rückenprellung verletzt habe. Seither seien intensive Therapiebestrebungen erfolgt, inklusive eines stationären Aufenthaltes in einer Rheumaklinik. Die Rückenbeschwerden würden aktuell nicht als konstant, sondern als wellenförmig verlaufend bezeichnet. Aufgrund der aktuell vorliegenden lumbalen Schmerzproblematik seien bereits mehrere Infiltrationen im Sinne der interventionellen Schmerztherapie durchgeführt worden. Hiernach habe sich jeweils nur ein kurzfristiger Effekt auf die applizierten Medikamente ergeben, sodass ein dauerhafter lumbaler Rückenschmerz bestehe. Dieser lasse sich anhand der Veränderungen auch radiologisch im MRI und Nativröntgen nachvollziehen. Insofern betrage die Arbeitsfähigkeit als Mitarbeiterin in der Gastronomiebranche aktuell 40 % mit einem erhöhten Pausenbedarf. Dieser erhöhte Pausenbedarf resultiere aufgrund der unter Belastung sich verstärkenden Rückenschmerzen, sodass die Patientin in der Lage sein müsse, durch regelmässige Pausen und Durchführung ihres instruierten Heimprogrammes diese Schmerzepisoden abzumildern. In einer Tätigkeit als kaufmännische Angestellte wäre die Patientin bei einem voll ergonomischen Arbeitsplatz und wechselbelastender Tätigkeiten mit einem Wechsel aus Stehen, Sitzen, Laufen in einem Arbeitspensum von 70 % arbeitsfähig. Auch hier zeichne sich ein erhöhter Pausenbedarf ab, dieser resultiere aus der Notwendigkeit einer regelmässigen Beübung zur Schmerzcoupierung. In einer idealen leidensangepassten Tätigkeit wäre die Klientin zu 80 % arbeitsfähig. Dieser Arbeitsplatz sollte voll ergonomisch ausgestaltet sein, sowie eine wechselbelastende Tätigkeit beinhalten. Diese sollte sich aus Episoden des Stehens, Sitzen und Laufen zusammensetzen. Eine Hebe- und Tragebelastung über 5 kg Gewicht sollte zwingend vermieden werden. Es bestehe in allen Tätigkeiten ein erhöhter Pausenbedarf. Dieser sollte pro 60 Minuten Arbeitszeit 15 Minuten umfassen, damit die Patientin in der Lage sei, auch kurzfristig und regelmässig Eigenübungen zur Schmerzreduktion durchzuführen und somit die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. 7. Vorweg ist anzumerken, dass nach einer Neuanmeldung grundsätzlich in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG zu prüfen ist, ob seit der letzten leistungsabweisenden Verfügung eine relevante Veränderung des Gesundheitszustandes eingetreten ist (vgl. AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 12. Juli 2010 (IV-Nr. 76) bereits einmal über ein Leistungsbegehren der Beschwerdeführerin entschieden. In der besagten Verfügung wurde über den Anspruch auf Arbeitsvermittlung befunden. Weitere Leistungen waren nicht Gegenstand des Dispositivs. Die rechtskräftige Verfügung vom 12. Juli 2010 erfolgte – wie die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung korrekt festhält – aufgrund einer rentenausschliessenden Eingliederung ohne materielle Prüfung des Rentenanspruchs mit

rechtskonformer Sachverhaltsabklärung, Beweiswürdigung und Invaliditätsbemessung, womit im vorliegenden Fall kein Sachverhaltsvergleich zu erfolgen hat. Vielmehr ist der medizinische Sachverhalt grundsätzlich wie bei einer Erstanmeldung zu prüfen. 8. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2018 (IV-Nr. 122.1 - 122.7), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist. 8.1 Das polydisziplinäre Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärztinnen und Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben (IV-Nr. 122.1, S. 13 ff.; 122.2, S. 4 ff.; 122.3, S. 7 ff.; 122.4, S. 8 ff.; 122.5, S. 6 ff.; vgl. auch IV-Nr. 122.6 betreffend Laboruntersuchung) sowie die ihnen vorliegenden Vorakten studiert haben (IV-Nr. 122.1, S. 5 ff.; 122.2, S. 3; 122.3, S. 3 ff.; 122.4, S. 4 ff.; 122.5, S. 6). Das Gutachten erfüllt die grundsätzlichen Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise. 8.2 Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt: 8.2.1 8.2.1.1 Gemäss neurologischem Teilgutachten habe die Beschwerdeführerin befragt nach den aktuellen Beschwerden berichtet, sie habe schon ein Leben lang Rückenprobleme gehabt. Es sei «nonstop». Nach einer Rehabilitation im Spital L.\_\_\_\_ sei es leicht besser geworden, doch es sei wieder schlimmer geworden. Des Weiteren leide sie unter Kopfschmerzen. Die Beschwerdeführerin glaube, es komme von der Wirbelsäule, da es dort im Nacken Verspannungen gebe. Es gebe Tage, wo es gut sei und dann gebe es wieder Tage, die „ganz krass“ seien. Weiter habe sie Arm- und Beinschmerzen, welche vom Rücken ausgingen. Sie habe in den Fingern auch kaum Kraft. Bis vor kurzem habe sie auch wiederholt Schwindel gehabt. So sei sie vor zwei Wochen wegen des Schwindels gestürzt. Es sei nicht klar, ob sie bewusstlos gewesen sei. Auf weitere Beschwerden angesprochen, verneine die Beschwerdeführerin solche. In der Befunderhebung führte der neurologische Gutachter aus, es zeige sich eine 59-jährige Explorandin in gutem AEZ (anamnestisch 167 cm / 63 kg), kooperativ und freundlich. Im Bereich des Kopfes und der Halswirbelsäule gebe es keine Zeichen von Meningismus oder Lhermitte. Die HWS-Rotation rechts / links betrage 80° / 0 / 80°, HWS-Seitwärtsneigung rechts / links 15° / 0 / 15°, Kinn-Sternum-Abstand 2 / 18 cm. Es bestehe ein leichter Muskelhartspann der Nacken-/Schulter-Muskulatur, jedoch keine Druckdolenz im Nacken- / Schulterbereich. Zu den Hirnnerven: der Geruchssinn sei normal. Visus 1,0 s.c. beidseits. Das Gesichtsfeld sei fingerperimetrisch intakt, der Fundus beidseits normal. Pupillen- und Blickmotorik: diskrete Pupillenasymmetrie (li>re), im Übrigen normal. Die Sensibilität im Gesicht und Kaumotorik sei normal. Es bestünden symmetrische Kornealreflexe und symmetrische Mimik. Zum Gehör: Normakusis beidseits; Weber mittelständig; Rinné normal. Die kaudalen Hirnnerven seien bis auf das Unvermögen, die Schultern anzuheben, unauffällig. Zum Stand- und Gangbild: es gebe ein flüssiges Gangbild mit normaler Armmitbewegung beidseits. Einbeinstand / Einbeinhüpfen sowie Zehengang / Fersengang seien normal, ebenso der Strichgang / Blindstrichgang, Hockegehen, sowie Romberg. FBA 40cm, Schober 10/12cm. Zu den Armen und Beinen: Trophik, Tonus, Koordination und Motilität seien normal. Die Kraft sei beidseits normal. MER sei mittellebhaft auslösbar. Es bestünden keine Pyramidenzeichen. Zur Sensibilität: Unterschenkel rechts mit Parästhesien, Unterschenkel links lateral Hypästhesie; Füße lateral mit Parästhesien; im Übrigen in allen Modalitäten normal. Es bestünden keine Lasègue-Zeichen. Prof. Dr. med. M.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Neurologie, führte zudem Zusatzuntersuchungen in Form von Extra- und transkranieller Doppler/Duplexsonografie durch. Dabei hätten sich extrakraniell bis auf eine leicht

