

# SO\_GERICHTE VSBES.2021.100 vom 14. Juli 2022

SO Obergericht, 2022-07-14, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.100\\_d20220714](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.100_d20220714)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.100 du 14 juillet 2022

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.100 del 14 luglio 2022

## Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## Erwägungen

### E. 1

Die Verfügung der IV-Stelle Solothurn vom 25. Mai 2021 sei vollumfänglich aufzuheben.

### E. 2

a) Es sei eine gerichtliche Begutachtung den Fall der Beschwerdeführerin betreffend durchführen zu lassen, dies unter Einbezug der wirbelsäulenorthopädischen, neurologischen und neurootologischen Fachrichtung. b) Eventualiter: Die Sache sei an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit diese nach erfolgten weiteren Abklärungen im Sinne durchgeführter beruflicher und medizinischer Eingliederungsmassnahmen und nach Einholung eines neuen Gutachtens über das Leistungsbegehren der Versicherten neu entscheide. c) Subeventualiter: Es seien der Beschwerdeführerin die ihr zustehenden gesetzlichen Leistungen (inkl. qualifizierte und professionelle berufliche Eingliederungsmassnahmen nach den Bestimmungen der Art. 8 ff. und Art. 14 ff. IVG) nach Massgabe einer Invalidität von mindestens 40 % zuzüglich eines Verzugszinses zu 5% seit wann rechtens gerichtlich zuzusprechen.

### E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG).

Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

#### **E. 4**

4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4).

Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a).

Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1).

4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine

Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1).

5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin könne auf das Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2021 schon deshalb nicht abgestellt werden, weil durch die vier- und damit eindeutig mehrfache Gutachterüberschneidung (Dr. L.\_\_\_\_, Dr. M.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_) in vier Gutachterstellen (N.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_, O.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_) das Zufallsprinzip im Sinne eines Verfahrenskorrektivs nach BGE 137 V 210 ff. und damit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf ein faires Verfahren nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt worden sei. Indem sich nun die C.\_\_\_\_ AG angeschickt habe, das vorliegende Gutachten durch Gutachter erstellen zu lassen, die gleichzeitig für die C.\_\_\_\_ und drei andere Gutachterstellen tätig seien, habe sie nicht nur die Weisung des BSV missachtet, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt. Im vorliegenden konkreten Fall komme erschwerend hinzu, dass zwei Gutachter (Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_) ohne Angabe von Gründen einfach ausgetauscht und durch andere Gutachter (Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_) ersetzt worden seien, welche in offensichtlich der C.\_\_\_\_ zugewandten Gutachterstellen tätig seien. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2021 erweise sich zudem als widersprüchlich, weil dieses der Versicherten sogar in der angestammten Tätigkeit als Bauspenglerin EFZ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiere, dies obwohl die Beschwerdegegnerin bereits mit Beschluss vom 6. März 2014 und mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 rechtskräftig beurteilt und entschieden habe, dass die Versicherte aufgrund ihrer Rückenschmerzen ihre angestammte Tätigkeit als (Bau-) Spenglerin nicht mehr ausüben könne. Genau deshalb sei sie von der IV auch zur Bauzeichnerin umgeschult worden. Die C.\_\_\_\_-Gutachter begründeten nun aber nicht, wie diese wundersame Heilung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit seit 2017 erklärt werden könne. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ spreche sich nicht hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne einer namhaften Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 100 % stattgefunden haben solle. Zudem sei die orthopädische Gutachterin, Dr. med. F.\_\_\_\_, offenbar von einem falschen Referenzzeitpunkt ausgegangen. Obwohl das IV-Verfügungsdatum vom 15. Dezember 2017 den revisionsrechtlich massgeblichen Vergleichs-Referenzzeitpunkt darstelle, behaupte die orthopädische Teilgutachterin auf Seite 55 des Gutachtens, dass die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für den «relevanten Zeitraum ab November 2018» zu erfolgen habe. Des Weiteren sei das C.\_\_\_\_-Gutachten insofern widersprüchlich, als die Gutachter der Beschwerdeführerin einerseits attestierten, aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung des schlanken Habitus der Versicherten würden körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als ungeeignet angesehen, und andererseits zum Schluss kämen, die Beschwerdeführerin sei in der gerichtsnotorisch schweren Tätigkeit als (Bau-)Spenglerin zu 100 % arbeitsfähig. Diese gravierende und auffällige Verwechslung müsse damit erklärt

werden, dass den durchwegs nur deutschen Gutachtern der Beruf mit der spezifisch schweizerischen Bezeichnung «Spenglerin» schlicht nicht habe bekannt gewesen sein können, nenne sich doch dieser Beruf in Deutschland gerichtsnotorisch «Klempnerin». Angaben zum Leistungsprofil fehlten im Gutachten gänzlich. Auch fehle es an einer nachvollziehbaren Begründung, wieso die Experten trotz grundsätzlicher Anerkennung einer Blockwirbelbildung C3/4, einer Spondylosis und einer Rotations skoliose-Fehlhaltung von keiner erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als (Bau-) Spenglerin ausgegangen seien. Hinzukomme, dass als Spenglerin schwere Bauteile, Fassadenteile und auch schwere Werkzeuge (Schweissgerät, Bohrmaschinen und Gasflaschen) über grössere Distanzen (bis zu 500 Meter) selber getragen werden müssten. Wie auch z.B. der Heizungsmonteur müsse auch die Bauspenglerin nicht nur kniend, sondern auch stehend häufig über Kopf arbeiten, denn schwere Fassaden- und Bauteile würden nicht nur bis zu einer Höhe von 1,5 Metern über Grund montiert, sondern häufig auch weitaus höher und teilweise auch unter Dach. Deshalb sei der federführende C.\_\_\_\_-Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ gerichtlich anzufragen, weshalb er in Abweichung von der Auffassung der IV davon ausgegangen sei, dass es sich bei der gerichtsnotorisch schweren Tätigkeit als (Bau-) Spenglerin um eine leichte Tätigkeit handeln solle. Auch was die Abfolge der zeitlichen Unfallereignisse betreffe, verstrickten sich die Gutachter der C.\_\_\_\_ in unlösbare Widersprüche. So werde etwa auf Seite 3 des Gutachtens am 30. April 2019 ein «Sturz im Haushalt wegen des Hundes» beschrieben, wobei der Unfall sich aber auf der Strasse im Quartier der Versicherten und nicht in deren Haushalt ereignet habe. Auf Seite 7 des Gutachtens sei dann aber wiederum die Rede von einem «Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2018». 2018 habe es aber keinen Unfall mit dem Hund gegeben. Nicht besser werde es hinsichtlich des Autounfalles in Australien mit HWS-Distorsionsfolge. Auf Seite 13 des Gutachtens werde die Heckkollision unter Ziff. 19 exakt dem Datum vom 29. Dezember 2017 zugeordnet. Auf Seite 3 werde diese «Auffahrkollision» aber dem Jahre 2018 zugeordnet. Auf Seite 5 des Gutachtens erfolge die Zuordnung wiederum dem Jahre 2017. Des Weiteren erweise sich das Gutachten der C.\_\_\_\_ auch deshalb als widersprüchlich, weil die orthopädische Teilgutachterin Dr. F.\_\_\_\_ der Beschwerdeführerin auf Seite 52 eine massive Limitierung der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit und damit im Ergebnis eine subjektiv ausgeprägte Aggravierung ihrer Beschwerden unterstellt habe, aber gleichzeitig der Internist Dr. med. D.\_\_\_\_ auf Seite 21 des Gutachtens bestätigt habe, dass keine Hinweise auf Aggravation und Simulation vorhanden seien, vielmehr eine gute Kooperation bestehe. Dieser den beiden Teil-Gutachten inhärente Widerspruch sei in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung («Konsensbeurteilung») vom 23. Februar 2021 nicht aufgelöst worden. Angeblich solle aber am 10. Februar 2021 zwischen Dr. D.\_\_\_\_, Frau E.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ G.\_\_\_\_ eine (Konsens-)Besprechung per E-Mail (HIN-geschützt) stattgefunden haben. Unklar sei bis heute, was dort schriftlich «besprochen» worden sei. Von beweisrechtlicher Relevanz sei deshalb der Inhalt dieser «gemeinsamen» E-Mail, weshalb hiermit auch der Antrag auf Herausgabe derselben gestellt werde. Ein weiterer Widerspruch bestehe sodann darin, dass die orthopädische Teilgutachterin die von Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, bei der Versicherten im Bericht vom 24. Juli 2019 noch als «relativ eindrücklich» diagnostizierte Anterolisthese C4/5 auf Seite 51 des Gutachtens lediglich als «diskret» beurteilt habe. Dieser Widerspruch resultiere daraus, dass in der Aktenzusammenfassung auf Seite 15 des Gutachtens der Bericht von Dr. I.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 und das «MRI und Röntgen HWS» lediglich stark verkürzt und summarisch wiedergegeben worden sei, das heisse vor allem ohne deren Qualifizierung als

eindrücklichen Befund. Der H.\_\_\_\_-Röntgenbericht vom 24. Juli 2019 sei als solcher gar nicht erst explizit aufgeführt und auch die entsprechenden Röntgenbilder der H.\_\_\_\_ seien von den Gutachtern der C.\_\_\_\_ offensichtlich gar nicht angefordert und eingesehen worden. Die Beschwerdeführerin habe am Tag der Begutachtung die CD-ROM mit den radiologischen Aufnahmen der H.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 am Schalter der C.\_\_\_\_ abgegeben. Nach der Untersuchung durch Dr. med. F.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin die CD-ROM wieder in Empfang und mit sich nach Hause genommen, ohne dass allerdings Dr. F.\_\_\_\_ diese angesehen habe. Die Rückfrage bei der C.\_\_\_\_ habe ergeben, dass die Gutachterstelle auch keine Kopie der CD-ROM angefertigt habe. Dr. F.\_\_\_\_ sei deshalb gerichtlich anzufragen, ob ihr der H.\_\_\_\_-Röntgenbericht vom 24. Juli 2019 und die sechs-, nicht bloss vierschichtigen Bildaufnahmen vom gleichen Tag vorgelegen hätten und falls ja, weshalb sie den von Dr. I.\_\_\_\_ erhobenen eindrücklichen Bildbefund im Gutachten nicht übernommen, sondern diesen gegenteils als «diskret» abgeschwächt habe. Dabei sei von besonderer Relevanz, dass die Versicherte selber gemäss eigenen Angaben die Röntgenbilder vom 24. Juli 2019 zwar an den Begutachtungstermin bei Dr. F.\_\_\_\_ vom 9. November 2020 mitgenommen und am C.\_\_\_\_-Schalter abgegeben habe, aber nach der Untersuchung wieder mitgenommen habe und sich diese auch nicht bei den IV-Akten befänden. Offensichtlich habe Dr. F.\_\_\_\_ die Bilder gar nicht selber angeschaut und verglichen, wobei es zu den Grundpflichten eines Gutachters gehöre, das bildgebende Material zu beschaffen und persönlich einzusehen. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ erweise sich sodann als widersprüchlich, weil die orthopädische Teilgutachterin Dr. F.\_\_\_\_ die bisherige Behandlung der Versicherten auf Seite 51 als adäquat eingeschätzt habe, gleichzeitig aber auf Seite 54 eine selbständige stabilisierende Wirbelsäulengymnastik zur Kräftigung der autochthonen Wirbelsäulenmuskulatur und zur Erhaltung des Gesundheitszustandes gefordert habe und auf Seite 7 im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zusätzlich eine leitliniengerechte Therapie zur Behebung der Migräne und ihrer Folgen empfohlen worden sei, welche aber bis heute nicht initialisiert worden sei. Nur bei Umsetzung dieser leitliniengerechten Therapie könne von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden: «Unter einer leitliniengerechten Therapie ist nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen». Mit anderen Worten sei im Umkehrschluss die Beschwerdeführerin also ohne Therapie aktuell in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und es bräuchte dann ohnehin zuerst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG, um die arbeits- und leistungsbefähigende Therapie überhaupt erst um- und durchzusetzen. Des Weiteren würden auf Seite 5 des Gutachtens im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 23. Februar 2021 Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche und Sehstörungen als Befunde erhoben, welche zumindest teilweise im Zusammenhang mit dem eher niedrigen Blutdruck stünden. Auch habe der neurologische Gutachter eine behandlungsbedürftige Migräne diagnostiziert. Warum diesen Befunden kein Krankheitswert zukommen solle und sich diese nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten, obwohl die Migräne erst nach erfolgreicher Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit ausschliessen solle, begründeten die Gutachter ebenfalls nicht. Die Versicherte berichte gleichzeitig über nicht voraussehbare, längerdauernde Schwindelanfälle, welche sich mangels Planbarkeit für einen Arbeitgeber als unzumutbar erwiesen. Eine neurootologische Teilbegutachtung sei aber dennoch nicht angeordnet worden, dies obwohl die Versicherte als Kind an Mumps erkrankt und 1998 an beiden Ohren bereits operiert worden sei. Gerade bei Verletzungsbildern der vorliegenden Art (Folgen einer erlittenen und im Bericht von Dr. B.\_\_\_\_ vom 20. November 2019

diagnostizierten HWS-Distorsionsverletzung bei pathologischem HNO-Vorzustand) dränge sich der Beizug eines neurootologischen Gutachters nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf, da es sich hier um mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte handle. Den neurootologischen Testverfahren komme dabei zur Objektivierung von HWS-Distorsionsbeschwerden eine tragende Rolle zu. Wenn ein Gutachten derart viele voneinander abweichende Beurteilungen, innere Widersprüche, fehlerhafte inhaltliche Angaben und Unvollständigkeiten aufweise, könne darauf nicht abgestellt werden und es sei stattdessen eine neue Begutachtung durchzuführen. Schliesslich sei festzuhalten, dass die IV-Verfügung vom 25. Mai 2021, welche der SUVA ebenfalls zugestellt worden sei, auf einer C.\_\_\_-Begutachtung beruhe, welche in Unkenntnis der Unfallfolgen vom 8. April 2021 und somit ohne handchirurgische Teilbegutachtung erfolgt sei. Das C.\_\_\_-Gutachten erweise sich auch unter diesem Gesichtspunkt als unvollständig, zumal die Folgen des Ereignisses vom 8. April 2021 hätten beurteilt werden müssen; ein Ereignis, welches vor dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2021 und somit vor dem Zeitpunkt der Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis datiere. Somit würden die Anträge gestellt, dass die SUVA-Akten im vorliegenden Beschwerdeverfahren beizuziehen seien und zusätzlich ein handchirurgisches Teilgutachten mit dem beantragten Gerichtsgutachten zu veranlassen sei. Bei einer nun klar im Bericht der J.\_\_\_ vom 3. September 2021 bildgebend befundeten fokalen Osteitis ■ mit dem Auslöser des bekannten Unfallereignisses vom 8. April 2021 ■ und angesichts der Stellungnahme von Dr. med. B.\_\_\_ vom 1. September 2021, könne weder die mangelhafte C.\_\_\_- Begutachtung noch die aus der Handverletzung zusätzlich resultierende Arbeitsunfähigkeit der Versicherten verneint werden.

Die Beschwerdegegnerin vertritt die Ansicht, die medizinischen Untersuchungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in Ihrer Tätigkeit als Zeichnerin EFZ 100 % arbeitsfähig sei. Nach der HWS-Distorsion vom 30. April 2019 habe einen Monat eine befristete 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei die Beschwerdeführerin wiederum 100 % arbeitsfähig gewesen. Mit einer geeigneten Anstellung könne sie weiterhin ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Es bestehe keine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Aufgrund des nun im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichts von Dr. med. B.\_\_\_ vom 1. September 2021 sei die Sache aber an die IV-Stelle zur Einholung der SUVA-Akten sowie zur Vornahme allenfalls ergänzender Beweisvorkehren zurückzuweisen.

6. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. Mai 2021 zurecht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin anerkennt im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2022 den Rechtsstandpunkt der Beschwerdeführerin teilweise und unterzieht sich zu einem Teil den in der Beschwerdeschrift gestellten Rechtsbegehren. Wie die Beschwerdeführerin sodann mit Stellungnahme vom 17. Januar 2022 zurecht festgehalten hat, bestehen hinsichtlich des Antrags der Beschwerdegegnerin auf Rückweisung zu weiteren Abklärungen übereinstimmende Parteianträge. Dieser Antrag ist nachfolgend auf seine Übereinstimmung mit Tatbestand und Gesetz zu überprüfen.

6.1 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung ■

vorliegend am 15. Dezember 2017 ■ bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 25. Mai 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Da aber die Rentenabweisung mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern aufgrund dessen, dass die Beschwerdeführerin ihre Umschulung zur Zeichnerin mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis erfolgreich abschloss und damit als erfolgreich eingegliedert galt (vgl. Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der IV-Stelle Solothurn; IV-Nr. 54), kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanschuldung vom 22. November 2019 wie eine Erstanmeldung zu behandeln.

Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1.1 Im Bericht vom 26. November 2012 (IV-Nr. 6, S. 2) hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Status nach lateraler Meniscusrefixation sowie Resektion zweier Plicae rechts am 19. August 2011. Der Verlauf sei komplikationslos. Sie habe keine Stürze mehr erlitten wie im Dezember, nach Anlaufen verspüre sie jedoch noch bisweilen ein Stechen, tagsüber bessernd. Keine Beschwerden, die ähnlich wie präoperativ wären. Dagegen bestünden Beschwerden Mitte Rücken bis Kreuz, ziehend teils über die rechte Hüfte lateral, teils brennend, offenbar zeige das CT der LWS eine Discushernie L5-S1 mit S1 Reizung links sowie eine leichte Skoliose. Zur Beurteilung hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_ fest, einerseits bestehe eine LWS-Problematik mit einer bekannten mässigen Diskushernie, die Sensibilitätsstörungen rechts dürften einer Meralgie entsprechen. Es seien auch der Tensor und der Tractus wie auch der Rectus femoris verkürzt, durch die systematische Dehnung in der Physiotherapie und im Heimprogramm dürfte auch diese Problematik zu bessern sein.

6.1.2 Im Bericht des R.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2018 (IV-Nr. 70.14) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Die Beschwerdeführerin habe sich vor etwa drei Wochen den Fuss unklar verdreht, als sie von einem Mäuerchen gesprungen sei. Anschliessend Schmerzen im Bereich des medialen Fussgewölbes, insbesondere bei Belastung, keine Ruheschmerzen. Seitens der Wunde am Oberschenkel noch diskrete Beschwerden, hier Fadenentfernung nächste Woche beim Hausarzt. In der Vorgeschichte mehrfache Sprunggelenksdistorsionen. Mittlerweile bereits regrediente Beschwerden ohne Ruhigstellung. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden liessen sich klinisch nicht auf eine Tibialis posterior Tendinopathie zurückführen, MR-tomographisch sei lediglich der Ansatzbereich etwas verändert. Es finde sich jedoch eine ganglionartige Struktur plantar des TMT-II/III-Gelenks, wobei dieses möglicherweise von der Peroneus longus Sehne ausgehe. Lokal bestehe eine leichte Druckdolenz, so dass von einer Traumatisierung des ansonsten asymptomatischen Ganglions auszugehen sei.

6.1.3 Im Bericht vom 11. Dezember 2018 (IV-Nr. 70.14) diagnostizierten lic. phil. S.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSB, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ICD-10 F43.21. Es sei keine Medikation verschrieben worden. Da die Beschwerdeführerin die nach dem Paargespräch vereinbarte Einzelsitzung nicht eingehalten und sich auch auf die

Comboxmitteilung der Referentin nicht gemeldet habe, gehe man davon aus, dass sie keine weitere Unterstützung wünsche.

6.1.4 Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 28. Mai 2019 (IV-Nr. 70.57) folgende Diagnosen:

HWS-Distorsion am 30. April 2019

Der Verlauf in den letzten beiden Wochen sei gut mit allerdings noch deutlicher paravertebraler Verspannung der Nackenmuskulatur beidseits und schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit. Weiterführen der begonnenen Behandlung, Analgesie, Myorelaxation, Physiotherapie. Arbeitsunfähigkeit 100 % bis zum 9. Juni 2019.

6.1.5 Dr. med. U.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 25. Juni 2019 (IV-Nr. 76.81) aus, die Beschwerdeführerin melde sich erneut wegen persistierenden lokalen Schmerzen und Muskelverspannungen im Nackenbereich. Die Akupunktur habe diese Schmerzen eher verstärkt. Die Wiederaufnahme der Arbeit am 18. Juni 2019 habe nicht erfolgen können. Nach wie vor bestehe eine starke Einschränkung sowohl der links-rechts-Rotation als auch der Seitneigung, Flexion und Extension. Kein paravertebraler Muskelhartspann. Weicher Trapezius. Er, Dr. med. U.\_\_\_\_, finde kein anatomisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin empfundenen starken Schmerzen.

6.1.6 Im Bericht des Röntgeninstituts H.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 70.37) betreffend MRI und Röntgen der Halswirbelsäule wurde zur Beurteilung festgehalten: Streckhaltung, linkskonvexe Skoliose. Kongenitaler Blockwirbel C 3/4, rudimentär angelegtem Discus intervertebralis, Fusion der kleinen Wirbelgelenke linksbetont. Chondrose C4/5, C5/6 und C6/7 diskret dorsalem Bulging, keine zervikale Diskushernie. Beginnende Spondylarthrose. Kein Hinweis auf traumatische ossäre- oder ligamentäre Läsion. Eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in Inklinasion mit leichtgradiger Überbeweglichkeit im Segment C4/5, keine Instabilität auf Höhe C6/7.

6.1.7 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 70.36) folgende Diagnosen:

Die Beschwerdeführerin komme plangemäss zur Besprechung der stattgehabten Bildgebung (Funktionsaufnahmen und MRI der Halswirbelsäule von heute, 24. Juli 2019, Röntgeninstitut H.\_\_\_\_). Es bestehe ein relativ eindrücklicher Befund einer Anterolisthese C4/5, bereits in der liegenden Stellung im MRI sichtbar, in Inklinasion auf 3 mm zunehmend und in Reklination komplett reponierend. Bei C5/6 bestehe ebenfalls eine sehr diskrete Anterolisthese. Im MRI bestünden eine diskrete Diskopathie C4/5 mit leichter Dehydratation und leichtem Bulging sowie diskrete Osteochondrosen C5/6 und C6/7. Zusammenfassend bestehe eine radiologische Instabilität C4/5, die möglicherweise durch ein Hyperflexionstrauma mit Überdehnung der dorsalen Strukturen der Halswirbelsäule entstanden sei.

6.1.8 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 20. November 2019 (IV-Nr. 70.28) aus, er sehe in der heutigen Sprechstunde eine Patientin nach stattgehabtem Sturzereignis mit HWS-Distorsion vom 30. April 2019. Es handle sich hierbei um einen prolongierten Heilungsverlauf mit nach wie vor bestehenden deutlichen Schmerzen im Sinne eines cervicocephalen Syndromes.

Die geklagte Schmerzproblematik sei derart heftig, dass der Tagesablauf offensichtlich gestört sei und durch die Schmerzattacken deutliche Einschränkung finde. Lokal

imponierten im Bereich der oberen HWS eine deutlich druckdolente Muskulatur sowie auf Druckreiz sich aufbauende Schmerzen nach supraorbital sowie abstrahlen im Verlauf der Muskulatur nach dorsal zwischen die Schulterblätter. Radiologisch fänden sich Auffälligkeiten, die die Beschwerdesymptomatik weiterhin erklären liessen, vor allen Dingen im Hinblick auf die sich ergebende richtungsweisende Verschlimmerung durch das Unfallereignis.

6.1.9 Dr. med. V. \_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 (IV-Nr. 76.10) aus, bei der Beschwerdeführerin sei es am 30. April 2019 zu einem Stolpersturz in Zusammenhang mit ihrem Hund gekommen, sie sei nach vorne auf beide Hände gefallen, es sei nicht zu einer äusseren Verletzung im Kopf- und Gesichtsbereich gekommen. Sie habe zunächst noch zwei Tage arbeiten gehen können, dann hätten aber die Beschwerden zugenommen und seien seither eigentlich konstant geblieben. Es werde ein buntes Beschwerdebild beschrieben mit im Vordergrund stehenden ständigen zervikalen Beschwerden und intermittierenden Ausstrahlungen zum Kopf sowie zu allen Extremitäten verbunden mit weiteren Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit, Zittern an den Extremitäten, Sehstörungen und Müdigkeit. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei normal, es zeige sich ein diskretes Horner-Syndrom rechts, welches als physiologische Variante eingestuft werden könne. Es bestünden keine sensomotorischen radikulären Defizite an den Extremitäten, es fänden sich auch keine Hinweise für eine zentralnervöse Schädigung. Die anamnestische Schilderung der Kopfschmerzen bereits in der Jugend lasse am ehesten an eine Migräne ohne Aura denken, diese Kopfschmerzen hätten offenbar seit dem Unfall vom April 2019 an Häufigkeit zugenommen. Aufgrund der Heckkollision im Dezember 2017 in Australien hätten diese Beschwerden zugenommen. Das Ansprechen auf die bisherigen therapeutischen Massnahmen sei an sich als durchaus paradox einzustufen, weil die Symptomatik nach den verschiedensten Behandlungen jeweils zugenommen habe. Dieser Verlauf sei sicherlich bemerkenswert, vom Neurochirurgen sei der Verdacht auf eine Somatisierung geäussert worden. Aus neurologischer Sicht könne aktuell festgehalten werden, dass keine traumatisch bedingten Schäden im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems nachgewiesen werden könnten. Die Kopfschmerzen seien im Sinne einer Migräne zu interpretieren und nicht verdächtig für einen sekundären oder gefährlichen Kopfschmerz. Das Vorliegen eines zervikogenen Kopfschmerzes oder eines chronischen Kopfschmerzes nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma könne aufgrund der aktuellen diagnostischen Kriterien der internationalen Kopfwehgesellschaft von 2018 nicht bestätigt werden. Es ergebe sich dementsprechend zurzeit aus neurologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei somit aus neurologischer Sicht zurzeit für sämtliche Tätigkeiten nicht eingeschränkt.

6.1.10 Im polydisziplinären C.\_\_\_-Gutachten vom 23. Februar 2021 (IV-Nr. 100.1; Fachrichtungen: Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Innere Medizin) wurden folgende Diagnosen gestellt:

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Keine.

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Die von der Versicherten aus internistischer Sicht geschilderten Symptome Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche und Sehstörung könnten zumindest teilweise

durchaus in Zusammenhang stehen mit dem eher niedrigen Blutdruck, den sie ebenfalls angebe. Dieser bestätige sich bei der heutigen Untersuchung und müsse als konstitutionell angesehen werden. Es ergebe sich hieraus insgesamt kein Krankheitswert. Krankheitswertige Diagnosen könnten allgemein auf internistischem Gebiet nicht gestellt werden. Es lägen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Sodann wurde in psychiatrischer Hinsicht ausgeführt, eine Anpassungsstörung gemäss F43.2 liege aktuell, bei fehlenden affektiven Symptomen, nicht vor. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.10) liege ebenfalls nicht vor, da diese Diagnose gemäss ICD-10 unter anderem voraussetze, dass sowohl hinsichtlich Entstehung als auch Verlauf der Schmerzen emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme die Hauptursache darstellten (Formulierung ICD-10: «Einschneidende ursächliche Einflüsse»). Dies sei bei der Versicherten nicht der Fall. Aus orthopädischer Sicht stellten sich in den aktuellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule einschliesslich Funktionsaufnahmen in Inklination und Reklination vom 27. Januar 2021 lediglich die bekannte angeborene Blockwirbelbildung im Segment HWK 3/4 sowie eine konsekutiv gering vermehrte Beweglichkeit im Segment HWK 4/5 dar, die die von der Versicherten angegebenen Schmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in beide Arme jedoch nicht erklärten. In den Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule vom 27. Januar 2021 hätten eine mässige ventralbetonte Spondylosis sowie Schmorl'sche Knorpelknötchen als Hinweise auf einen abgelaufenen Morbus Scheuermann in der unteren Brustwirbelsäule und dem thorakolumbalen Übergang bestanden, die die im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung angegebenen Schmerzen im Bereich der gesamten Brustwirbelsäule nur zum (geringen) Teil erklärten. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 27. Januar 2021 zeige sich bis auf die angeborene minime linkskonvexe Rotations skoliosefehlhaltung der mittleren und oberen Lendenwirbelsäule ein regelrechter radiologischer Untersuchungsbefund. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden daher für die angegebenen Missempfindungen an beiden Oberschenkel-Innenseiten, das Zittern und die gelegentlich auftretende Instabilität in beiden Beinen keine entsprechenden pathologischen Korrelate. Zusammenfassend bestünden von orthopädisch-traumatologischer Seite keine Erkrankungen der Versicherten, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Sodann wurde in neurologischer Hinsicht festgehalten, klinisch-neurologisch liege ein vollständig regelrechter Untersuchungsbefund vor. Die Anamnese spreche für das Vorliegen einer Migräne ohne Aura. Hierbei handle es sich um eine grundsätzlich behandelbare Krankheit. Aktuell erfolge keinerlei Therapie. Unter einer leitliniengerechten Therapie sei nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen. Zusammenfassend wurde aus interdisziplinärer Sicht festgehalten, aus orthopädischer Sicht würden unter Berücksichtigung des schlanken Habitus der Versicherten körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als ungeeignet angesehen. Weitere Einschränkungen seien fachübergreifend nicht gesehen worden. Aufgrund der anhaltenden subjektiven, therapieresistenten Wirbelsäulenschmerzen wäre eine wechselbelastende Tätigkeit in Übereinstimmung mit der subjektiven Einschätzung der Versicherten, auch wenn streng genommen keine stringenten medizinischen Gründe dafür vorlägen, sinnvoll.