verdickte Hinterwand auf Höhe der Carotisbifurkationen beidseits normale Befunde gezeigt. Transkraniall habe sich eine normale Darstellung der ACA, MCA und PCA gezeigt. 8.2.1.2 Die Ausführungen des Neurologen sind zwar knapp ausgefallen, erweisen sich aber noch als genügend und nachvollziehbar. So stellt Dr. med. M. \_\_\_ die Diagnosen eines Panvertebralsyndroms (anamnestisch) ohne neurologisch objektivierbare Befunde sowie episodische Spannungskopfschmerzen (im Rahmen des cervicovertebralen Syndromes [als Teil des Panvertebralsyndromes]). Neben Parästhesien am rechten Unterschenkel und an den Füßen sowie der Hypästhesie am linken Unterschenkel lateral, welche anlässlich der rheumatologischen Untersuchung vom 25. April 2018 nicht mehr vorzufinden waren (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 10 f.), konnte der neurologische Gutachter lediglich einen leichten Muskelhartspann der Nacken/Schulter-Muskulatur feststellen bei sonst unauffälligen klinischen Befunden, was im Übrigen mit den erhobenen Befunden im rheumatologischen Teilgutachten übereinstimmt (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 9 ff.). Auch die durchgeführten Zusatzuntersuchungen in Form von Extra- und transkranialler Doppler / Duplexsonografie (IV-Nr. 122.1, S. 17) ergaben ebenfalls keine Auffälligkeiten. Sensomotorische Ausfälle wurden im neurologischen Teilgutachten auch keine genannt. Mit Blick auf die klinisch erhobenen Befunde sowie die durchgeführten Zusatzuntersuchungen erscheinen die gestellten Diagnosen entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin nachvollziehbar und schlüssig. 8.2.1.3 Dr. med. M. \_\_\_ beschreibt im neurologischen Teilgutachten die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Kopfschmerzen als episodische Spannungskopfschmerzen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Dies lässt sich – entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 14 f.) – nicht beanstanden. So geht der Neurologe Dr. med. K. \_\_\_ bei der Begründung seiner im Bericht vom 26. August 2020 (BB 3) gestellten Diagnose einer episodischen Migräne selbst davon aus, dass eine ätiologische Zuordnung zu den Kopfschmerzen im gesamten Kontext nicht ganz einfach sei, da bei der Beschwerdeführerin sowohl Aspekte von Kopfschmerzen vom Spannungstyp als auch erhebliche Komponenten einer Migräne, wie beispielsweise die Übelkeit und die assoziierte Schwindelsymptomatik, vorzufinden seien. Nach Einschätzung von Dr. med. K. \_\_\_ schein aber insgesamt die Migräne-Komponente im Vordergrund zu stehen. Somit nimmt er lediglich eine abweichende Beurteilung desselben Sachverhalts vor als Dr. med. M. \_\_\_ im neurologischen Teilgutachten. Es ist diesbezüglich in Erinnerung zu rufen, dass die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag der therapeutisch tätigen Fachpersonen einerseits und Begutachtungsauftrag der amtlich oder gerichtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits es nicht zulässt, ein Administrativ- oder Gerichtsgutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass für weitere Abklärungen zu nehmen, wenn die behandelnden Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen. Vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil die behandelnden Ärzte wichtige Aspekte benennen, die bei der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (E. II. 3.5 hiervor). Dies ist vorliegend nicht der Fall, ergaben doch sowohl die klinische Untersuchung als auch die EEG-Beurteilung bei Dr. med. K. \_\_\_ keine Auffälligkeiten (BB 3, S. 3). Letztlich ist für die Bestimmung des Rentenanspruchs grundsätzlich unabhängig von der Diagnose und unbesehen der Ätiologie massgebend, ob und in welchem Ausmass eine Beeinträchtigung der Arbeits- bzw. Erwerbsfähigkeit vorliegt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_95/2019 vom 3. Juni 2019 E. 5.2 mit Hinweisen). Der Bericht von Dr. med. K. \_\_\_ vom 26. August 2020 enthält keine Angaben zur Arbeitsfähigkeit bzw. dazu, inwiefern die von ihm diagnostizierte episodische Migräne die

100%ige Ausübung der im B.\_\_\_\_-Gutachten vom 24. Mai 2018 angegebenen leidensangepassten Tätigkeiten nicht zulässt. 8.2.1.4 Wie die Beschwerdeführerin korrekt vorbringt (A.S. 15 f.), trifft es zu, dass sich Dr. med. M.\_\_\_\_ im neurologischen Teilgutachten nicht mit den MRI-Aufnahmen der Beschwerdeführerin auseinandersetzte. Dies liegt aber am Umstand, dass die Aufnahmen zum Zeitpunkt der neurologischen Untersuchung vom 1. März 2018 nicht in den Akten der Beschwerdegegnerin vorzufinden waren. Diese wurden von der Beschwerdeführerin erst anlässlich der rheumatologischen Begutachtung vom 25. April 2018 beigebracht bzw. von den B.\_\_\_\_-Gutachtern eingeholt (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 1). Mit den MRI-Bildgebungen setzte sich der rheumatologische Gutachter eingehend auseinander, wobei er darin keinen Hinweis auf eine Nervenschädigung erwähnte (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 11). Auf die MRI-Aufnahmen der lumbalen Wirbelsäule nimmt auch Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) und 13. November 2020 (BB 4) Bezug. Dabei wird anders als in der Beurteilung des rheumatologischen Gutachters zu den MRI-Aufnahmen der lumbalen Wirbelsäule der Klinik N.\_\_\_\_ aus dem Jahr 2017 berichtet, es finde sich ein Erguss der Facettengelenke L5/S1, geringer ausgeprägt L4/5, linksseitig Verdacht auf Radixaffektion S1 bei Bandscheibenprotrusio und hypertropher Spondylarthrose im Segment L5/S1, Retrolisthese L5 auf S1. In den neueren MRI-Aufnahmen lumbal der RODIAG vom 15. April 2019, welche im Bericht von Dr. med. C.\_\_\_\_ vom 13. November 2020 Erwähnung finden (BB 4, S. 1), lässt sich der Verdacht auf eine Nervenschädigung aber nicht bestätigen. Neurokompressionen von Bedeutung wurden darin ebenfalls keine genannt. Selbst wenn es wünschenswert gewesen wäre, dass sich der neurologische Gutachter noch explizit zu den MRI-Aufnahmen geäußert hätte, kann aufgrund der vorgenannten diskreten Befunderhebungen kein ernsthafter Zweifel daran bestehen, dass im Zeitpunkt der Begutachtung aus neurologischer Sicht keine Arbeitsunfähigkeit vorlag. 8.2.2 Dr. med. O.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Allgemeine Innere Medizin, führte im allgemeininternistischen Teilgutachten nachvollziehbar aus, weshalb aus allgemeininternistischer Sicht eine Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung nicht attestiert werden kann (IV-Nr. 122.2, S. 9). So ergäben sich aufgrund der aktuellen Anamnese, der körperlichen Untersuchung sowie hinsichtlich der Aktenlage auf allgemein-internistischem Fachgebiet keine IV-relevanten Diagnosen oder entsprechende Funktionseinschränkungen. Entsprechend sei die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit oder in einer etwaigen Verweistätigkeit aus rein allgemeininternistischer Sicht nicht eingeschränkt. Insbesondere die Lungensituation (mit bedarfsweiser Therapie an einzelnen Tagen im Monat bei möglicher DD: Asthma/COPD und fortgesetztem Nikotinkonsum) werde von der Versicherten nicht als grundlegend leistungslimitierend geschildert. Allerdings sollte ein möglicher Arbeitsplatz aus Sicht der Versicherten keine Staubbelastung oder Belastung mit starken Düften aufweisen, was auch in der Gesamtschau medizinisch nachvollzogen werden könne. Die Hyperthyreose zeige unter bestehender Therapie im aktuellen Labor einen TSH-Wert im Normbereich. Eine IV-Relevanz ergebe sich aus dieser Diagnose nicht. 8.2.3 8.2.3.1 Im rheumatologischen Teilgutachten wird in der Befunderhebung ausgeführt, der Untersuchungsraum werde von der Beschwerdeführerin mit einem unauffälligen Gangbild betreten. Orthopädische Hilfsmittel seien keine benutzt worden. Das Entkleiden zur Untersuchung erfolge zügig. Hierbei auch Einbeinstand, um Strümpfe beziehungsweise Schuhe zu entkleiden und später wieder anzukleiden. Im Sitzen – und hierbei Vorüberbeugen bis zu den Füßen – sei keine Einschränkung der Lendenwirbelsäule zu erkennen. Bei sämtlichen Bewegungsschritten seien spontan keine Schmerzen geäußert

worden. Beim aufrechten Stand zu ebener Erde bestünden physiologische X-Beine. Der Zehenspitzenstand und -gang, sowie der Hackengang und -stand hätten ebenso wie der Gang in und aus der Hocke zügig durchgeführt werden können. Der Einbeinstand erfolge beidseits ohne Trendlenburg'sches Zeichen. Kein Duchenne-Hinken. Bei der heutigen Untersuchung seien sämtliche Gelenke beider unteren Extremitäten seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk hätten entzündliche Veränderungen festgestellt werden können. Die Umfangmasse seien seitengleich. Auch die detaillierte Untersuchung der Kniegelenke ergebe keine Auffälligkeiten. Keine Meniskuszeichen. Bandapparat stabil. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig, insbesondere sei das Lasègue'sche Zeichen beidseits negativ. ASR und PSR hätten beidseits regelrecht ausgelöst werden können. Motorische und sensible Störungen hätten keine gefunden werden können. Begrenzend wirke ein Pseudolasègue durch deutlich verkürzte ischiocrurale Muskulatur, was später auch beim Vornüberbeugen zum Tragen komme. Auch die Wirbelsäule sei bei der heutigen Untersuchung in allen Ebenen sehr gut bewegbar. Beim Vornüberbeugen könne jedoch mit durchgestreckten Beinen der Boden mit den Fingern nur bis 25 cm erreicht werden. Hier wirke, wie schon oben erwähnt, die verkürzte ischiocrurale untrainierte Muskulatur begrenzend. Die gesamte Wirbelsäule zeige keine nennenswerten Verspannungen oder Verhärtungen. Sie sei ansonsten in allen Ebenen einschliesslich Halswirbelsäule frei bewegbar. Bei sämtlichen Bewegungsschritten würden keine Schmerzen spontan geäussert. Auf Befragen werde diffus auf die Lendenwirbelsäule von cranial nach kaudal gezeigt. Hierbei sage die Beschwerdeführerin, die Schmerzen kämen und gingen. Mal seien sie links und mal rechts, mal oben und mal unten. Sie könne jedoch keinen fixen Punkt nennen. Auch die Gelenke der oberen Extremitäten seien seitengleich frei bewegbar. An keinem Gelenk hätten entzündliche Veränderungen festgestellt werden können. Der Nacken- und Schürzengriff könne problemlos durchgeführt werden. Die Muskelkonturen seien seitengleich. Die grob neurologische Untersuchung sei unauffällig, insbesondere keine Sensibilitätsstörung und normale Reflexe mit kräftigem Faustschluss. Fingerspiel frei. Normale Handbeschwielung. Nach der Untersuchung zügiges Ankleiden ohne erkennbare Behinderung. Eine Einschränkung durch die Lendenwirbelsäule könne bei der heutigen Untersuchung nicht verifiziert werden.

8.2.3.2 In seiner Beurteilung führt Dr. med. P.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Rheumatologie, an, da der Bewegungsapparat völlig untrainiert sei, obwohl die Beschwerdeführerin angebe, zu Hause Fitnessgeräte zu haben und diese auch zu nutzen, sei bei der schwach ausgeprägten Muskulatur und einer verkürzten ischiocruralen Muskulatur eine Schmerzsymptomatik je nach Überlastung und Bewegung vorstellbar. Dies führe jedoch zu keiner nennenswerten Einschränkung im Alltag, beziehungsweise bei irgendwelchen Tätigkeiten. Die Schmerzen seien auch nicht einer Location zugeordnet, sondern selbst im Bereich der Lendenwirbelsäule wechselten diese von links nach rechts, von oben nach unten, sodass hier von funktionellen Beschwerden ausgegangen werden müsse, die aber auch ihre Ursache auf nicht orthopädisch-/rheumatologischem Gebiet haben könnten. Hierfür seien dann die anderen Fachgutachten wegweisend.

8.2.3.3 Da der Experte aktuell keine relevanten rheumatologischen Befunde erheben konnte, leuchtet ein, dass er die Beschwerdeführerin als voll arbeitsfähig einstufte (IV-Nr. 122.3, S. 13). Daran vermögen auch die von der Beschwerdeführerin vorgebrachten Rügen bezüglich des rheumatologischen Teilgutachtens nichts zu ändern. Die von der Beschwerdeführerin geltend gemachte Vorurteilsbehaftheit von Dr. med. P.\_\_\_\_ ist aus dem vorliegenden Gutachtensbericht nicht ersichtlich. Eine andere medizinische Einschätzung im Vergleich zu den anderen Teilgutachten reicht