6.1.11 Im Bericht der J. \_\_\_ betreffend das MRT der rechten Hand vom 3. September 2021 (B [Beschwerdebeilage] 19) wurde zur Beurteilung festgehalten:

6.1.12 Mit Bericht vom 1. September 2021 hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ auf die Frage des Vertreters der Beschwerdeführerin, wie er die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit (Unfall vom 8. April 2021: Handgelenk, Arm, Ellbogen) in der angestammten Tätigkeit als Bauspenglerin und in einer angepassten Tätigkeit beurteile, Folgendes fest: Aufgrund der vorliegenden Befunde aus dem Departement für Orthopädie und auch aus der Handchirurgie des R.\_\_\_\_ halte er, Dr. med. B.\_\_\_\_, eine Arbeitsfähigkeit im Berufsbild der Bauspenglerin EFZ nicht für gegeben. Es bestehe aus seiner Sicht für diese Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der erlittenen Verletzungen, welche in den Akten dokumentiert seien. Des Weiteren liege eine Bildgebung vor, die diese Verletzung bestätigt habe (Ultraschalldiagnostik Handchirurgie). In einer angepassten Tätigkeit (die Probandin habe ja einen Zweitberuf als Hochbauzeichnerin) bestehe sicherlich eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 ■ 60 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte nur moderat handbelastend sein, respektive mit der Gegenseite ausführbar sein. Aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik halte er hier einen erhöhten Pausenbedarf für notwendig (ca. 15 ■ 20 Minuten pro Arbeitsstunde zum Ausführen des ergotherapeutisch erlernten Übungsprogramms), woraus sich das reduzierte Arbeitspensum welches oben genannt sei, ergebe. Weiter führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, aufgrund der vorliegenden Verletzungsmuster und der nach wie vor bestehenden Belastungseinschränkung der betroffenen oberen Extremität (rechter Ellenbogen und Hand der Rechtshänderin) liege aktuell eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, wobei man hier konstatieren müsse, dass der medizinische Endzustand hinsichtlich des Unfalls vom 8. April 2021 noch nicht erreicht sei. Diesbezüglich sollte noch eine weitere Therapie erfolgen. Unter optimalem Umsetzen der Therapie erachte er das Erreichen des medizinischen Zustandes im Zeitraum der nächsten sechs Monate für realistisch. Aufgrund des jungen Alters der Beschwerdeführerin wäre eine volle Arbeitsfähigkeit wieder anzustreben. In Bezug auf die Unfallfolgen des genannten Unfalls vom 8. April 2021 erscheine dies innerhalb der nächsten sechs Monate für realisierbar.

7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Februar 2021 (IV-Nr. 100.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

7.1

7.1.1 Vorweg ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die C.\_\_\_\_, [...], dadurch, dass sie das vorliegende Gutachten durch Gutachter habe erstellen lassen, die gleichzeitig für die C.\_\_\_\_, [...], und drei andere Gutachterstellen tätig seien, nicht nur die Weisung des BSV missachtet, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt habe. Sodann komme erschwerend hinzu, dass zwei Gutachter (Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_) ohne Angabe von Gründen einfach ausgetauscht und durch Gutachter (Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_) ersetzt worden seien, welche in offensichtlich der C.\_\_\_\_, [...], zugewandten Gutachterstellen tätig seien.

7.1.2 Bevor die IV-Stelle den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten vergibt (d.h. ein Gutachten, das wie im vorliegenden Fall drei oder mehr Fachdisziplinen umfasst), teilt sie der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharzttiteln mit (Rz 2077.8 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, Stand am 1. Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 Bundesgesetz über den

Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.).

Die vorgenannten Verfahrensvorschriften wurden auch im vorliegenden Verfahren eingehalten (vgl. IV-Nrn. 91 und 96). Die Beschwerdeführerin hat es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die gerügten Überschneidungen mit anderen Gutachterstellen innert der ihr gesetzten Frist zu beanstanden. Einwendungen sind nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Damit ist der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt. Daran ändert der Umstand nichts, dass die Beschwerdeführerin erst nach der erfolgten Begutachtung durch Rechtsanwalt Wyssmann vertreten wurde. Somit ist auf die diesbezüglichen Rügen (E. II. 7.1.1 hiervor) nicht einzutreten.

7.2 Nachfolgend ist sodann wie erwähnt der Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens zu prüfen. Das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

7.2.1 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.7) wurde ausgeführt, anlässlich der hiesigen neurologischen Untersuchung habe die Versicherte über ständige Nackenschmerzen nach einem Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2019 geklagt. Ferner bestehe eine Migräne mit Aura seit der Jugend. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe starker Nackenschmerzen auch während der hiesigen neurologischen Untersuchung einerseits, sowie dem Fehlen jedweder Schmerzäusserung andererseits und einem vollständig regelrechten klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund mit auch fehlenden nervalen Dehnungszeichen. Die angegebenen Nackenschmerzen fänden keine organoneurologische Erklärung. Der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund habe einen normalen Hirnnervenstatus gezeigt, manifeste oder latente Paresen hätten nicht vorgelegen. Die Muskeleigenreflexe hätten sich seitengleich auf schwachem bis mittellebhaftem Niveau auslösbar gezeigt und zeigten intakte Reflexbögen an. Hinweise auf eine Rückenmarksschädigung hätten sich nicht ergeben. Bei der Prüfung der Sensibilität sei für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden. Auch die koordinativen und vegetativen Funktionen zeigten sich in allen Einzelheiten regelrecht. Hinweise auf das Vorliegen nervaler Dehnungszeichen hätten sich weder zervikal noch lumbal ergeben. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Zusammenfassend liege klinisch-neurologisch ein vollständig regelrechter Untersuchungsbefund vor. Die Anamnese spreche für das Vorliegen einer Migräne ohne Aura. Hierbei handle es sich um eine grundsätzlich behandelbare Krankheit. Aktuell erfolge keinerlei Therapie. Es bestehe keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

7.2.2 Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.6) wurde festgehalten, im MRI der Halswirbelsäule vom 24. Juli 2019 stellten sich keine relevanten degenerativen Veränderungen oder Nervenwurzelkompressionen dar. Hinweise auf eine Reizung zervikaler Nervenwurzeln hätten auch aktuell bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann und seitengleich vollständig vorführbaren Handfunktionen nicht bestanden. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule

einschliesslich Funktionsaufnahmen in Inklinatation und Reklination vom 27. Januar 2021 stellten sich lediglich die bekannte angeborene Blockwirbelbildung im Segment HWK 3/4 sowie eine konsekutiv gering vermehrte Beweglichkeit im Segment HWK 4/5 dar, die die von der Versicherten angegebenen Schmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in beide Arme jedoch nicht erklärten. In den Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule vom 27. Januar 2021 hätten eine mässige ventralbetonte Spondylosis sowie Schmorl'sche Knorpelknötchen als Hinweise auf einen abgelaufenen Morbus Scheuermann in der unteren Brustwirbelsäule und dem thorakolumbalen Übergang bestanden, die die im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung angegebenen Schmerzen im Bereich der gesamten Brustwirbelsäule nur zum (geringen) Teil erklärten. Die Lendenwirbelsäule mit vermehrter Lordose sei frei beweglich gewesen. Eine Abweichung der sagittalen Ebene im Sinne einer geringen linkskonvexen lumbalen Skoliose habe sich mit einem geringen Lendenwulst links dargestellt. Die bei der Oberkörper-Seitneigung nach beiden Seiten angegebenen Schmerzen an der jeweiligen Seite des dorsalen Schultergürtels seien anatomisch nicht nachvollziehbar. Hinweise auf eine Reizung lumbaler Nervenwurzeln hätten bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann, seitengleich vorführbaren Gangvarianten und der tiefen Hocke sowie beidseits negativem Zeichen nach Lasègue und Bragard nicht bestanden. Bei fehlender Druckschmerzangabe, beidseits negativem Patrick-Zeichen und fehlendem Vorlaufphänomen hätten sich auch keine Hinweise auf eine bestehende Reizung oder Blockierung der Iliosakralgelenke gezeigt. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 27. Januar 2021 zeige sich bis auf die angeborene minime linkskonvexe Rotations skoliosefehlhaltung der mittleren und oberen Lendenwirbelsäule ein regelrechter radiologischer Untersuchungsbefund. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden daher für die angegebenen Missempfindungen an beiden Oberschenkel-Innenseiten, das Zittern und die gelegentlich auftretende Instabilität in beiden Beinen keine entsprechenden pathologischen Korrelate. Gestützt auf die umfassende Befunderhebung und Diagnosestellung vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie das aus orthopädischer Sicht festgelegte Zumutbarkeitsprofil zu überzeugen: Die nur geringgradigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule bedingten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Dafür spreche auch der fehlende Schmerzmittelbedarf der Versicherten. Eingliederungsmassnahmen seien daher von orthopädisch-traumatologischer Seite ab sofort in vollem Umfang möglich. Lediglich aufgrund der schlanken körperlichen Konstitution der Versicherten würden körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Arbeiten als ungeeignet beurteilt. Sodann setzte sich die orthopädische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise mit der entgegenstehenden Beurteilung von Dr. med. B. \_\_\_ auseinander, wonach der Versicherten das Heben und Tragen von Lasten von maximal 5 kg und nur für ca. 3 ■ 4 Stunden zumutbar seien, während im Haushalt eine Einschränkung von 50 ■ 70 % bestehe. Hierzu hielt die orthopädische Gutachterin fest, es scheine, als ob diese Einschätzung mit massiver Limitierung der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit der Versicherten lediglich auf den Angaben der Versicherten selbst beruhen würde. Bei der Versicherten bestünden radiologisch jedoch nur geringgradige degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule ohne Kompressionen von Nervenwurzeln, die keine relevante Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit begründeten. Bei fehlenden entsprechenden klinischen und radiologischen Korrelaten für die von der Versicherten angegebene Art und den Schweregrad der Beschwerden seien die postulierten körperlichen und zeitlichen

Einschränkungen von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehbar.

7.2.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.3) wurde ausgeführt, die von der Versicherten geschilderten Symptome Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche und Sehstörungen könnten zumindest teilweise durchaus in Zusammenhang stehen mit dem eher niedrigen Blutdruck, den sie ebenfalls angebe. Dieser bestätige sich bei der heutigen Untersuchung und müsse als konstitutionell angesehen werden. Es ergebe sich hieraus insgesamt kein Krankheitswert. Krankheitswertige Diagnosen könnten allgemein auf internistischem Gebiet nicht gestellt werden. Letztendlich nicht recht verständlich sei, weswegen die Versicherte in ihrem zweiten erlernten Beruf als Hochbauzeichnerin nicht, zumindest zeitweilig, tätig sei. In der Bewältigung des Alltags schein es keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen zu geben, was insgesamt gegen eine höhergradige Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit spreche. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die Ausführungen des internistischen Teilgutachters zu überzeugen, zumal dessen Einschätzung keine Berichte von behandelnden internistischen Ärzten entgegenstehen.

7.2.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.4) wurde festgehalten, die Versicherte zeige sich im Erstkontakt zugewandt und situationsadäquat. Ein tragfähiger Kontakt sei rasch herstellbar und durchgehend aufrecht zu erhalten. Die Auffassung sei nicht erschwert, die Konzentration nicht beeinträchtigt, auch nicht gegen Ende der Untersuchung. Es würden subjektiv Konzentrationsstörungen angegeben. Sodann lägen keine Hinweise für intellektuelle Defizite vor, die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten (autopersonell, situativ, zeitlich, örtlich) vollständig orientiert. Sie spreche mit gut modulierter Stimme in adäquater Geschwindigkeit. Der formale Gedankengang sei geordnet, es zeigten sich in der Untersuchungssituation keine Wahngedanken, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen, auch anamnestisch ergäben sich keine Hinweise auf diesbezügliche psychopathologische Auffälligkeiten. Die Merkfähigkeit, das Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor. Die Intelligenz zeige sich im klinischen Überblick im Normbereich. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht. Ambivalenz oder Ambitendenz beständen nicht. Der Antrieb sei nicht reduziert. Gestik und Mimik seien überwiegend ruhig, Stimmung und Affekt würden psychomotorisch synthym unterstrichen. Die Versicherte zeige sich themenbezogen in teils sorgenvoller Stimmung. Über neutrale Themen sei sie aber gut auflockerbar und modulierbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Es bestünde keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz. Keine Interesselosigkeit und kein sozialer Rückzug. Zwangssymptome oder phobische Ängste lägen nicht vor. Von der Persönlichkeit her sei sie verträglich, offen, keine Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten, es lägen keinerlei Hinweise für paranoide Denkinhalte vor. Es bestehe eine mittelmässige Motivation, einen entsprechenden Job zu finden. Die Versicherte hoffe eher auf die Auszahlung einer Rente. Es beständen Ein- und Durchschlafstörungen. Der Appetit sei normal. Die Versicherte berichte sodann, sie sei im Jahr 2018 für etwa zwei Monate bei Frau Dr. W.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen, um ein Problem aus ihrer Vergangenheit aufzuarbeiten. Diese Behandlung habe ihr geholfen. Es habe keine psychopharmakologische Behandlung stattgefunden. Gestützt auf die

vorstehende Befunderhebung vermögen schliesslich die gutachterlichen Ausführungen zu möglichen Diagnosen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Eine Anpassungsstörung gemäss F43.2 liege aktuell, bei fehlenden affektiven Symptomen, nicht vor. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.10) liege ebenfalls nicht vor, da diese Diagnose gemäss ICD-10 unter anderem voraussetze, dass sowohl hinsichtlich Entstehung als auch des Verlaufs der Schmerzen emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme die Hauptursache darstellten (Formulierung ICD-10: «Einschneidende ursächliche Einflüsse»). Dies sei bei der Versicherten nicht der Fall. In den Unterlagen befinde sich der Bericht von Dr. med. T. \_\_\_ vom 11. Dezember 2018. Dort werde die Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gestellt, wobei die Behandlung nur vereinzelte Male stattgefunden habe, da sie nach zwei Monaten von der Versicherten wieder abgebrochen worden sei. Es bestehe somit in psychiatrischer Hinsicht in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit nie eingeschränkt gewesen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.2.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht ■ dies zumindest seit dem frühestmöglich relevanten Beginn eines allfälligen Wartejahres per Mai 2019 (Anmerkung: Die Neuanmeldung erfolge per 22. November 2019, womit ein Rentenanspruch frühestens per Mai 2020 hätte entstehen können; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

7.3 Der Beweiswert des Gutachtens der C. \_\_\_, wird schliesslich auch nicht durch die entgegenstehenden Berichte behandelnder Ärzte oder die Rügen der Beschwerdeführerin geschmälert. Wie bereits vorstehend unter E. II. 6.1 hiervor festgehalten, erfolgte die Rentenabweisung mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten, sondern weil die Beschwerdeführerin ihre Umschulung zur Zeichnerin mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis erfolgreich abgeschlossen hatte und damit als erfolgreich eingegliedert galt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin fand weder vor Erlass des Beschlusses vom 6. März 2014, worin der Beschwerdeführerin die Kostenübernahme für eine Umschulung zur Zeichnerin EFZ zugesprochen wurde, noch vor Erlass der leistungsabweisenden Verfügung vom 15. Dezember 2017 eine umfassende Beurteilung der medizinischen Akten statt. Die RAD-Ärztin hielt lediglich im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 4. Februar 2013 (IV-Nr. 19) als Vorabbeurteilung Folgendes fest: Bei der Versicherten bestünden Einschränkungen für körperliche Arbeiten. Die Beschwerden träten bei länger anhaltenden einseitigen Belastungen auf. Aufgrund der vorliegenden Befunde und der beschriebenen Beschwerden sollte schweres Heben und Tragen und Arbeiten in Zwangshaltungen vermieden werden. Ideal sei eine Tätigkeit, bei der ein regelmässiger Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen möglich sei. Eine Allergenexposition sei zu vermeiden. Die Wiedereingliederung in die erlernte Tätigkeit als Spenglerin sei als ungünstig einzuschätzen. Mit einem Wiederauftreten der Beschwerden beziehungsweise mit einer Verschlechterung sei zu rechnen. Eine Umorientierung in eine angepasste Tätigkeit sei zu empfehlen. Auf diese Einschätzung der RAD-Ärztin stützte sich in der Folge auch der Umschulungsbeschluss der

Beschwerdegegnerin vom 6. März 2014 ab, ohne jedoch vorher diesbezüglich vertiefte ärztliche Abklärungen zu veranlassen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde demnach aus medizinischer Sicht nicht verbindlich festgestellt, dass der Beschwerdeführerin die damalige Tätigkeit als Bauspenglerin nicht mehr zumutbar wäre. Die C.\_\_\_-Gutachter hatten diesbezüglich somit keine vergleichende Beurteilung vorzunehmen und auch keine allfällige Verbesserung zu begründen.