hierfür nicht aus. Nicht nachvollziehbar ist die Behauptung der Beschwerdeführerin, wonach ein Widerspruch darin zu erkennen sei, dass anlässlich der rheumatologischen Untersuchung anders als noch an der neurologischen (vgl. E. II 8.2.1.1 hiervor) keine Hypästhesien und Parästhesien festgestellt worden seien. Dr. med. P. \_\_\_ hatte anlässlich der umfassenden klinisch-rheumatologischen Untersuchung (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 9 ff.) schlicht keine solchen festgestellt. Zudem kann keine Verharmlosung der Befunde darin erblickt werden, dass der rheumatologische Gutachter die MRI-Aufnahmen anders beurteilte als noch Dr. med. C. \_\_\_ in seinen Berichten vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) und 13. November 2020 (BB 4). Dr. med. P. \_\_\_ hat die beigebrachten MRI-Aufnahmen vom 17. Juli 2015 und 14. Dezember 2017 dem Gutachten beigelegt (IV-Nr. 122.3, S. 18 ff.), sich mit diesen eingehend auseinandergesetzt und seine Interpretation der Befunde dargelegt (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 11). Wenn der Rechtsvertreter der Beschwerdeführerin als Nichtmediziner zu einer anderen Auffassung gelangt, vermag dies den Beweiswert der Beurteilung von Dr. med. P. \_\_\_ nicht zu vermindern. Sodann wird der Beweiswert der Expertise nicht dadurch geschmälert, dass der rheumatologische Gutachter die radiologischen Befunde vom 17. Juli 2017 in der Diagnosestellung nicht wörtlich und vollständig wiedergab. Insbesondere zu den Röntgenbefunden der Wirbelsäule gilt es festzuhalten, dass bei Gesundheitsschäden im Bereich der Wirbelsäule die klinische Untersuchung die wichtigste und feinste Prüfung darstellt (Urteil des Bundesgerichts 8C\_839/2019 vom 12. Mai 2020 E. 3.2.1 mit Hinweisen). Zudem sind nach der medizinischen Literatur radiologisch sichtbare degenerative Veränderungen an den Wirbeln allein noch kein Beweis, dass irgendwelche Schmerzen in Nacken, Kopf oder Armen wirklich hier ihren Ursprung haben (Urteil des Bundesgerichts 8C\_82/2019 vom 19. September 2019 E. 5.3 mit Hinweisen). Unabhängig davon, ob es sich um eine nachweisliche organische Pathologie oder um ein unklares Beschwerdebild handelt, setzt eine Anspruchsberechtigung stets eine nachvollziehbare ärztliche Beurteilung der Auswirkungen des Gesundheitsschadens auf die Arbeits- und Erwerbsfähigkeit voraus (BGE 140 V 290 E. 3.3.2 S. 297 mit Hinweis). Vorliegend stellte der rheumatologische Gutachter anlässlich der klinischen Untersuchung leichte Einschränkungen (schwach ausgeprägte Muskulatur und eine verkürzte ischiocrurale Muskulatur) und Schmerzen in der Wirbelsäule fest, welche keiner Location zugeordnet werden können, und trug dem in der Diagnose Rechnung. Überzeugend legte er dar, dass die Schmerzsymptomatik je nach Überlastung und Bewegung vorstellbar sei, diese jedoch zu keiner nennenswerten Einschränkung im Alltag, beziehungsweise bei irgendwelchen Tätigkeiten führe. 8.2.3.4 Auch die im Nachgang zur Begutachtung eingereichten Berichte von Dr. med. C. \_\_\_, welche den Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit abweichend beurteilen (s. E. II. 5.14 und 6.2 hiervor), führen zu keinem anderen Ergebnis: Vorab ist auf die Erfahrungstatsache hinzuweisen, dass das Gericht in Bezug auf Atteste von Hausärzten der Erfahrungstatsache Rechnung tragen darf und soll, wonach Hausärzte mitunter im Hinblick auf ihre auftragsrechtliche Vertrauensstellung in Zweifelsfällen eher zugunsten ihrer Patienten aussagen (BGE 125 V 353 E. 3b cc, 122 V 160 E. 1c); dies gilt nicht nur für den allgemein praktizierenden Hausarzt, sondern ebenso für die behandelnden Spezialärzte (Urteil des Bundesgerichts 9C\_794/2012 vom 4. März 2013 E. 2.1 mit Hinweisen). Dr. med. C. \_\_\_ legt in seinem Bericht vom 13. November 2020 vor allem weitere Therapieversuche im Rahmen der durch diesen Arzt praktizierten interventionellen Schmerztherapie dar und illustriert das subjektive Leiden der Beschwerdeführerin. Dies ändert jedoch nichts an der versicherungsmedizinischen Beurteilung im rheumatologischen

Teilgutachten. So ist festzuhalten, dass die Befunderhebung in den Berichten von Dr. med. C.\_\_\_\_ recht knapp ausgefallen ist, weshalb sie nicht das gleiche Gewicht wie das ausführliche Gutachten von Dr. med. P.\_\_\_\_ beanspruchen können. Weiter stellt der behandelnde Orthopäde unter anderem die Diagnosen eines prävertebralen sowie cervicothorakalen Schmerzsyndroms (bei unter anderem Status nach Morbus Scheurmann), ohne jedoch in seinen Berichten eine ausführliche Herleitung der Diagnosen vorzunehmen. Sodann wird sowohl im Bericht vom 8. April 2019 (IV-Nr. 140, S. 26 f.) als auch in demjenigen vom 13. November 2020 (BB 4) aufgeführt, die Beschwerden im Rücken bestünden nicht konstant, sondern es seien sporadische Verläufe zu verzeichnen, was auch mit der Aussage der Beschwerdeführerin anlässlich der rheumatologischen Begutachtung korreliert, wonach die Schmerzen kämen und gingen, was heisse, sie seien nicht ständig vorhanden (vgl. IV-Nr. 122.3, S. 7). Unklar ist daher, weshalb Dr. med. C.\_\_\_\_ in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit im Bericht vom 13. November 2020 von einem dauerhaften lumbalen Rückenschmerz ausgeht (BB 4, S. 3). Dass bei der Beschwerdeführerin degenerative Veränderungen im Lumbalbereich bestehen, so wie es Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten beschreibt, mag zutreffen. So geht auch Dr. med. P.\_\_\_\_ in seinem rheumatologischen Teilgutachten bei der Beurteilung der MRI-Aufnahmen von solchen Veränderungen aus (IV-Nr. 122.3, S. 11). Ob diese für die lumbalen Schmerzen verantwortlich sind, lässt sich aber nicht eindeutig bestimmen. Ausserdem lassen sich den Ausführungen von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu den MRI-Aufnahmen vom 15. April 2019 ausser degenerativen Veränderungen keine Neurokompressionen von Bedeutung entnehmen (BB 4, S. 1 f.). Nach Lage der Akten ist vielmehr davon auszugehen, dass mit überwiegender Wahrscheinlichkeit die schwach ausgeprägte Muskulatur und die verkürzte ischiocrurale Muskulatur für die Schmerzproblematik verantwortlich sind, so wie es der rheumatologische Gutachter nachvollziehbar beschreibt (IV-Nr. 122.3, S. 12). So stellt auch Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten die Diagnose einer ausgeprägten muskulären Dekonditionierung mit Haltungsinsuffizienz. Dieser bestehenden Dekonditionierung ist nach den gutachterlichen Angaben mit einem Muskelaufbautraining, gegebenenfalls unter Anleitung, entgegenzuwirken (IV-Nr. 122.3, S. 12). Dass die Beschwerdeführerin nach dem Begutachtungszeitpunkt bei Dr. med. C.\_\_\_\_ mehrere Infiltrationen im Sinne einer interventionellen Schmerztherapie begonnen hatte und sich hiernach jeweils nur ein kurzfristiger Effekt auf die applizierten Medikamente ergab (vgl. BB 4, S. 3), vermag den Beweiswert des rheumatologischen Gutachtens ebenfalls nicht zu relativieren. Die im Infiltrationsbericht vom 6. Juni 2019 von Dr. med. C.\_\_\_\_ gestellte Diagnose einer monosegmentalen Degeneration L5/S1 BDS mit Radixaffektion S1 links wird in seinen Berichten vom 8. April 2019 und 13. November 2020 weder aufgeführt noch begründet. Die Diagnose einer Degeneration L5/S1 BDS mit Radixaffektion S1 wurde vom rheumatologischen Gutachter aufgrund der eingesehenen Röntgenbilder nicht gestellt, weshalb die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ zu keiner anderen Beurteilung der medizinischen Situation führen.

8.2.3.5 Im Übrigen kann entgegen der Behauptung der Beschwerdeführerin nicht von einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes seit dem Begutachtungszeitpunkt ausgegangen werden, spricht doch auch Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten von nicht konstanten und bereits seit längerem bestehenden Rückenschmerzen. Zudem wurde eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes von Dr. med. C.\_\_\_\_ in seinen Berichten weder behauptet noch begründet. Die MRI-Aufnahmen der lumbalen Wirbelsäule zeigten ebenfalls keine relevanten zusätzlichen degenerativen Veränderungen im Vergleich zu früheren MRI-Aufnahmen (vgl. E. II. 8.2.1.4 und 8.2.3.4 hiavor). Im

Bericht vom 13. November 2020 wird zwar von einer Gonalgie links bei Status nach Stolpersturz mit Kniekontusion vom 17. November 2019 gesprochen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin (A.S. 27) wurde aber keine Gonarthrose diagnostiziert. Inwiefern sich die Knieschmerzen auf die Arbeitsfähigkeit auswirken, wird von Dr. med. C.\_\_\_\_ nicht erwähnt und die Knieproblematik wird auch nicht in seiner Beurteilung der Arbeitsfähigkeit miteinbezogen, weshalb davon auszugehen ist, dass diese keinen Einfluss auf die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin ausübt. Folglich vermögen die Berichte von Dr. med. C.\_\_\_\_ die Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der Ergebnisse des rheumatologischen Teilgutachtens nicht in Frage zu stellen.

8.2.4 In der oto-rhino-laryngologischen Beurteilung begründet Dr. med. Q.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Oto-Rhino-Laryngologie, in einleuchtender Weise das Vorliegen einer hochgradigen kombinierten Schwerhörigkeit rechts DD Otosklerose (ICD-10 H90.2) und einer mittelgradigen sensorineuralen Schwerhörigkeit links (ICD-10 H90.5). Nach Durchführung mehrerer Tests (vgl. IV-Nr. 122.4, S. 11 f. und 16) bringt Dr. med. Q.\_\_\_\_ in ihrer Beurteilung vor, der ohrmikroskopische Befund sei beidseits unauffällig. In der Tonaudiometrie zeige sich eine hochgradige Schalleitungsschwerhörigkeit rechts und eine mittelgradige Schallempfindungsschwerhörigkeit links. Die Hörminderung sei deutlich progredient zur letzten vorliegenden Untersuchung von 2013. In der Sprachaudiometrie sei rechts kein verwertbares Sprachverständnis vorhanden. Links seien erst bei einer Lautstärke von 90 dB 100 % der Testwörter verstanden worden. Der fehlende Nachweis von otoakustischen Emissionen und die Ergebnisse in der Sprachaudiometrie seien mit den Angaben in der Tonaudiometrie kongruent. Im Freifeld seien bei einem Schallpegel von 60 dB (Umgangssprache) 40 % der Einsilber verstanden worden. Mit getragenen Hörgeräten seien bei dieser Lautstärke 60 % der Einsilber verstanden worden. In der Nasenendoskopie zeige sich kein pathologischer Befund bei St.n. Septumkorrektur und Muschelkaustik. Mit Blick auf die gutachterlich festgestellte hochgradige kombinierte Schwerhörigkeit rechts und mittelgradige sensorineuralen Schwerhörigkeit links vermag sodann auch die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Die jetzige Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Home-Office sei aufgrund der Schwerhörigkeit als ungünstig anzusehen. Zum jetzigen Zeitpunkt reiche das Hörvermögen links für die Kommunikation mit einem Spezial-Telefon mit Verstärker aus. Bei ungünstigen akustischen Bedingungen (Verbindung, Artikulation des Gesprächspartners) komme es zu Verständnisproblemen. Die vermehrte Anstrengung bei der Sprachdiskrimination erfordere mehr Erholungszeit. Dadurch sei die Arbeitsfähigkeit zu 20 % eingeschränkt. Aufgrund des bisherigen Verlaufes sei mit einer weiteren Verschlechterung des Hörvermögens zu rechnen. Längerfristig werde eine Tätigkeit mit solch hohen kommunikativen Anforderungen nicht mehr möglich sein. In einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen sei die Arbeitsfähigkeit aus oto-rhino-laryngologischer Sicht zu 100 % gegeben. Diese Ausführungen und Einschätzungen vermögen zu überzeugen. Die Akten enthalten denn auch keine medizinischen Stellungnahmen, die ihnen widersprechen.

8.2.5  
8.2.5.1 Im psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. R.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (IV-Nr. 122.5), wird ausgeführt, bei der heutigen Untersuchung und Exploration habe sich eine Versicherte vorgestellt, die zum einen keine wesentlichen Auffälligkeiten im Psychostatus gezeigt habe und bei der sich auch testpsychiatrisch (HAMD17) nicht das Bestehen einer depressiven Störung aufzeigen lasse. Ebenfalls sei im Mini-ICF kaum eine Beeinträchtigung festzustellen, so dass nicht von einer wesentlichen psychosozialen Funktionseinbusse oder einer Teilhabeproblematik gesprochen werden