Sodann rügt die Beschwerdeführerin, es sei widersprüchlich, wenn die C.\_\_\_-Gutachter einerseits körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Arbeiten als ungeeignet beurteilten, aber andererseits den bisherigen Beruf als Spenglerin weiterhin als zumutbar erachteten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mittelschwere bis schwere Arbeiten nicht wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, sondern wegen des schlanken Habitus der Beschwerdeführerin als ungeeignet angesehen werden, und dass sich der Schweregrad des Spenglerberufs gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen lässt. Diese Frage kann aber ohnehin offenbleiben, da die C.\_\_\_-Gutachter für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit alternativ auch eine solche Beurteilung für die Tätigkeit als Zeichnerin EFZ vorgenommen haben, worauf denn auch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung abstellt, was nicht zu beanstanden ist. Demnach kann auf die von der Beschwerdeführerin beantragten Parteibefragung sowie die Befragung des C.\_\_\_-Gutachters, Dr. med. D.\_\_\_, verzichtet werden (s. Rechtsbegehren 5 und 6), womit die diesbezüglichen Beweisanträge abzuweisen sind.

Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.\_\_\_-Gutachtens verstrickten sich die Gutachter hinsichtlich der Unfallereignisse in unlösbare Widersprüche. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass in der interdisziplinären Beurteilung im C.\_\_\_-Gutachten hinsichtlich der Unfälle zwar teilweise widersprüchliche Angaben enthalten sind. So wurde der Auffahrunfall in Australien mal korrekt auf den 29. Dezember 2017 und mal fälschlicherweise auf das Jahr 2018 datiert. Zudem wurde der Unfall mit ihrem Hund einerseits korrekt dem 30. April 2019 und andererseits fälschlicherweise dem Jahr 2018 zugeordnet. Des Weiteren wurde mal von einem Sturz im Haushalt mit ihrem Hund berichtet, wobei sich dieser Unfall draussen ereignet hat. Jedoch ist hierzu relativierend festzuhalten, dass ein Grossteil der genannten Angaben bereits in den Vorakten teilweise falsch wiedergegeben wurden: So betreffend den Auffahrunfall (s. Bericht der Suva vom 24. Februar 2020 betreffend Vorlage Versicherungsmedizin; IV-Nr. 76.9) und den vermeintlichen Sturz im Haushalt wegen des Hundes (s. RAD-Anfrage, 12. August 2020; IV-Nr. 88). Was schliesslich die Angabe ■ «Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2018» ■ auf Seite 7 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.\_\_\_-Gutachtens (IV-Nr. 100.1) anbelangt, so handelt es sich hierbei klarerweise um einen Verschieb. So wird im genannten Absatz der Inhalt des neurologischen Teilgutachtens wiedergegeben. Im betreffenden Abschnitt des neurologischen Teilgutachtens (s. IV-Nr. 100.7, S. 7) wurde aber korrekt von einem «Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2019» gesprochen. Somit vermögen die genannten Widersprüche den Beweiswert des C.\_\_\_-Gutachtens ebenfalls nicht zu entkräften, zumal diese unterschiedlichen Angaben für die gutachterliche Beurteilung ohnehin nicht von Relevanz sind.

Sodann rügt die Beschwerdeführerin, das Gutachten der C.\_\_\_ erweise sich als widersprüchlich, weil einerseits die orthopädische Gutachterin der Beschwerdeführerin eine massive Limitierung der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit und damit Aggravation unterstellt habe und andererseits der internistische Gutachter bestätigt habe, dass keine

Hinweise auf Aggravation und Simulation vorhanden seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass alleine aus einer diesbezüglich unterschiedlichen Beurteilung in verschiedenen Fachbereichen kein Widerspruch abgeleitet werden kann. Hinzu kommt, dass aus internistischer Sicht keine wesentlichen Beschwerden geltend gemacht wurden und dementsprechend auch keine Diagnosen vorliegen, weshalb es nicht erstaunt, dass der Beschwerdeführerin in diesem Bereich keine subjektive Limitierung attestiert wurde. Dagegen sind aus orthopädischer Sicht langjährige Beschwerden und Diagnosen aktenkundig. Zusammenfassend stellt demnach die im orthopädischen Teilgutachten festgestellte Limitierung keinen Widerspruch zur internistischen Beurteilung dar. Bereits aus diesem Grund besteht kein Anlass, den E-Mail-Verkehr der Gutachter betreffend Konsensbesprechung einzuholen, wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wurde. Diesbezüglich ist zudem auf die geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen eines Gutachters besteht. Handnotizen, welche ein Gutachter selbst anlässlich einer von ihm durchgeführten Exploration erstellt hat, haben die Funktion einer Gedankenstütze oder eines Hilfsmittels für die Erstellung eines Gutachtens. Dies heisst aber auch, dass sie ihren Zweck mit der Ausarbeitung des Gutachtens erfüllt hätten. Das Gleiche muss ebenfalls hinsichtlich des E-Mailverkehrs zwischen den Gutachtern gelten, welcher der Konsensbildung diene. Derartigen Arbeitsunterlagen geht der Beweischarakter ab und ein Anspruch auf Einsicht in dieselben ist zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_591/2010 vom 20. Dezember 2010 E. 5). Somit ist der diesbezügliche Beweisanspruch (s. Rechtsbegehren 3, E. I. 3 hiavor) abzuweisen.

Soweit die Beschwerdeführerin weiter geltend macht, die C.\_\_\_\_-Gutachter seien anstatt vom Verfügungszeitpunkt vom 15. Dezember 2017 als wesentlichem Referenzzeitpunkt vom November 2018 ausgegangen, ist wiederum auf das bereits unter E. II. 6.1 hiavor Gesagte zu verweisen, wonach vorliegend eben keine vergleichende Beurteilung analog einer Rentenrevision stattzufinden hat. Zwar erscheint es nicht ganz nachvollziehbar, weshalb die Gutachter den Verlauf der Arbeitsfähigkeit erst ab dem November 2018 beurteilten. Möglicherweise nahmen sie fälschlicherweise an, dies sei angesichts der Neuanschuldung vom 22. November 2019 der frühestmögliche Beginn des Wartejahres. Aber auch wenn der von den Gutachtern als Referenzzeitpunkt festgelegte November 2018 schlussendlich nicht weiter Belang ist, hat dies auf die gutachterliche Gesamtbeurteilung keinen beweis mindernden Einfluss, zumal der Verlauf der Arbeitsfähigkeit ausreichend beurteilt wurde.

Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, ein weiterer Widerspruch bestehe darin, dass die orthopädische Teilgutachterin die von Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, bei der Versicherten im Bericht vom 24. Juli 2019 noch als «relativ eindrücklich» diagnostizierte Anterolisthese C4/5 auf Seite 51 des Gutachtens lediglich als «diskret» beurteilt habe. Dem ist entgegenzuhalten, dass auf Seite 51 des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht die Anterolisthese C4/5 als diskret beschrieben wurde, sondern die Anterolisthese HWK 5/6. Es wurde lediglich betreffend das MRT der Halswirbelsäule vom 5. Februar 2018 festgehalten, es stellten sich eine diskrete Diskopathie und Instabilität HWK 4/5 (Anterolisthese in Inklinations) dar. Eine Äusserung der orthopädischen Gutachterin im Zusammenhang mit den bildgebenden Abklärungen vom 24. Juli 2019, wonach die Anterolisthese C4/5 diskret sei, ist dem Gutachten aber nicht zu entnehmen. Insofern die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang rügt, die orthopädische Gutachterin habe den Bildbefund vom 24. Juli

2019, welchen die Beschwerdeführerin auf CD-ROM mitgebracht habe, gar nicht angeschaut, ist festzuhalten, dass es grundsätzlich der Gutachterin überlassen ist, ob sie Bildbefunde beiziehen will oder sich hierbei auf die diesbezüglichen Berichte abstützt. Der diesbezügliche Bericht des Röntgeninstituts H. \_\_\_ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 70.37) betreffend MRI und Röntgen der Halswirbelsäule war in den den Gutachtern zur Verfügung gestellten IV-Akten enthalten. Somit kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass dieser Bericht auch der orthopädischen Gutachterin zur Beurteilung vorlag, selbst wenn er nicht explizit im Gutachten erwähnt wurde. Im Übrigen ist es der Gutachterin überlassen, welche Untersuchungsmethoden sie anlässlich der Begutachtung für notwendig erachtet. Der ebenfalls gerügte Umstand, dass die Gutachterin bei der J. \_\_\_ nur eine vierschichtige und keine sechsschichtige Röntgenaufnahme durchführen liess, vermag angesichts der überzeugenden orthopädischen Beurteilung im C. \_\_\_-Gutachten demnach keinen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu begründen. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen sind demnach auch die Beweisanträge gemäss Rechtsbegehren Ziff. 4 (s. E. I. 3. hiervor) abzuweisen.

Sodann erscheinen die Ausführungen der orthopädischen Gutachterin ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin ■ nicht als widersprüchlich, wenn sie die bisherige Behandlung einerseits als adäquat erachtet und andererseits eine selbständige stabilisierende Wirbelsäulengymnastik empfiehlt. Alleine der Umstand, dass zusätzliche Trainingsmassnahmen zur Kräftigung der Muskulatur vorgeschlagen werden, bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass die bisherige Therapie nicht als adäquat bezeichnet werden könnte.

Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, der neurologische Gutachter habe festgehalten, unter einer leitliniengerechten Therapie der Migräne sei nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen. Der Gutachter habe aber nicht festgelegt, wie hoch die Arbeitsfähigkeit ohne Therapie sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter die Migräne als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat und dementsprechend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen hat. Der vorgenannte Satz ■ unter einer leitliniengerechten Therapie der Migräne sei nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen ■ erscheint zwar diesbezüglich etwas missverständlich. Aber der neurologische Gutachter hat auch die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung des Gutachters noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne, mit nein beantwortet, so dass davon auszugehen ist, dass er insgesamt der Migräne der Beschwerdeführerin keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. Dies stimmt denn auch mit der Beurteilung des Neurologen, Dr. med. V. \_\_\_, vom 20. Februar 2020 (IV-Nr. 76.10) überein, welcher die Migräne ebenfalls als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte.

Sodann wird in der Beschwerdeschrift geltend gemacht, die Beschwerdeführerin berichte über längerdauernde Schwindelanfälle, weshalb sie mangels Planbarkeit für einen Arbeitgeber unzumutbar sei. Somit dränge sich der Beizug eines neurootologischen Gutachters auf. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin den Schwindel in den Vorakten meistens im Zusammenhang mit der Migräne genannt hat. Als eigenständig auftretende Beschwerden und mit einer Intensität, welche sie für einen potentiellen Arbeitgeber unzumutbar machen würde, hat sie den Schwindel gegenüber den behandelnden Ärzten und den Gutachtern nie geschildert. Von Seiten der behandelnden

Ärzte wurde hinsichtlich des Schwindels denn auch nicht die Notwendigkeit diesbezüglich weiterführender neurootologischer Abklärungen oder Behandlungen postuliert. Demnach erscheinen vorliegend diesbezügliche neurootologische Abklärungen im Rahmen eines Gutachtens als nicht notwendig.

7.4 Zusammenfassend ist somit auf das voll beweiswertige C.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Februar 2021 abzustellen, womit der Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen ■ vorbehältlich einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch den Unfall vom 8. April 2021 (s. E. II. 8. hiernach) ■ abzuweisen ist.

#### **E. 5**

Die Beschwerdeführerin sei gerichtlich dazu zu befragen, wie das Leistungsprofil in der früheren Tätigkeit als (Bau-)Spenglerin genau ausgesehen hat (Beweisthema: Art und Profil der angestammten Berufstätigkeit der Versicherten und Diskussion / Bereinigung der abweichenden Beurteilungen zwischen der früheren rechtskräftigen Beurteilung der IV 2014/2017 und des neuen C.\_\_\_\_-Gutachtens 2020).

#### **E. 6**

Der federführende C.\_\_\_\_-Gutachter Dr. D.\_\_\_\_ sei gerichtlich anzufragen, weshalb er auf Seite 10 des Gesamtgutachtens davon ausging, dass es sich bei der angestammten gerichtsnotorisch schweren Tätigkeit als Spenglerin um eine zumutbare leichte Tätigkeit handeln soll, dies obwohl die Eingliederungsfachfrau K.\_\_\_\_ mit Bericht vom 3. März 2014 und die IV mit rechtskräftigem Beschluss vom 6. März 2014 sowie mit rechtskräftiger Verfügung vom 15. Dezember 2017 die angestammte Tätigkeit als nicht mehr zumutbar beurteilte (Beweisthema: Beurteilung des Leistungsprofils der angestammten Tätigkeit).

#### **E. 7**

Es sei eine öffentliche Gerichtsverhandlung mit Publikums- und Presseanwesenheit nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK durchzuführen.

#### **E. 7.1**

7.1.1 Vorweg ist auf die Rügen der Beschwerdeführerin einzugehen, wonach die C.\_\_\_\_, [...], dadurch, dass sie das vorliegende Gutachten durch Gutachter habe erstellen lassen, die gleichzeitig für die C.\_\_\_\_, [...], und drei andere Gutachterstellen tätig seien, nicht nur die Weisung des BSV missachtet, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt habe. Sodann komme erschwerend hinzu, dass zwei Gutachter (Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_) ohne Angabe von Gründen einfach ausgetauscht und durch Gutachter (Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_) ersetzt worden seien, welche in offensichtlich der C.\_\_\_\_, [...], zugewandten Gutachterstellen tätig seien. 7.1.2 Bevor die IV-Stelle den Auftrag für ein polydisziplinäres Gutachten vergibt (d.h. ein Gutachten, das wie im vorliegenden Fall drei oder mehr Fachdisziplinen umfasst), teilt sie der versicherten Person die Gutachterstelle und die Namen der mit dem Gutachten betrauten Personen nebst den entsprechenden Facharzttiteln mit (Rz 2077.8 Kreisschreiben über das Verfahren in der Invalidenversicherung / KSVI, Stand am 1. Januar 2018). Die versicherte Person erhält eine Frist von zwölf Tagen, um Einwände zu erheben (Rz 2077.9 KSVI). Sie kann die Gutachter aus triftigen Gründen ablehnen (Art. 44 Bundesgesetz über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts / ATSG, SR 830.1), z.B. wegen fehlender Fachkompetenz (BGE 138 V 271 E. 1.1 S. 274 f.). Die vorgenannten Verfahrensvorschriften wurden auch im vorliegenden Verfahren eingehalten (vgl. IV-Nrn. 91 und 96). Die Beschwerdeführerin hat

es vor der Begutachtung unterlassen, die vorgebrachten Ausstandsgründe bzw. die gerügten Überschneidungen mit anderen Gutachterstellen innert der ihr gesetzten Frist zu beanstanden. Einwendungen sind nach Treu und Glauben möglichst bald zu erheben, damit diese bereits im Vorfeld der Begutachtung geklärt werden können. Damit ist der Anspruch auf Anrufung dieser Verfahrensgarantie verwirkt. Daran ändert der Umstand nichts, dass die Beschwerdeführerin erst nach der erfolgten Begutachtung durch Rechtsanwalt Wyssmann vertreten wurde. Somit ist auf die diesbezüglichen Rügen (E. II. 7.1.1 hiervor) nicht einzutreten.

7.2 Nachfolgend ist sodann wie erwähnt der Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens zu prüfen. Das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Anamnese erhoben sowie die Vorakten studiert haben. Weiter ist zu prüfen, ob das Gutachten auch den übrigen beweisrechtlichen Anforderungen genügt.

7.2.1 Im neurologischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.7) wurde ausgeführt, anlässlich der hiesigen neurologischen Untersuchung habe die Versicherte über ständige Nackenschmerzen nach einem Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2019 geklagt. Ferner bestehe eine Migräne mit Aura seit der Jugend. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Angabe starker Nackenschmerzen auch während der hiesigen neurologischen Untersuchung einerseits, sowie dem Fehlen jedweder Schmerzäusserung andererseits und einem vollständig regelrechten klinisch-neurologischen Untersuchungsbefund mit auch fehlenden nervalen Dehnungszeichen. Die angegebenen Nackenschmerzen fänden keine organoneurologische Erklärung. Der klinisch-neurologische Untersuchungsbefund habe einen normalen Hirnnervenstatus gezeigt, manifeste oder latente Paresen hätten nicht vorgelegen. Die Muskeleigenreflexe hätten sich seitengleich auf schwachem bis mittlebhaftem Niveau auslösbar gezeigt und zeigten intakte Reflexbögen an. Hinweise auf eine Rückenmarksschädigung hätten sich nicht ergeben. Bei der Prüfung der Sensibilität sei für alle Qualitäten ein normales Empfinden angegeben worden. Auch die koordinativen und vegetativen Funktionen zeigten sich in allen Einzelheiten regelrecht. Hinweise auf das Vorliegen nervaler Dehnungszeichen hätten sich weder zervikal noch lumbal ergeben. Gestützt auf diese Ausführungen vermag die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Zusammenfassend liege klinisch-neurologisch ein vollständig regelrechter Untersuchungsbefund vor. Die Anamnese spreche für das Vorliegen einer Migräne ohne Aura. Hierbei handle es sich um eine grundsätzlich behandelbare Krankheit. Aktuell erfolge keinerlei Therapie. Es bestehe keine Diagnose mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

7.2.2 Im orthopädischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.6) wurde festgehalten, im MRI der Halswirbelsäule vom 24. Juli 2019 stellten sich keine relevanten degenerativen Veränderungen oder Nervenwurzelkompressionen dar. Hinweise auf eine Reizung zervikaler Nervenwurzeln hätten auch aktuell bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebralem Muskelhartspann und seitengleich vollständig vorführbaren Handfunktionen nicht bestanden. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule einschliesslich Funktionsaufnahmen in Inklinaton und Reklination vom 27. Januar 2021 stellten sich lediglich die bekannte angeborene Blockwirbelbildung im Segment HWK 3/4 sowie eine konsekutiv gering vermehrte Beweglichkeit im Segment HWK 4/5 dar, die die von der Versicherten angegebenen Schmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in beide Arme jedoch nicht erklärten. In den Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule vom 27. Januar 2021 hätten eine mässige ventralbetonte Spondylosis sowie Schmorl'sche Knorpelknötchen als Hinweise auf einen abgelaufenen Morbus Scheuermann in der unteren Brustwirbelsäule und dem

thorakolumbalen Übergang bestanden, die die im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung angegebenen Schmerzen im Bereich der gesamten Brustwirbelsäule nur zum (geringen) Teil erklärten. Die Lendenwirbelsäule mit vermehrter Lordose sei frei beweglich gewesen. Eine Abweichung der sagittalen Ebene im Sinne einer geringen linkskonvexen lumbalen Skoliose habe sich mit einem geringen Lendenwulst links dargestellt. Die bei der Oberkörper-Seitneigung nach beiden Seiten angegebenen Schmerzen an der jeweiligen Seite des dorsalen Schultergürtels seien anatomisch nicht nachvollziehbar. Hinweise auf eine Reizung lumbaler Nervenwurzeln hätten bei fehlender Schon- und Fehlhaltung, fehlendem paravertebalem Muskelhartspann, seitengleich vorführbaren Gangvarianten und der tiefen Hocke sowie beidseits negativem Zeichen nach Lasègue und Bragard nicht bestanden. Bei fehlender Druckschmerzangabe, beidseits negativem Patrick-Zeichen und fehlendem Vorlaufphänomen hätten sich auch keine Hinweise auf eine bestehende Reizung oder Blockierung der Iliosakralgelenke gezeigt. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 27. Januar 2021 zeige sich bis auf die angeborene minime linkskonvexe Rotationsskoliosefehlhaltung der mittleren und oberen Lendenwirbelsäule ein regelrechter radiologischer Untersuchungsbefund. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden daher für die angegebenen Missempfindungen an beiden Oberschenkel-Innenseiten, das Zittern und die gelegentlich auftretende Instabilität in beiden Beinen keine entsprechenden pathologischen Korrelate. Gestützt auf die umfassende Befunderhebung und Diagnosestellung vermag sodann auch die gutachterliche Beurteilung der Arbeitsfähigkeit sowie das aus orthopädischer Sicht festgelegte Zumutbarkeitsprofil zu überzeugen: Die nur geringgradigen degenerativen Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule bedingten keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit der Versicherten. Dafür spreche auch der fehlende Schmerzmittelbedarf der Versicherten. Eingliederungsmassnahmen seien daher von orthopädisch-traumatologischer Seite ab sofort in vollem Umfang möglich. Lediglich aufgrund der schlanken körperlichen Konstitution der Versicherten würden körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Arbeiten als ungeeignet beurteilt. Sodann setzte sich die orthopädische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise mit der entgegenstehenden Beurteilung von Dr. med. B. \_\_\_ auseinander, wonach der Versicherten das Heben und Tragen von Lasten von maximal 5 kg und nur für ca. 3 – 4 Stunden zumutbar seien, während im Haushalt eine Einschränkung von 50 – 70 % bestehe. Hierzu hielt die orthopädische Gutachterin fest, es scheine, als ob diese Einschätzung mit massiver Limitierung der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit der Versicherten lediglich auf den Angaben der Versicherten selbst beruhen würde. Bei der Versicherten bestünden radiologisch jedoch nur geringgradige degenerative Veränderungen im Bereich der Wirbelsäule ohne Kompressionen von Nervenwurzeln, die keine relevante Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit begründeten. Bei fehlenden entsprechenden klinischen und radiologischen Korrelaten für die von der Versicherten angegebene Art und den Schweregrad der Beschwerden seien die postulierten körperlichen und zeitlichen Einschränkungen von orthopädisch-traumatologischer Seite nicht nachvollziehbar.

7.2.3 Im internistischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.3) wurde ausgeführt, die von der Versicherten geschilderten Symptome Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche und Sehstörungen könnten zumindest teilweise durchaus in Zusammenhang stehen mit dem eher niedrigen Blutdruck, den sie ebenfalls angebe. Dieser bestätige sich bei der heutigen Untersuchung und müsse als konstitutionell angesehen werden. Es ergebe sich hieraus insgesamt kein Krankheitswert. Krankheitswertige Diagnosen könnten allgemein auf internistischem

Gebiet nicht gestellt werden. Letztendlich nicht recht verständlich sei, weswegen die Versicherte in ihrem zweiten erlernten Beruf als Hochbauzeichnerin nicht, zumindest teilzeitig, tätig sei. In der Bewältigung des Alltags scheine es keine schwerwiegenden Beeinträchtigungen zu geben, was insgesamt gegen eine höhergradige Einschränkung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit spreche. Diese Beurteilung vermag gestützt auf die Ausführungen des internistischen Teilgutachters zu überzeugen, zumal dessen Einschätzung keine Berichte von behandelnden internistischen Ärzten entgegenstehen.

7.2.4 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 100.4) wurde festgehalten, die Versicherte zeige sich im Erstkontakt zugewandt und situationsadäquat. Ein tragfähiger Kontakt sei rasch herstellbar und durchgehend aufrecht zu erhalten. Die Auffassung sei nicht erschwert, die Konzentration nicht beeinträchtigt, auch nicht gegen Ende der Untersuchung. Es würden subjektiv Konzentrationsstörungen angegeben. Sodann lägen keine Hinweise für intellektuelle Defizite vor, die höheren kognitiven Leistungen (problemlösendes Denken, Urteilsvermögen) seien angemessen differenziert. Die Beschwerdeführerin sei bewusstseinsklar, zu allen Qualitäten (autopersonell, situativ, zeitlich, örtlich) vollständig orientiert. Sie spreche mit gut modulierter Stimme in adäquater Geschwindigkeit. Der formale Gedankengang sei geordnet, es zeigten sich in der Untersuchungssituation keine Wahngedanken, keine Halluzinationen, keine illusionären Verkennungen, auch anamnestisch ergäben sich keine Hinweise auf diesbezügliche psychopathologische Auffälligkeiten. Die Merkfähigkeit, das Kurzzeit- und Langzeitgedächtnis wirkten im klinisch-psychopathologischen Befund unbeeinträchtigt. Störungen des Ich-Bewusstseins lägen nicht vor. Die Intelligenz zeige sich im klinischen Überblick im Normbereich. Die Willenskräfte seien ausreichend strukturiert und regelrecht. Ambivalenz oder Ambitendenz bestünden nicht. Der Antrieb sei nicht reduziert. Gestik und Mimik seien überwiegend ruhig, Stimmung und Affekt würden psychomotorisch synthym unterstrichen. Die Versicherte zeige sich themenbezogen in teils sorgenvoller Stimmung. Über neutrale Themen sei sie aber gut auflockerbar und modulierbar. Die affektive Schwingungsfähigkeit sei nicht beeinträchtigt. Es bestünde keine Affektlabilität oder Affektinkontinenz. Keine Interesselosigkeit und kein sozialer Rückzug. Zwangssymptome oder phobische Ängste lägen nicht vor. Von der Persönlichkeit her sei sie verträglich, offen, keine Hinweise für eine Persönlichkeitsakzentuierung oder Persönlichkeitsstörung. Die Urteils- und Kritikfähigkeit seien erhalten, es lägen keinerlei Hinweise für paranoide Denkinhalte vor. Es bestehe eine mittelmässige Motivation, einen entsprechenden Job zu finden. Die Versicherte hoffe eher auf die Auszahlung einer Rente. Es bestünden Ein- und Durchschlafstörungen. Der Appetit sei normal. Die Versicherte berichte sodann, sie sei im Jahr 2018 für etwa zwei Monate bei Frau Dr. W.\_\_\_\_ in Behandlung gewesen, um ein Problem aus ihrer Vergangenheit aufzuarbeiten. Diese Behandlung habe ihr geholfen. Es habe keine psychopharmakologische Behandlung stattgefunden. Gestützt auf die vorstehende Befunderhebung vermögen schliesslich die gutachterlichen Ausführungen zu möglichen Diagnosen sowie die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu überzeugen: Eine Anpassungsstörung gemäss F43.2 liege aktuell, bei fehlenden affektiven Symptomen, nicht vor. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.10) liege ebenfalls nicht vor, da diese Diagnose gemäss ICD-10 unter anderem voraussetze, dass sowohl hinsichtlich Entstehung als auch des Verlaufs der Schmerzen emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme die Hauptursache darstellten (Formulierung ICD-10: «Einschneidende ursächliche Einflüsse»). Dies sei bei der Versicherten nicht der Fall. In den Unterlagen befinde sich der Bericht von Dr. med. T.\_\_\_\_ vom 11. Dezember 2018. Dort werde die

Diagnose einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion gestellt, wobei die Behandlung nur vereinzelte Male stattgefunden habe, da sie nach zwei Monaten von der Versicherten wieder abgebrochen worden sei. Es bestehe somit in psychiatrischer Hinsicht in jeglicher Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit. Aus psychischen Gründen sei die Arbeitsfähigkeit nie eingeschränkt gewesen. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

7.2.5 Gestützt auf die beweismässigen Teilgutachten vermag schliesslich auch die interdisziplinäre Gesamtbeurteilung zu überzeugen, wonach bei der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit besteht – dies zumindest seit dem frühestmöglich relevanten Beginn eines allfälligen Wartejahres per Mai 2019 (Anmerkung: Die Neuanschuldung erfolge per 22. November 2019, womit ein Rentenanspruch frühestens per Mai 2020 hätte entstehen können; vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG).