könne. Auch fühle sich die Versicherte selbst soweit in psychisch, seelischem Gleichgewicht stabil und nur durch die von ihr erlebten körperlichen Beschwerden belastet und eingeschränkt. Eine Behandlung auf psychiatrischem Fachgebiet finde zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht statt, habe vorbestehend nicht stattgefunden und sei nach Ansicht der Versicherten auch nicht vonnöten. Die in der Aktenlage angeführten Angabe im Arztbericht von Dr. med. H.\_\_\_\_ vom 23. Oktober 2017 (IV-Nr. 107), wonach bisher eine Arbeitsunfähigkeit vom Psychiater ausgestellt worden sei, entspreche gemäss Beschwerdeführerin nicht der Realität. Vor dem Hintergrund der heute von der Versicherten geschilderten psychosozialen Aufwuchs-Bedingungen könnte natürlich von einer psychischen Belastung ausgegangen werden, wobei anzuführen sei, dass die Versicherte bisher ihr Leben, ihren Alltag, Partnerschaft, Familie bewältigt habe und auch den an sie gestellten sozialen Anforderungen genüge getan habe, so dass hier doch eher weniger von einer Persönlichkeitsakzentuierung oder gar einer Persönlichkeitsstörung habe ausgegangen werden können. Hier erschienen eher die Resilienz der Versicherten sichtbar und die ihr mögliche Fähigkeit, auf Ressourcen zurückgreifen zu können. Bei der Untersuchung und Exploration sei allerdings aufgefallen, dass die von der Versicherten geschilderten psychosozialen Aufwuchs-Bedingungen, die Möglichkeit der Ausbildung einer zumindest akzentuierten Persönlichkeit möglich erscheinen lasse. Eine Behandlungsaktivität auf psychiatrischem Fachgebiet sei, wie auch RAD-Ärztin Dr. med. I.\_\_\_\_ in der orientierenden Darstellung des Sachverhalts vom 4. Oktober 2017 (IV-Nr. 103) anführe, nicht dokumentiert. Zudem habe keine vergleichbare Einschränkung des Aktivitätsniveaus in allen vergleichbaren Bereichen festgestellt werden können. Die Diagnosen einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum habe heute nicht gestellt werden können, schon allein vor dem Hintergrund, dass keinerlei Behandlungsaktivität psychiatrischerseits bestanden habe, wenngleich auch die von der Versicherten beklagten Beschwerden über das wohl vor dem Hintergrund der somatischen Diagnosen zu erwartende Ausmass hinausgingen, wie sich aus der Aktenlage entnehmen lasse, so dass abschliessend festgestellt werden müsse, dass auf psychiatrischem Fachgebiet heute keine Diagnose mit Relevanz gestellt werden könne. Es finde sich keine depressive Erkrankung, keine psychotische Störung, keine relevante Persönlichkeitsstörung, keine Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum oder eine körperlich begründbare (organische, symptomatische) psychische Erkrankung. 8.2.5.2 Die Schlussfolgerungen von med. pract. R.\_\_\_\_, wonach keine psychiatrische Gesundheitsstörung mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit vorliege, ist plausibel, zumal sich dem psychiatrischen Gutachter im fachärztlich erhobenen Befund (vgl. IV-Nr. 122.5, S. 12 ff.) keine namhaften Auffälligkeiten zeigten und insbesondere die Hauptkriterien einer depressiven Störung nicht bestätigt werden konnten. Der in diesem Zusammenhang erhobene Einwand der Beschwerdeführerin, der psychiatrische Gutachter sei auf gewisse in den Akten dokumentierte Auffälligkeiten nicht eingegangen und es stelle sich entgegen dem Gutachter die Frage einer Persönlichkeitsakzentuierung (A.S. 20 f.), ist nicht stichhaltig. So führte der Gutachter zur Persönlichkeit der Beschwerdeführerin an, bei der Untersuchung und Exploration sei aufgefallen, dass die von der Versicherten geschilderten psychosozialen Aufwuchs-Bedingungen die Möglichkeit der Ausbildung einer zumindest akzentuierten Persönlichkeit möglich erscheinen lasse (IV-Nr. 122.5, S. 13). Nachvollziehbar legte er dar, dass die Versicherte bisher ihr Leben, ihren Alltag, Partnerschaft, Familie bewältigt habe und auch den an sie gestellten sozialen Anforderungen genüge getan habe, so dass hier doch eher weniger von einer Persönlichkeitsakzentuierung oder gar einer Persönlichkeitsstörung

ausgegangen werden konnte. Des Weiteren kann nicht von einem schwerwiegendem Widerspruch gesprochen werden, wenn der psychiatrische Gutachter an einer Stelle ausführte, es sei der Eindruck entstanden, dass die Beschwerdeführerin manchmal nicht zuhören und es sei immer wieder nötig gewesen, sie auf die Frage, auf das Thema zu zentrieren (IV-Nr. 122.5, S. 12), und an anderer Stelle, die Versicherte habe die Exploration aufmerksam verfolgt und sie nicht abgelenkt und auch nicht leicht ablenkbar gewesen (IV-Nr. 122.5, S. 13). Sodann trifft es nicht zu, dass der Psychiater das Vorhandensein einer somatoformen Schmerzstörung lediglich damit verneinte, dass die Beschwerdeführerin keinerlei psychiatrische Behandlung in Anspruch genommen habe (A.S. 21). Med. pract. R. \_\_\_ begründete seine Ansichten nachvollziehbar und konnte offensichtlich aufgrund der aktuellen Befundlage keine Diagnosen einer Erkrankung aus dem somatoformen Diagnose-Spektrum stellen. Er merkte aber an, dass die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden über das wohl vor dem Hintergrund der somatischen Diagnosen zu erwartende Ausmass hinausgingen. Eine Diagnose mit Relevanz konnte er aus psychiatrischer Sicht aber dennoch nicht stellen. Entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin geht der psychiatrische Gutachter schliesslich auch nicht davon aus, dass bei ihr erhebliche Einschränkungen vorhanden seien, da er weder in der angestammten noch in einer den Leiden angepassten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit attestierte (IV-Nr. 122.5, S. 17). Da im überzeugenden psychiatrischen Teilgutachten von med. pract. R. \_\_\_ keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt wurde, kann auf die Durchführung einer Indikatorenprüfung verzichtet werden (vgl. BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 428 f.). 8.2.6 Gestützt auf die überzeugenden Teilgutachten vermag schliesslich auch die gutachterliche Gesamtbeurteilung zu überzeugen, wonach die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Home-Office aufgrund der Schwerhörigkeit zu 20 % eingeschränkt sei und in einer angepassten Tätigkeit ohne Hintergrundlärm und ohne hohe kommunikative Anforderungen keine Einschränkung bestehe. So kann entgegen der Auffassung der Beschwerdeführerin die interdisziplinäre Beurteilung nicht bereits deshalb als mangelhaft betrachtet werden, weil die Gutachter darin zur Vermeidung unnötiger Redundanzen auf die jeweiligen Teilgutachten verweisen. Weiter trifft es zwar zu, dass der Hausarzt der Beschwerdeführerin, Dr. med. H. \_\_\_ – entgegen der Behauptung der B. \_\_\_-Gutachter – in seinem Bericht vom 23. Oktober 2017 nicht von einer analogen Arbeitsunfähigkeit wie gutachterlich attestiert ausgegangen ist. Allein deswegen besteht aber noch kein schwerwiegender Widerspruch, so wie es die Beschwerdeführerin behauptet. Dr. med. H. \_\_\_ attestierte der Beschwerdeführerin in seinem Bericht zwar eine Arbeitsfähigkeit von 50 - 80 % (IV-Nr. 107, S. 3). Jedoch fügte er gleichzeitig an, er habe der Beschwerdeführerin bisher nie eine Arbeitsfähigkeit attestiert und er sei aktuell nicht in Kenntnis, welche Beschwerden die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin angegeben habe, um nicht arbeiten zu können. Diesbezüglich könne er nicht mehr sagen, als dass die Rückenbeschwerden im Jahr 2002 nach einem Treppensturz begonnen hätten. Alle beteiligten Spezialisten sprächen von einer Somatisierung oder Somatisierungstendenz, sodass er sich die Frage stelle, ob es überhaupt einen Grund für eine Invalidität gebe (IV-Nr. 107, S. 2). Da der Hausarzt selbst bislang keine Arbeitsunfähigkeit attestiert hatte, kann auf seine Ausführungen zur Arbeitsfähigkeit nicht abgestellt werden. Die Kritik der Beschwerdeführerin ist daher hinfällig. Des Weiteren wird von der Beschwerdeführerin beanstandet, dass die B. \_\_\_-Gutachter die Ausprägung und Schwere der objektiven Befunde als diskret und leichtgradig eingestuft haben. Dagegen ist jedoch nichts einzuwenden, denn einzig die oto-rhino-laryngologische Gutachterin