7.3 Der Beweiswert des Gutachtens der C.\_\_\_\_, wird schliesslich auch nicht durch die entgegenstehenden Berichte behandelnder Ärzte oder die Rügen der Beschwerdeführerin geschmälert. Wie bereits vorstehend unter E. II. 6.1 hiervor festgehalten, erfolgte die Rentenabweisung mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten, sondern weil die Beschwerdeführerin ihre Umschulung zur Zeichnerin mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis erfolgreich abgeschlossen hatte und damit als erfolgreich eingegliedert galt. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin fand weder vor Erlass des Beschlusses vom 6. März 2014, worin der Beschwerdeführerin die Kostenübernahme für eine Umschulung zur Zeichnerin EFZ zugesprochen wurde, noch vor Erlass der leistungsabweisenden Verfügung vom 15. Dezember 2017 eine umfassende Beurteilung der medizinischen Akten statt. Die RAD-Ärztin hielt lediglich im Rahmen des Intake-Gesprächs vom 4. Februar 2013 (IV-Nr. 19) als Vorabbeurteilung Folgendes fest: Bei der Versicherten bestünden Einschränkungen für körperliche Arbeiten. Die Beschwerden träten bei länger anhaltenden einseitigen Belastungen auf. Aufgrund der vorliegenden Befunde und der beschriebenen Beschwerden sollte schweres Heben und Tragen und Arbeiten in Zwangshaltungen vermieden werden. Ideal sei eine Tätigkeit, bei der ein regelmässiger Wechsel zwischen Stehen, Gehen und Sitzen möglich sei. Eine Allergenexposition sei zu vermeiden. Die Wiedereingliederung in die erlernte Tätigkeit als Spenglerin sei als ungünstig einzuschätzen. Mit einem Wiederauftreten der Beschwerden beziehungsweise mit einer Verschlechterung sei zu rechnen. Eine Umorientierung in eine angepasste Tätigkeit sei zu empfehlen. Auf diese Einschätzung der RAD-Ärztin stütze sich in der Folge auch der Umschuldungsbeschluss der Beschwerdegegnerin vom 6. März 2014 ab, ohne jedoch vorher diesbezüglich vertiefte ärztliche Abklärungen zu veranlassen. Entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin wurde demnach aus medizinischer Sicht nicht verbindlich festgestellt, dass der Beschwerdeführerin die damalige Tätigkeit als Bauspenglerin nicht mehr zumutbar wäre. Die C.\_\_\_\_-Gutachter hatten diesbezüglich somit keine vergleichende Beurteilung vorzunehmen und auch keine allfällige Verbesserung zu begründen. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, es sei widersprüchlich, wenn die C.\_\_\_\_-Gutachter einerseits körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Arbeiten als ungeeignet beurteilten, aber andererseits den bisherigen Beruf als Spenglerin weiterhin als zumutbar erachteten. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass mittelschwere bis schwere Arbeiten nicht wegen gesundheitlicher Beeinträchtigungen, sondern wegen des schlanken Habitus der Beschwerdeführerin als ungeeignet angesehen werden, und dass sich der

Schweregrad des Spenglerberufs gestützt auf die vorliegenden Akten nicht abschliessend beurteilen lässt. Diese Frage kann aber ohnehin offenbleiben, da die C.\_\_\_\_-Gutachter für die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit alternativ auch eine solche Beurteilung für die Tätigkeit als Zeichnerin EFZ vorgenommen haben, worauf denn auch die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung abstellt, was nicht zu beanstanden ist. Demnach kann auf die von der Beschwerdeführerin beantragten Parteibefragung sowie die Befragung des C.\_\_\_\_-Gutachters, Dr. med. D.\_\_\_\_, verzichtet werden (s. Rechtsbegehren 5 und 6), womit die diesbezüglichen Beweisanträge abzuweisen sind. Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.\_\_\_\_-Gutachtens verstrickten sich die Gutachter hinsichtlich der Unfall-ereignisse in unlösbare Widersprüche. Diesbezüglich ist festzuhalten, dass in der interdisziplinären Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten hinsichtlich der Unfälle zwar teilweise widersprüchliche Angaben enthalten sind. So wurde der Auffahrunfall in Australien mal korrekt auf den 29. Dezember 2017 und mal fälschlicherweise auf das Jahr 2018 datiert. Zudem wurde der Unfall mit ihrem Hund einerseits korrekt dem 30. April 2019 und andererseits fälschlicherweise dem Jahr 2018 zugeordnet. Des Weiteren wurde mal von einem Sturz im Haushalt mit ihrem Hund berichtet, wobei sich dieser Unfall draussen ereignet hat. Jedoch ist hierzu relativierend festzuhalten, dass ein Grossteil der genannten Angaben bereits in den Vorakten teilweise falsch wiedergegeben wurden: So betreffend den Auffahrunfall (s. Bericht der Suva vom 24. Februar 2020 betreffend Vorlage Versicherungsmedizin; IV-Nr. 76.9) und den vermeintlichen Sturz im Haushalt wegen des Hundes (s. RAD-Anfrage, 12. August 2020; IV-Nr. 88). Was schliesslich die Angabe – «Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2018» – auf Seite 7 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des C.\_\_\_\_-Gutachtens (IV-Nr. 100.1) anbelangt, so handelt es sich hierbei klarerweise um einen Verschieb. So wird im genannten Absatz der Inhalt des neurologischen Teilgutachtens wiedergegeben. Im betreffenden Abschnitt des neurologischen Teilgutachtens (s. IV-Nr. 100.7, S. 7) wurde aber korrekt von einem «Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2019» gesprochen. Somit vermögen die genannten Widersprüche den Beweiswert des C.\_\_\_\_-Gutachtens ebenfalls nicht zu entkräften, zumal diese unterschiedlichen Angaben für die gutachterliche Beurteilung ohnehin nicht von Relevanz sind. Sodann rügt die Beschwerdeführerin, das Gutachten der C.\_\_\_\_ erweise sich als widersprüchlich, weil einerseits die orthopädische Gutachterin der Beschwerdeführerin eine massive Limitierung der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit und damit Aggravation unterstellt habe und andererseits der internistische Gutachter bestätigt habe, dass keine Hinweise auf Aggravation und Simulation vorhanden seien. Dem ist entgegenzuhalten, dass alleine aus einer diesbezüglich unterschiedlichen Beurteilung in verschiedenen Fachbereichen kein Widerspruch abgeleitet werden kann. Hinzu kommt, dass aus internistischer Sicht keine wesentlichen Beschwerden geltend gemacht wurden und dementsprechend auch keine Diagnosen vorliegen, weshalb es nicht erstaunt, dass der Beschwerdeführerin in diesem Bereich keine subjektive Limitierung attestiert wurde. Dagegen sind aus orthopädischer Sicht langjährige Beschwerden und Diagnosen aktenkundig. Zusammenfassend stellt demnach die im orthopädischen Teilgutachten festgestellte Limitierung keinen Widerspruch zur internistischen Beurteilung dar. Bereits aus diesem Grund besteht kein Anlass, den E-Mail-Verkehr der Gutachter betreffend Konsensbesprechung einzuholen, wie dies von der Beschwerdeführerin beantragt wurde. Diesbezüglich ist zudem auf die geltende bundesgerichtliche Rechtsprechung zu verweisen, wonach grundsätzlich kein Anspruch auf Einsicht in die der internen Meinungsbildung dienenden Notizen eines Gutachters besteht.

Handnotizen, welche ein Gutachter selbst anlässlich einer von ihm durchgeführten Exploration erstellt hat, haben die Funktion einer Gedankenstütze oder eines Hilfsmittels für die Erstellung eines Gutachtens. Dies heisst aber auch, dass sie ihren Zweck mit der Ausarbeitung des Gutachtens erfüllt hätten. Das Gleiche muss ebenfalls hinsichtlich des E-Mailverkehrs zwischen den Gutachtern gelten, welcher der Konsensbildung diene. Derartigen Arbeitsunterlagen geht der Beweischarakter ab und ein Anspruch auf Einsicht in dieselben ist zu verneinen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 9C\_591/2010 vom 20. Dezember 2010 E. 5). Somit ist der diesbezügliche Beweisantrag (s. Rechtsbegehren 3, E. I. 3 hiervor) abzuweisen. Soweit die Beschwerdeführerin weiter geltend macht, die C.\_\_\_\_-Gutachter seien anstatt vom Verfügungszeitpunkt vom 15. Dezember 2017 als wesentlichem Referenzzeitpunkt vom November 2018 ausgegangen, ist wiederum auf das bereits unter E. II. 6.1 hiervor Gesagte zu verweisen, wonach vorliegend eben keine vergleichende Beurteilung analog einer Rentenrevision stattzufinden hat. Zwar erscheint es nicht ganz nachvollziehbar, weshalb die Gutachter den Verlauf der Arbeitsfähigkeit erst ab dem November 2018 beurteilten. Möglicherweise nahmen sie fälschlicherweise an, dies sei angesichts der Neuanmeldung vom 22. November 2019 der frühestmögliche Beginn des Wartejahres. Aber auch wenn der von den Gutachtern als Referenzzeitpunkt festgelegte November 2018 schlussendlich nicht weiter Belang ist, hat dies auf die gutachterliche Gesamtbeurteilung keinen beweis mindernden Einfluss, zumal der Verlauf der Arbeitsfähigkeit ausreichend beurteilt wurde. Sodann bringt die Beschwerdeführerin vor, ein weiterer Widerspruch bestehe darin, dass die orthopädische Teilgutachterin die von Dr. med. I.\_\_\_\_, Neurochirurgie FMH, bei der Versicherten im Bericht vom 24. Juli 2019 noch als «relativ eindrücklich» diagnostizierte Anterolisthese C4/5 auf Seite 51 des Gutachtens lediglich als «diskret» beurteilt habe. Dem ist entgegenzuhalten, dass auf Seite 51 des C.\_\_\_\_-Gutachtens nicht die Anterolisthese C4/5 als diskret beschrieben wurde, sondern die Anterolisthese HWK 5/6. Es wurde lediglich betreffend das MRT der Halswirbelsäule vom 5. Februar 2018 festgehalten, es stellten sich eine diskrete Diskopathie und Instabilität HWK 4/5 (Anterolisthese in Inklination) dar. Eine Äusserung der orthopädischen Gutachterin im Zusammenhang mit den bildgebenden Abklärungen vom 24. Juli 2019, wonach die Anterolisthese C4/5 diskret sei, ist dem Gutachten aber nicht zu entnehmen. Insofern die Beschwerdeführerin in diesem Zusammenhang rügt, die orthopädische Gutachterin habe den Bildbefund vom 24. Juli 2019, welchen die Beschwerdeführerin auf CD-ROM mitgebracht habe, gar nicht angeschaut, ist festzuhalten, dass es grundsätzlich der Gutachterin überlassen ist, ob sie Bildbefunde beiziehen will oder sich hierbei auf die diesbezüglichen Berichte abstützt. Der diesbezügliche Bericht des Röntgeninstituts H.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 70.37) betreffend MRI und Röntgen der Halswirbelsäule war in den den Gutachtern zur Verfügung gestellten IV-Akten enthalten. Somit kann grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass dieser Bericht auch der orthopädischen Gutachterin zur Beurteilung vorlag, selbst wenn er nicht explizit im Gutachten erwähnt wurde. Im Übrigen ist es der Gutachterin überlassen, welche Untersuchungsmethoden sie anlässlich der Begutachtung für notwendig erachtet. Der ebenfalls gerügte Umstand, dass die Gutachterin bei der J.\_\_\_\_ nur eine vierschichtige und keine sechsschichtige Röntgenaufnahme durchführen liess, vermag angesichts der überzeugenden orthopädischen Beurteilung im C.\_\_\_\_-Gutachten demnach keinen Zweifel am Beweiswert des Gutachtens zu begründen. Gestützt auf die vorgehenden Ausführungen sind demnach auch die Beweisanträge gemäss Rechtsbegehren Ziff. 4 (s. E. I. 3. hiervor) abzuweisen. Sodann erscheinen die Ausführungen der orthopädischen Gutachterin – entgegen der Ansicht der

Beschwerdeführerin – nicht als widersprüchlich, wenn sie die bisherige Behandlung einerseits als adäquat erachtet und andererseits eine selbständige stabilisierende Wirbelsäulengymnastik empfiehlt. Alleine der Umstand, dass zusätzliche Trainingsmassnahmen zur Kräftigung der Muskulatur vorgeschlagen werden, bedeutet im Umkehrschluss nicht, dass die bisherige Therapie nicht als adäquat bezeichnet werden könnte. Des Weiteren rügt die Beschwerdeführerin, der neurologische Gutachter habe festgehalten, unter einer leitliniengerechten Therapie der Migräne sei nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen. Der Gutachter habe aber nicht festgelegt, wie hoch die Arbeitsfähigkeit ohne Therapie sei. Dem ist entgegenzuhalten, dass der neurologische Gutachter die Migräne als Diagnose ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit gestellt hat und dementsprechend keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angenommen hat. Der vorgenannte Satz – unter einer leitliniengerechten Therapie der Migräne sei nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen – erscheint zwar diesbezüglich etwas missverständlich. Aber der neurologische Gutachter hat auch die Frage, ob die Arbeitsfähigkeit nach Einschätzung des Gutachters noch durch medizinische Massnahmen relevant verbessert werden könne, mit nein beantwortet, so dass davon auszugehen ist, dass er insgesamt der Migräne der Beschwerdeführerin keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit attestiert. Dies stimmt denn auch mit der Beurteilung des Neurologen, Dr. med. V.\_\_\_\_, vom 20. Februar 2020 (IV-Nr. 76.10) überein, welcher die Migräne ebenfalls als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellte. Sodann wird in der Beschwerdeschrift geltend gemacht, die Beschwerdeführerin berichte über längerdauernde Schwindelanfälle, weshalb sie mangels Planbarkeit für einen Arbeitgeber unzumutbar sei. Somit dränge sich der Beizug eines neurootologischen Gutachters auf. Dem ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin den Schwindel in den Vorakten meistens im Zusammenhang mit der Migräne genannt hat. Als eigenständig auftretende Beschwerden und mit einer Intensität, welche sie für einen potentiellen Arbeitgeber unzumutbar machen würde, hat sie den Schwindel gegenüber den behandelnden Ärzten und den Gutachtern nie geschildert. Von Seiten der behandelnden Ärzte wurde hinsichtlich des Schwindels denn auch nicht die Notwendigkeit diesbezüglich weiterführender neurootologischer Abklärungen oder Behandlungen postuliert. Demnach erscheinen vorliegend diesbezügliche neurootologische Abklärungen im Rahmen eines Gutachtens als nicht notwendig.

7.4 Zusammenfassend ist somit auf das voll beweismässige C.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Februar 2021 abzustellen, womit der Anspruch auf eine Rente sowie auf berufliche Massnahmen – vorbehältlich einer allfälligen Verschlechterung des Gesundheitszustandes durch den Unfall vom 8. April 2021 (s. E. II. 8. hiernach) – abzuweisen ist.