attestiert aufgrund des Hörschadens einen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass anlässlich der gutachterlichen Untersuchung bei Dr. med. Q.\_\_\_\_ mit getragenen Hörgeräten keinerlei Verständnisprobleme bestanden haben (IV-Nr. 122.4, S. 11). Auch gehe gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin das Telefonieren ohne die Hörgeräte gut. Sie habe ein spezielles Telefon mit einer grossen Ohrmuschel. Nur wenn die Verbindung schlecht sei oder die andere Person über kein gutes Gerät verfügen würde, hätte sie Verständnisprobleme (IV-Nr. 122.4, S. 10). Von einer schweren Ausprägung der Befunde kann somit jedenfalls unter dem Aspekt der Arbeitsfähigkeit nicht gesprochen werden. Einzig aus dem Fehlen näherer gutachterlicher Ausführungen zur Einstufung kann die Beschwerdeführerin nichts zu ihren Gunsten ableiten. Schliesslich ist entgegen der Beschwerde nicht ersichtlich, weshalb der Umstand, dass die Gutachter in der Gesamtbeurteilung eine Aggravation oder Simulation ausgeschlossen haben, gleichzeitig aber davon ausgegangen sind, dass keinerlei gesundheitliche Einschränkungen vorliegen, gegen den Beweiswert der B.\_\_\_\_-Expertise sprechen sollte (A.S. 14). So erhielt die Beschwerdeführerin anlässlich der fachspezifischen Untersuchungen Gelegenheit, ihre gesundheitliche Situation einlässlich darzustellen. Wie für den Beweiswert eines Gutachtens erforderlich, berücksichtigten die B.\_\_\_\_-Gutachter die geklagten Beschwerden. Sie beschäftigten sich mit der Frage, ob und inwieweit sich die subjektiv geklagten Beschwerden durch objektive Befunde erklären liessen. Die Gutachter haben in ihren Teilgutachten dabei weder Inkonsistenzen noch Widersprüchlichkeiten beschrieben.

8.3 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die B.\_\_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das Gutachten leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten auch unter Berücksichtigung der Vorbringen der Beschwerdeführerin voller Beweiswert zuzumessen. Von einer Verletzung des Untersuchungsgrundsatzes, den die Beschwerdeführerin rügt (A.S. 37), kann vor diesem Hintergrund nicht gesprochen werden. So liegt im Verzicht auf Abnahme weiterer Beweise dann keine Verletzung des Anspruchs auf rechtliches Gehör vor, wenn der Versicherungsträger bei umfassender, sorgfältiger, objektiver und inhaltsbezogener Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten (vgl. E. II. 3.2 hiervor). Davon ist vorliegend auszugehen.

9. Zu prüfen bleibt, wie sich die attestierte Arbeitsfähigkeit in erwerblicher Hinsicht auswirkt, wobei sich vorab die Frage stellt, in welchem Ausmass die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beeinträchtigung erwerbstätig wäre. Diesbezüglich postulierte die Beschwerdeführerin eine 100%ige ausserhäusliche Erwerbstätigkeit im Gesundheitsfall, wohingegen die Beschwerdegegnerin gestützt auf den Situationsbericht vom 23. Juli 2019 (IV-Nr. 136) den Anteil der Erwerbstätigkeit auf 60 % und den Anteil der Haushaltstätigkeit auf 40 % festgesetzt hat.

9.1 Der IV-Anmeldung vom 28. August 2017 (IV-Nr. 97) lässt sich entnehmen, dass die Beschwerdeführerin zum Zeitpunkt der Anmeldung seit August 2017 (gemäss Angaben im B.\_\_\_\_-Gutachten bis September bzw. Oktober 2017; IV-Nr. 122.1, S. 15; 122.2, S. 6) als Kioskaushilfe in einem Pensum von 15 % sowie seit 20. September 2012 als Telefoninterviewerin im Homeoffice mit variablem Pensum (gemäss Angaben im B.\_\_\_\_-Gutachten zwischen 0 bis 60 %, durchschnittlich 20 bis 40 %; IV-Nr. 122.1, S. 15) bei der Firma S.\_\_\_\_ gearbeitet hat. Dem Intake-Protokoll vom 28. Januar 2009 (IV-Nr. 12) ist zu entnehmen, dass die damals letzte Anstellung im Restaurant T.\_\_\_\_ als Küchenhilfe im

Teilzeitpensum zwischen 40 - 50 % vom 11. August bis 30. November 2008 andauerte. Die vorherigen Tätigkeiten seien die Folgenden gewesen: 1991 - 1995 Geschäftsführerassistentin (100%-Pensum) Firma U.\_\_\_\_, [...]; 1998 - 2002 Alleinkoch (100%-Pensum) in einem Restaurant in [...]; Juli bis August 2006 in einer Nebenbeschäftigung in einem Call-Center (50%-Pensum). Anlässlich des Intake-Gesprächs teilte die Beschwerdeführerin mit, dass sie ohne gesundheitliche Einschränkungen einer ausserhäuslichen Tätigkeit im Pensum von 100 % nachgehen würde, da sie immer 100 % gearbeitet habe und nicht mehr vom Sozialamt abhängig sein wolle. Nach erfolgter Unterstützung seitens der Beschwerdegegnerin im Sinne einer Arbeitsvermittlung wurden gemäss Abschlussbericht vom 27. April 2010 (IV-Nr. 62) bzw. mit Verfügung vom 12. Juli 2010 (IV-Nr. 76) die beruflichen Eingliederungsbemühungen als «vermittelt» abgeschlossen. Die Beschwerdeführerin hatte vorläufig befristet eine Arbeitsstelle als Hilfsarbeiterin bei der Firma V.\_\_\_\_, [...], im Vollzeitpensum. Gemäss Angaben im B.\_\_\_\_-Gutachten habe die Beschwerdeführerin 2014 eine Ausbildung zur Kauffrau absolviert (IV-Nr. 122.3, S. 8).

9.2 Die Abklärungsperson scheint bei der Statusfrage (Anteil Erwerbstätigkeit / Anteil Haushalt) eine reine Annahme getroffen zu haben (Anteil Erwerbstätigkeit 60 %), wobei keine Abklärungen vor Ort stattgefunden haben (s. Situationsbericht vom 23. Juli 2019; IV-Nr. 136). Diese Annahme ist gestützt auf die vorhandenen Akten nicht abwegig, da die Beschwerdeführerin seit ihrer letzten befristeten Vollzeitstelle bei der Firma V.\_\_\_\_ im Jahr 2010 (IV-Nr. 61) nur noch Teilzeit tätig gewesen ist und sich gemäss eigenen Angaben anlässlich der gutachterlichen Untersuchungen ein 50%-Pensum zutrauen würde, wobei die anderen 50 % durch die Betreuung des Ehemannes, des Sohnes und der beiden Haushalte gefüllt sei (IV-Nr. 122.4, S. 11). Ob der von der Beschwerdegegnerin erstellte Situationsbericht vom 23. Juli 2019 eine genügende Grundlage darstellt und die darin geäusserte Annahme (Anteil Erwerbstätigkeit: 60 %; Anteil Haushaltstätigkeit: 40 %) korrekt ist, kann aber offen bleiben, denn selbst im für die Beschwerdeführerin günstigsten Fall, nämlich unter der Annahme, dass sie ein Vollpensum leisten würde, würde kein anspruch relevanter Invaliditätsgrad resultieren, wie sich untenstehend ergibt.