8. 8.1 Schliesslich bleibt zu prüfen, ob die Sache aufgrund des erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren gemeldeten Unfallereignisses vom 8. April 2021 – bzw. aufgrund allenfalls daraus resultierender Verletzungen – dennoch zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, wie dies von den Parteien übereinstimmend beantragt wird. Wie die Beschwerdeführerin zurecht darauf hingewiesen hat, bildet rechtsprechungsgemäss der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung – vorliegend 25. Mai 2021 – in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d), womit allfällige Folgen des Ereignisses vom 8. April 2021 grundsätzlich im vorliegenden Verfahren zu beurteilen sind. In diesem Zusammenhang wurde im Bericht der J.\_\_\_\_ betreffend das MRT der rechten Hand vom 3. September 2021 eine Fokale Osteitis / ein Residuum einer Kontusion radial palmar am Köpfchen von MC 1 und begleitender

Gelenkerguss im MCP GI ohne erkennbare Ruptur der Kollateralbänder: Möglicherweise Läsion der palmaren Platte, diagnostiziert. Zudem hielt Dr. med. B. \_\_\_ mit Bericht vom 1. September 2021 unter anderem fest, es liege eine Bildgebung vor, die diese Verletzung bestätigt habe (Ultraschalldiagnostik Handchirurgie). In einer angepassten Tätigkeit (die Probandin habe ja einen Zweitberuf als Hochbauzeichnerin) bestehe sicherlich eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 – 60 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte nur moderat handbelastend sein, respektive mit der Gegenseite ausführbar sein. Alleine gestützt auf die vorgenannten Berichte kann nicht entschieden werden, ob durch den Unfall vom 8. April 2021 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2021 kann jedoch festgehalten werden, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Rentenanspruch entstanden sein kann. So ist, wie in E. II. 7.2.5 hiervor ausgeführt, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis vom 8. April 2021 in der angestammten Tätigkeit als Zeichnerin voll arbeitsfähig gewesen ist, womit das Wartejahr bis zur Verfügung noch längst nicht abgelaufen sein kann. Zudem kann auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen in der kurzen Zeit bis zur Verfügung vom 25. Mai 2021 noch nicht entstanden sein, weil beispielweise für eine erneute Umschulung zuerst eine gewisse Stabilisierung erforderlich wäre. Demzufolge ist der Anspruch auf eine Rente und berufliche Massnahmen im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum abzuweisen. 8.2 Die Akten gehen zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie bezüglich des Unfallereignisses vom 8. April 2022 die von ihr mit Stellungnahme vom 11. Januar 2022 in Aussicht gestellten weiteren Abklärungen tätigt (Einholung der SUVA-Akten sowie allenfalls ergänzende Beweisvorkehren). Ob in diesem Zusammenhang allenfalls – wie von der Beschwerdeführerin beantragt – ein handchirurgisches Gutachten zu veranlassen sein wird, wird von der Beschwerdegegnerin zu entscheiden sein. Nachdem die Beschwerdegegnerin zudem wie erwähnt angekündigt hat, auch die Suva-Akten beiziehen zu wollen, erübrigt sich der von der Beschwerdeführerin beantragte Aktenbeizug im vorliegenden Verfahren. 9. 9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag ist mit dem von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

## **E. 8**

8.1 Schliesslich bleibt zu prüfen, ob die Sache aufgrund des erst im vorliegenden Beschwerdeverfahren gemeldeten Unfallereignisses vom 8. April 2021 ■ bzw. aufgrund allenfalls daraus resultierender Verletzungen ■ dennoch zu weiteren Abklärungen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen ist, wie dies von den Parteien übereinstimmend beantragt wird.

Wie die Beschwerdeführerin zurecht darauf hingewiesen hat, bildet rechtsprechungsgemäss der Zeitpunkt des Erlasses der streitigen Verfügung ■ vorliegend 25. Mai 2021 ■ in tatbeständlicher Hinsicht grundsätzlich die Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis (BGE 129 V 4 E. 1.2, 105 V 161 f. E. 2d), womit allfällige Folgen des Ereignisses vom 8. April 2021 grundsätzlich im vorliegenden Verfahren zu beurteilen sind. In diesem

Zusammenhang wurde im Bericht der J. \_\_\_ betreffend das MRT der rechten Hand vom 3. September 2021 eine Fokale Osteitis / ein Residuum einer Kontusion radial palmar am Köpfchen von MC 1 und begleitender Gelenkerguss im MCP GI ohne erkennbare Ruptur der Kollateralbänder: Möglicherweise Läsion der palmaren Platte, diagnostiziert. Zudem hielt Dr. med. B. \_\_\_ mit Bericht vom 1. September 2021 unter anderem fest, es liege eine Bildgebung vor, die diese Verletzung bestätigt habe (Ultraschalldiagnostik Handchirurgie). In einer angepassten Tätigkeit (die Probandin habe ja einen Zweitberuf als Hochbauzeichnerin) bestehe sicherlich eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 ■ 60 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte nur moderat handbelastend sein, respektive mit der Gegenseite ausführbar sein.

Alleine gestützt auf die vorgenannten Berichte kann nicht entschieden werden, ob durch den Unfall vom 8. April 2021 eine relevante Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit eingetreten ist. Für den vorliegend zu beurteilenden Zeitraum bis zur angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2021 kann jedoch festgehalten werden, dass bis zu diesem Zeitpunkt noch kein Rentenanspruch entstanden sein kann. So ist, wie in E. II. 7.2.5 hiavor ausgeführt, davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bis zum Unfallereignis vom 8. April 2021 in der angestammten Tätigkeit als Zeichnerin voll arbeitsfähig gewesen ist, womit das Wartejahr bis zur Verfügung noch längst nicht abgelaufen sein kann. Zudem kann auch ein Anspruch auf berufliche Massnahmen in der kurzen Zeit bis zur Verfügung vom 25. Mai 2021 noch nicht entstanden sein, weil beispielweise für eine erneute Umschulung zuerst eine gewisse Stabilisierung erforderlich wäre. Demzufolge ist der Anspruch auf eine Rente und berufliche Massnahmen im vorliegend zu beurteilenden Zeitraum abzuweisen.

8.2 Die Akten gehen zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie bezüglich des Unfallereignisses vom 8. April 2022 die von ihr mit Stellungnahme vom 11. Januar 2022 in Aussicht gestellten weiteren Abklärungen tätigt (Einholung der SUVA-Akten sowie allenfalls ergänzende Beweisvorkehren). Ob in diesem Zusammenhang allenfalls ■ wie von der Beschwerdeführerin beantragt ■ ein handchirurgisches Gutachten zu veranlassen sein wird, wird von der Beschwerdegegnerin zu entscheiden sein. Nachdem die Beschwerdegegnerin zudem wie erwähnt angekündigt hat, auch die Suva-Akten beziehen zu wollen, erübrigt sich der von der Beschwerdeführerin beantragte Aktenbeizug im vorliegenden Verfahren.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

9.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag ist mit dem von der Beschwerdeführerin geleisteten Kostenvorschuss zu verrechnen.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

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

4. Die Akten gehen zurück an die Beschwerdegegnerin, damit sie im Zusammenhang mit dem Unfallereignis vom 8. April 2022 weitere Abklärungen tätigt.

5. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 14. Juli 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

6. Je eine Kopie der Kostennote des Rechtsvertreters der Beschwerdeführerin vom 14. Juli 2022 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

#### 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

Isch

Der vorliegende Entscheid wurde vom Bundesgericht mit Urteil 9C\_379/2022 vom 23. August 2023 bestätigt.

#### **E. 11**

Auf die weiteren Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. II. 1. Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung von Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. 2. 2.1 Der massgebende Sachverhalt betrifft die Beurteilung des mit der Neuanschreibung vom 22. November 2019 geltend gemachten Anspruchs der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente durch die Verfügung vom 25. Mai 2021, weshalb die ab 1. Januar 2012 geltende Rechtslage zu berücksichtigen ist. 2.2 Nach 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 wiederherstellen, 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 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs.

3 und 4 IVV). Dies gilt in analoger Weise auch für Revisionsgesuche im Sinne von Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 130 V 351 E. 3.5.3) sowie dann, wenn die versicherte Person nach vorausgegangener rechtskräftiger Ablehnung erneut eine Eingliederungsmassnahme beantragt (BGE 113 V 27; ZAK 1991 S. 262 E. 1a). Mit dieser Bestimmung soll verhindert werden, dass sich die Verwaltung nach vorausgegangener rechtskräftiger Rentenverweigerung immer wieder mit gleichlautenden und nicht näher begründeten, d.h. keine Veränderung des Sachverhalts darlegenden Rentengesuchen befassen muss (BGE 130 V 68 E. 5.2.3, 125 V 412 E. 2b, 117 V 200 E. 4b).

3.2 Tritt die Verwaltung – wie im vorliegenden Fall – auf eine Neuanmeldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen (AHI 1999 S. 84 E. 1b mit Hinweisen, bezogen auf Art. 41 a.F. IVG). Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG, s. BGE 105 V 30 – durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 130 V 73 E. 3.1 mit Hinweisen; AHI 1999 S. 84 E. 1b).

4. 4.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung zu stellen haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 99 f. E. 4, 125 V 261 E. 4). Demgegenüber fällt es nicht in den Aufgabenbereich des Arztes oder der Ärztin, sich zur Höhe einer allfälligen Rente zu äussern, da der Begriff der rentenanspruchsbegründenden Invalidität nicht nur von medizinischen, sondern auch von erwerblichen Faktoren bestimmt wird (vgl. Art. 16 ATSG).

4.2 Das Prinzip inhaltlich einwandfreier Beweiswürdigung besagt, dass das Sozialversicherungsgericht alle Beweismittel objektiv zu prüfen hat, unabhängig davon, von wem sie stammen, und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des strittigen Rechtsanspruchs gestatten. Insbesondere darf das Gericht bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (AHI 2001 S. 113 E. 3a). Der Beweiswert eines ärztlichen Berichts hängt davon ab, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen begründet sind. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die

Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten, sondern dessen Inhalt (BGE 125 V 352 E. 3a; AHI 2001 S. 113 f. E. 3a; RKUV 2003 U 487 S. 345 E. 5.1). 4.3 Den Berichten und Gutachten versicherungsinterner Ärzte oder ständiger Vertrauensärzte eines Versicherungsträgers kommt Beweiswert zu, sofern sie als schlüssig erscheinen, nachvollziehbar begründet sowie in sich widerspruchsfrei sind und keine Indizien gegen ihre Zuverlässigkeit bestehen (BGE 125 V 351 E. 3b/ee S. 353 f.). Soll ein Versicherungsfall jedoch ohne Einholung eines externen Gutachtens entschieden werden, so sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit der versicherungsinternen ärztlichen Feststellungen, sind rechtsprechungsgemäss ergänzende Abklärungen vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2 S. 229, 135 V 465 E. 4.4 S. 470). Insbesondere genügt in Fällen, in welchen die Schlüssigkeit der Feststellungen der versicherungsinternen Fachpersonen durch einen nachvollziehbaren Bericht eines behandelnden Arztes in Zweifel gezogen wird, der pauschale Hinweis auf dessen auftragsrechtliche Stellung nicht, um die geltend gemachten Zweifel auszuräumen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_193/2014 vom 19. Juni 2014 E. 4.1). 5. Gemäss den Ausführungen der Beschwerdeführerin könne auf das Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2021 schon deshalb nicht abgestellt werden, weil durch die vier- und damit eindeutig mehrfache Gutachterüberschneidung (Dr. L.\_\_\_\_, Dr. M.\_\_\_\_, Dr. F.\_\_\_\_ und Dr. G.\_\_\_\_) in vier Gutachterstellen (N.\_\_\_\_, C.\_\_\_\_, O.\_\_\_\_, P.\_\_\_\_) das Zufallsprinzip im Sinne eines Verfahrenskorrektivs nach BGE 137 V 210 ff. und damit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf ein faires Verfahren nach Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt worden sei. Indem sich nun die C.\_\_\_\_ AG angeschickt habe, das vorliegende Gutachten durch Gutachter erstellen zu lassen, die gleichzeitig für die C.\_\_\_\_ und drei andere Gutachterstellen tätig seien, habe sie nicht nur die Weisung des BSV missachtet, sondern auch die Vorgaben von BGE 137 V 210 ff. und damit Art. 6 Ziff. 1 EMRK verletzt. Im vorliegenden konkreten Fall komme erschwerend hinzu, dass zwei Gutachter (Dr. L.\_\_\_\_ und Dr. M.\_\_\_\_) ohne Angabe von Gründen einfach ausgetauscht und durch andere Gutachter (Dr. G.\_\_\_\_ und Dr. D.\_\_\_\_) ersetzt worden seien, welche in offensichtlich der C.\_\_\_\_ zugewandten Gutachterstellen tätig seien. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ vom 23. Februar 2021 erweise sich zudem als widersprüchlich, weil dieses der Versicherten sogar in der angestammten Tätigkeit als Bauspenglerin EFZ eine 100%ige Arbeitsfähigkeit attestiere, dies obwohl die Beschwerdegegnerin bereits mit Beschluss vom 6. März 2014 und mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 rechtskräftig beurteilt und entschieden habe, dass die Versicherte aufgrund ihrer Rückenschmerzen ihre angestammte Tätigkeit als (Bau-) Spenglerin nicht mehr ausüben könne. Genau deshalb sei sie von der IV auch zur Bauzeichnerin umgeschult worden. Die C.\_\_\_\_-Gutachter begründeten nun aber nicht, wie diese wundersame Heilung und Steigerung der Arbeitsfähigkeit seit 2017 erklärt werden könne. Das Gutachten der C.\_\_\_\_ spreche sich nicht hinreichend darüber aus, inwiefern eine effektive Veränderung des Gesundheitszustandes im Sinne einer namhaften Steigerung der Arbeitsfähigkeit von 0 auf 100 % stattgefunden haben solle. Zudem sei die orthopädische Gutachterin, Dr. med. F.\_\_\_\_, offenbar von einem falschen Referenzzeitpunkt ausgegangen. Obwohl das IV-Verfügungsdatum vom 15. Dezember 2017 den revisionsrechtlich massgeblichen Vergleichs-Referenzzeitpunkt darstelle, behaupte die orthopädische Teilgutachterin auf Seite 55 des Gutachtens, dass die retrospektive Beurteilung der Arbeitsfähigkeit für den «relevanten Zeitraum ab November 2018» zu erfolgen habe. Des Weiteren sei das C.\_\_\_\_-Gutachten insofern widersprüchlich, als die Gutachter der Beschwerdeführerin einerseits attestierten, aus orthopädischer Sicht unter Berücksichtigung