## **E. 10**

10.1 Für den Einkommensvergleich wurden sowohl für die Berechnung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens ein Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) herangezogen, was grundsätzlich nicht zu beanstanden ist. Entgegen dem angefochtenen Entscheid ist aber fraglich, ob die Beschwerdeführerin ohne gesundheitliche Beschwerden mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nach wie vor im Gastgewerbe tätig wäre und daher auf den Tabellenwert im Bereich «Gastgewerbe / Beherbergung u. Gastronomie» (LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Wirtschaftszweige 55 - 56) abzustellen ist, da die Beschwerdeführerin ihre letzte Stelle im Gastgewerbe im Restaurant T.\_\_\_\_ im Jahr 2008 nicht aus gesundheitlichen Gründen verloren hat (vgl. IV-Nr. 12) und sie zudem seit über zehn Jahren nicht mehr in diesem Sektor tätig gewesen ist. Weiter hat die Beschwerdeführerin im Jahr 2014 die Ausbildung zur Kauffrau mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis absolviert, wobei hier anzumerken ist, dass sie seit dem Abschluss der Ausbildung nicht als Kauffrau tätig gewesen ist und daher nicht auf den Totalwert «Sektor 3 Dienstleistungen», Ziffer 45 - 96, Kompetenzniveau 3 abgestellt werden kann, so wie es in der Beschwerdeschrift vorgebracht wird (A.S. 32 f.). Die Beschwerdeführerin vermag in diesem Zusammenhang nicht zu begründen, weshalb auf das Kompetenzniveau 3

abzustellen sein sollte. Zudem gilt es festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin seit dem Jahr 2012 als Telefoninterviewerin im Teilzeitpensum tätig ist. Mit der gesundheitlichen Einschränkung sind ihr ebenfalls Arbeitsstellen mit einem hohen Pensum in diesen Segmenten zugänglich. Gemäss den nachvollziehbaren Ausführungen des RAD vom 7. Juni 2018 (IV-Nr. 125) könnte die Beschwerdeführerin sowohl ihre früheren Tätigkeiten in der Gastronomie als auch die erlernte Tätigkeit als Hotelfachassistentin oder auch ihre aktuelle Tätigkeit als Telefoninterviewerin im Rahmen einer Arbeitsfähigkeit von 80 % ausüben. Es bietet sich aufgrund des Gesagten an, sowohl für die Bemessung des Valideneinkommens wie auch des Invalideneinkommens auf den Tabellenlohn LSE 2018, TA1\_tirage\_skill\_level, Total Niveau 1 Frauen abzustellen, da dieser Tabellenlohn im Licht der bisher von der Beschwerdeführerin ausgeführten Arbeiten und der möglichen Tätigkeiten korrekt erscheint. Damit erübrigt sich eine genaue betragsmässige Ermittlung, denn der Invaliditätsgrad entspricht dem Grad der Arbeitsunfähigkeit unter Berücksichtigung eines allfälligen Abzugs vom Tabellenlohn (vgl. z.B. Urteil des Bundesgerichts 8C\_358/2017 vom 4. August 2017 E. 2.2 mit Hinweisen). 10.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn) allenfalls zu kürzen (sog. Leidensbedingter Abzug). Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Aufgrund dieser Faktoren kann die versicherte Person die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt möglicherweise nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine S. 80). Der Abzug soll aber nicht automatisch erfolgen. Er ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäßem Ermessen gesamthaft zu schätzen und darf 25 % nicht übersteigen (BGE 135 V 297 E. 5.2 S. 301, 134 V 322 E. 5.2 S. 327 f., 126 V 75 E. 5b/bb-cc S. 80). Ob ein (behinderungsbedingt oder anderweitig begründeter) Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen ist, stellt eine vom Versicherungsgericht frei überprüfbare Rechtsfrage dar (BGE 137 V 71 E. 5.1 S. 72 f.). Die Beschwerdegegnerin hat in der angefochtenen Verfügung keinen Abzug vom Tabellenlohn vorgenommen. Für einen Abzug aufgrund der Merkmale wie Alter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie besteht vorliegend kein Raum. Zudem ist das Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin nicht derart eingeschränkt, als dass sich hier ein zusätzlicher leidensbedingter Abzug rechtfertigen würde. Ein Abzug vom Tabellenlohn ist daher – in Übereinstimmung mit der Beschwerdegegnerin – nicht angezeigt. 10.3 Zusammengefasst resultiert ein Invaliditätsgrad entsprechend der gutachterlich ermittelten Arbeitsunfähigkeit, womit kein Anspruch auf eine Rente der Invalidenversicherung besteht. Angesichts der grundsätzlich vollen Arbeitsfähigkeit in einer geeigneten, insbesondere der Hörproblematik angepassten Tätigkeit, ergibt sich keine Invalidität. 11. Die Beschwerdeführerin lässt berufliche Massnahmen geltend machen. Bei einer vollen Arbeits- und Leistungsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit kann ein solcher Anspruch aber nicht gegeben sein. Eine Unterstützung bei der Stellensuche im Sinne einer Arbeitsvermittlung (Art. 18 IVG) ist ebenfalls nicht angezeigt. Dazu ist festzuhalten, dass Arbeitsvermittlung im Sinne einer aktiven Unterstützung bei der Suche eines geeigneten Arbeitsplatzes voraussetzt, dass die Behinderung Probleme bei der Stellensuche verursacht. Dies trifft z. B. zu, wenn wegen Stummheit kein Bewerbungsgespräch möglich ist oder dem potenziellen Arbeitgeber die

besonderen Möglichkeiten und Grenzen der versicherten Person (z.B., weil diese an einer Sehbehinderung leidet) erläutert werden müssen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_641/2015 vom 12. Januar 2016 E. 2). An solchen spezifischen Einschränkungen gesundheitlicher Art fehlt es hier; die Suche nach Tätigkeiten, welche dem massgeblichen Zumutbarkeitsprofil der Beschwerdeführerin entsprechen, bedarf keiner besonderen Kenntnisse. Ferner ist festzuhalten, dass soweit eine fehlende berufliche Eingliederung im Sinne der Verwertung einer bestehenden Arbeitsfähigkeit nicht auf gesundheitlich bedingte Schwierigkeiten bei der Stellensuche, sondern in der Hauptsache auf mangelnde Ausbildung und auf das Alter der Beschwerdeführerin zurückzuführen ist, die verlangten Massnahmen nicht in die Zuständigkeit der IV fallen, sondern gegebenenfalls in diejenige der Arbeitslosenversicherung (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 18 IVG, S. 215 Rz. 6). Die Beschwerdeführerin verfügt über eine volle Arbeitsfähigkeit in angepasster Tätigkeit. Inwiefern sich in einer solchen ihre gesundheitlichen Einschränkungen auswirken sollten, zeigt sie weder auf, noch ist es ersichtlich. Somit ist auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen zu verneinen. 12. Zusammenfassend ist somit die angefochtene Verfügung 15. Oktober 2020 zu bestätigen und die dagegen erhobene Beschwerde abzuweisen. Im Übrigen ist betreffend weiterer Beweismassnahmen auf die Praxis zum Umfang der Beweisabnahmepflicht hinzuweisen, wonach der Richter auf die Abnahme weiterer Beweise verzichten kann, wenn er auf Grund pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung gelangt, dass ein bestimmter Sachverhalt als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten ist und dass weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern können (BGE 122 V 157 E. 1d S. 162, 104 V 209 E. a S. 211; Urteil des Bundesgerichts 8C\_364/2011 vom 11. Oktober 2011 E. 3.1). Da von der durch die Beschwerdeführerin beantragte Erstellung eines neuen poldisziplinären Gutachtens (vgl. A.S. 28) keine weiterführenden Erkenntnisse zu erwarten sind, ist davon abzusehen.

## **E. 13**

13.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

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

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