des schlanken Habitus der Versicherten würden körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als ungeeignet angesehen, und andererseits zum Schluss kämen, die Beschwerdeführerin sei in der gerichtsnotorisch schweren Tätigkeit als (Bau-)Spenglerin zu 100 % arbeitsfähig. Diese gravierende und auffällige Verwechslung müsse damit erklärt werden, dass den durchwegs nur deutschen Gutachtern der Beruf mit der spezifisch schweizerischen Bezeichnung «Spenglerin» schlicht nicht habe bekannt gewesen sein können, nenne sich doch dieser Beruf in Deutschland gerichtsnotorisch «Klempnerin». Angaben zum Leistungsprofil fehlten im Gutachten gänzlich. Auch fehle es an einer nachvollziehbaren Begründung, wieso die Experten trotz grundsätzlicher Anerkennung einer Blockwirbelbildung C3/4, einer Spondylosis und einer Rotationsskoliose-Fehlhaltung von keiner erheblichen Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit als (Bau-) Spenglerin ausgegangen seien. Hinzukomme, dass als Spenglerin schwere Bauteile, Fassadenteile und auch schwere Werkzeuge (Schweissgerät, Bohrmaschinen und Gasflaschen) über grössere Distanzen (bis zu 500 Meter) selber getragen werden müssten. Wie auch z.B. der Heizungsmonteur müsse auch die Bauspenglerin nicht nur kniend, sondern auch stehend häufig über Kopf arbeiten, denn schwere Fassaden- und Bauteile würden nicht nur bis zu einer Höhe von 1,5 Metern über Grund montiert, sondern häufig auch weitaus höher und teilweise auch unter Dach. Deshalb sei der federführende C. \_\_\_-Gutachter Dr. D. \_\_\_ gerichtlich anzufragen, weshalb er in Abweichung von der Auffassung der IV davon ausgegangen sei, dass es sich bei der gerichtsnotorisch schweren Tätigkeit als (Bau-) Spenglerin um eine leichte Tätigkeit handeln solle. Auch was die Abfolge der zeitlichen Unfallereignisse betreffe, verstrickten sich die Gutachter der C. \_\_\_ in unlösbare Widersprüche. So werde etwa auf Seite 3 des Gutachtens am 30. April 2019 ein «Sturz im Haushalt wegen des Hundes» beschrieben, wobei der Unfall sich aber auf der Strasse im Quartier der Versicherten und nicht in deren Haushalt ereignet habe. Auf Seite 7 des Gutachtens sei dann aber wiederum die Rede von einem «Unfall mit ihrem Hund im Jahre 2018». 2018 habe es aber keinen Unfall mit dem Hund gegeben. Nicht besser werde es hinsichtlich des Autounfalles in Australien mit HWS-Distorsionsfolge. Auf Seite 13 des Gutachtens werde die Heckkollision unter Ziff. 19 exakt dem Datum vom 29. Dezember 2017 zugeordnet. Auf Seite 3 werde diese «Auffahrkollision» aber dem Jahre 2018 zugeordnet. Auf Seite 5 des Gutachtens erfolge die Zuordnung wiederum dem Jahre 2017. Des Weiteren erweise sich das Gutachten der C. \_\_\_ auch deshalb als widersprüchlich, weil die orthopädische Teilgutachterin Dr. F. \_\_\_ der Beschwerdeführerin auf Seite 52 eine massive Limitierung der körperlichen und zeitlichen Belastbarkeit und damit im Ergebnis eine subjektiv ausgeprägte Aggravierung ihrer Beschwerden unterstellt habe, aber gleichzeitig der Internist Dr. med. D. \_\_\_ auf Seite 21 des Gutachtens bestätigt habe, dass keine Hinweise auf Aggravation und Simulation vorhanden seien, vielmehr eine gute Kooperation bestehe. Dieser den beiden Teil-Gutachten inhärente Widerspruch sei in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung («Konsensbeurteilung») vom 23. Februar 2021 nicht aufgelöst worden. Angeblich solle aber am 10. Februar 2021 zwischen Dr. D. \_\_\_, Frau E. \_\_\_, Dr. F. \_\_\_ G. \_\_\_ eine (Konsens-)Besprechung per E-Mail (HIN-geschützt) stattgefunden haben. Unklar sei bis heute, was dort schriftlich «besprochen» worden sei. Von beweisrechtlicher Relevanz sei deshalb der Inhalt dieser «gemeinsamen» E-Mail, weshalb hiermit auch der Antrag auf Herausgabe derselben gestellt werde. Ein weiterer Widerspruch bestehe sodann darin, dass die orthopädische Teilgutachterin die von Dr. med. I. \_\_\_, Neurochirurgie FMH, bei der Versicherten im Bericht vom 24. Juli 2019 noch als «relativ eindrücklich» diagnostizierte Anterolisthese C4/5 auf Seite 51 des Gutachtens

lediglich als «diskret» beurteilt habe. Dieser Widerspruch resultiere daraus, dass in der Aktenzusammenfassung auf Seite 15 des Gutachtens der Bericht von Dr. I. \_\_\_ vom 24. Juli 2019 und das «MRI und Röntgen HWS» lediglich stark verkürzt und summarisch wiedergegeben worden sei, das heisse vor allem ohne deren Qualifizierung als eindrücklichen Befund. Der H. \_\_\_-Röntgenbericht vom 24. Juli 2019 sei als solcher gar nicht erst explizit aufgeführt und auch die entsprechenden Röntgenbilder der H. \_\_\_ seien von den Gutachtern der C. \_\_\_ offensichtlich gar nicht angefordert und eingesehen worden. Die Beschwerdeführerin habe am Tag der Begutachtung die CD-ROM mit den radiologischen Aufnahmen der H. \_\_\_ vom 24. Juli 2019 am Schalter der C. \_\_\_ abgegeben. Nach der Untersuchung durch Dr. med. F. \_\_\_ habe die Beschwerdeführerin die CD-ROM wieder in Empfang und mit sich nach Hause genommen, ohne dass allerdings Dr. F. \_\_\_ diese angesehen habe. Die Rückfrage bei der C. \_\_\_ habe ergeben, dass die Gutachterstelle auch keine Kopie der CD-ROM angefertigt habe. Dr. F. \_\_\_ sei deshalb gerichtlich anzufragen, ob ihr der H. \_\_\_-Röntgenbericht vom 24. Juli 2019 und die sechs-, nicht bloss vierschichtigen Bildaufnahmen vom gleichen Tag vorgelegen hätten und falls ja, weshalb sie den von Dr. I. \_\_\_ erhobenen eindrücklichen Bildbefund im Gutachten nicht übernommen, sondern diesen gegenteils als «diskret» abgeschwächt habe. Dabei sei von besonderer Relevanz, dass die Versicherte selber gemäss eigenen Angaben die Röntgenbilder vom 24. Juli 2019 zwar an den Begutachtungstermin bei Dr. F. \_\_\_ vom 9. November 2020 mitgenommen und am C. \_\_\_-Schalter abgegeben habe, aber nach der Untersuchung wieder mitgenommen habe und sich diese auch nicht bei den IV-Akten befänden. Offensichtlich habe Dr. F. \_\_\_ die Bilder gar nicht selber angeschaut und verglichen, wobei es zu den Grundpflichten eines Gutachters gehöre, das bildgebende Material zu beschaffen und persönlich einzusehen. Das Gutachten der C. \_\_\_ erweise sich sodann als widersprüchlich, weil die orthopädische Teilgutachterin Dr. F. \_\_\_ die bisherige Behandlung der Versicherten auf Seite 51 als adäquat eingeschätzt habe, gleichzeitig aber auf Seite 54 eine selbständige stabilisierende Wirbelsäulengymnastik zur Kräftigung der autochthonen Wirbelsäulenmuskulatur und zur Erhaltung des Gesundheitszustandes gefordert habe und auf Seite 7 im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung zusätzlich eine leitliniengerechte Therapie zur Behebung der Migräne und ihrer Folgen empfohlen worden sei, welche aber bis heute nicht initialisiert worden sei. Nur bei Umsetzung dieser leitliniengerechten Therapie könne von keiner Einschränkung der Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden: «Unter einer leitliniengerechten Therapie ist nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen». Mit anderen Worten sei im Umkehrschluss die Beschwerdeführerin also ohne Therapie aktuell in der Arbeitsfähigkeit eingeschränkt und es bräuchte dann ohnehin zuerst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren nach Art. 21 Abs. 4 ATSG, um die arbeits- und leistungsbefähigende Therapie überhaupt erst um- und durchzusetzen. Des Weiteren würden auf Seite 5 des Gutachtens im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 23. Februar 2021 Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche und Sehstörungen als Befunde erhoben, welche zumindest teilweise im Zusammenhang mit dem eher niedrigen Blutdruck stünden. Auch habe der neurologische Gutachter eine behandlungsbedürftige Migräne diagnostiziert. Warum diesen Befunden kein Krankheitswert zukommen solle und sich diese nicht auf die Arbeitsfähigkeit auswirken sollten, obwohl die Migräne erst nach erfolgreicher Behandlung eine Arbeitsunfähigkeit ausschliessen solle, begründeten die Gutachter ebenfalls nicht. Die Versicherte berichte gleichzeitig über nicht voraussehbare, längerdauernde Schwindelanfälle, welche sich mangels Planbarkeit für einen Arbeitgeber

als unzumutbar erwiesen. Eine neurootologische Teilbegutachtung sei aber dennoch nicht angeordnet worden, dies obwohl die Versicherte als Kind an Mumps erkrankt und 1998 an beiden Ohren bereits operiert worden sei. Gerade bei Verletzungsbildern der vorliegenden Art (Folgen einer erlittenen und im Bericht von Dr. B. \_\_\_ vom 20. November 2019 diagnostizierten HWS-Distorsionsverletzung bei pathologischem HNO-Vorzustand) dränge sich der Beizug eines neurootologischen Gutachters nach der bundesgerichtlichen Rechtsprechung auf, da es sich hier um mit diesen Verletzungsarten besonders vertraute Spezialärzte handle. Den neurootologischen Testverfahren komme dabei zur Objektivierung von HWS-Distorsionsbeschwerden eine tragende Rolle zu. Wenn ein Gutachten derart viele voneinander abweichende Beurteilungen, innere Widersprüche, fehlerhafte inhaltliche Angaben und Unvollständigkeiten aufweise, könne darauf nicht abgestellt werden und es sei stattdessen eine neue Begutachtung durchzuführen. Schliesslich sei festzuhalten, dass die IV-Verfügung vom 25. Mai 2021, welche der SUVA ebenfalls zugestellt worden sei, auf einer C. \_\_\_-Begutachtung beruhe, welche in Unkenntnis der Unfallfolgen vom 8. April 2021 und somit ohne handchirurgische Teilbegutachtung erfolgt sei. Das C. \_\_\_-Gutachten erweise sich auch unter diesem Gesichtspunkt als unvollständig, zumal die Folgen des Ereignisses vom 8. April 2021 hätten beurteilt werden müssen; ein Ereignis, welches vor dem Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 25. Mai 2021 und somit vor dem Zeitpunkt der Grenze der richterlichen Überprüfungsbefugnis datiere. Somit würden die Anträge gestellt, dass die SUVA-Akten im vorliegenden Beschwerdeverfahren beizuziehen seien und zusätzlich ein handchirurgisches Teilgutachten mit dem beantragten Gerichtsgutachten zu veranlassen sei. Bei einer nun klar im Bericht der J. \_\_\_ vom 3. September 2021 bildgebend befundeten fokalen Osteitis – mit dem Auslöser des bekannten Unfallereignisses vom 8. April 2021 – und angesichts der Stellungnahme von Dr. med. B. \_\_\_ vom 1. September 2021, könne weder die mangelhafte C. \_\_\_- Begutachtung noch die aus der Handverletzung zusätzlich resultierende Arbeitsunfähigkeit der Versicherten verneint werden. Die Beschwerdegegnerin vertritt die Ansicht, die medizinischen Untersuchungen hätten ergeben, dass die Beschwerdeführerin weiterhin in Ihrer Tätigkeit als Zeichnerin EFZ 100 % arbeitsfähig sei. Nach der HWS-Distorsion vom 30. April 2019 habe einen Monat eine befristete 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Danach sei die Beschwerdeführerin wiederum 100 % arbeitsfähig gewesen. Mit einer geeigneten Anstellung könne sie weiterhin ein rentenausschliessendes Einkommen erwirtschaften. Es bestehe keine lang dauernde Arbeitsunfähigkeit, welche einen Rentenanspruch begründen würde. Aufgrund des nun im Beschwerdeverfahren eingereichten Berichts von Dr. med. B. \_\_\_ vom 1. September 2021 sei die Sache aber an die IV-Stelle zur Einholung der SUVA-Akten sowie zur Vornahme allenfalls ergänzender Beweisvorkehren zurückzuweisen. 6. Strittig und zu prüfen ist somit, ob die Beschwerdegegnerin den Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 25. Mai 2021 zurecht verneint hat. Die Beschwerdegegnerin anerkennt im Rahmen ihrer Stellungnahme vom 11. Januar 2022 den Rechtsstandpunkt der Beschwerdeführerin teilweise und unterzieht sich zu einem Teil den in der Beschwerdeschrift gestellten Rechtsbegehren. Wie die Beschwerdeführerin sodann mit Stellungnahme vom 17. Januar 2022 zurecht festgehalten hat, bestehen hinsichtlich des Antrags der Beschwerdegegnerin auf Rückweisung zu weiteren Abklärungen übereinstimmende Parteianträge. Dieser Antrag ist nachfolgend auf seine Übereinstimmung mit Tatbestand und Gesetz zu überprüfen. 6.1 Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im

Neuanmeldungsverfahren grundsätzlich – analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) – durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Rentenabweisungsverfügung – vorliegend am 15. Dezember 2017 – bestanden hat (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C\_413/2009 vom 11. September 2009 E. 4), mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 25. Mai 2021 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73, mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C\_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2). Da aber die Rentenabweisung mit Verfügung vom 15. Dezember 2017 nicht aufgrund einer umfassenden Beurteilung der medizinischen Akten erfolgte, sondern aufgrund dessen, dass die Beschwerdeführerin ihre Umschulung zur Zeichnerin mit Eidgenössischem Fähigkeitszeugnis erfolgreich abschloss und damit als erfolgreich eingegliedert galt (vgl. Abschlussbericht der beruflichen Eingliederung der IV-Stelle Solothurn; IV-Nr. 54), kann vorliegend ein Sachverhaltsvergleich unterbleiben. Vielmehr ist die Neuanmeldung vom 22. November 2019 wie eine Erstanmeldung zu behandeln. Bezüglich der vorerwähnten strittigen Frage sind im Wesentlichen folgende Unterlagen von Belang:

6.1.1 Im Bericht vom 26. November 2012 (IV-Nr. 6, S. 2) hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, fest, bei der Beschwerdeführerin bestehe ein Status nach lateraler Meniscusrefixation sowie Resektion zweier Plicae rechts am 19. August 2011. Der Verlauf sei komplikationslos. Sie habe keine Stürze mehr erlitten wie im Dezember, nach Anlaufen verspüre sie jedoch noch bisweilen ein Stechen, tagsüber bessernd. Keine Beschwerden, die ähnlich wie präoperativ wären. Dagegen bestünden Beschwerden Mitte Rücken bis Kreuz, ziehend teils über die rechte Hüfte lateral, teils brennend, offenbar zeige das CT der LWS eine Discushernie L5-S1 mit S1 Reizung links sowie eine leichte Skoliose. Zur Beurteilung hielt Dr. med. Q.\_\_\_\_ fest, einerseits bestehe eine LWS-Problematik mit einer bekannten mässigen Diskushernie, die Sensibilitätsstörungen rechts dürften einer Meralgie entsprechen. Es seien auch der Tensor und der Tractus wie auch der Rectus femoris verkürzt, durch die systematische Dehnung in der Physiotherapie und im Heimprogramm dürfte auch diese Problematik zu bessern sein.

6.1.2 Im Bericht des R.\_\_\_\_ vom 11. Juli 2018 (IV-Nr. 70.14) wurden folgende Diagnosen gestellt: 1. Vd.a. traumatisiertes Ganglion plantar TMT-II/III-Gelenk Fuss links DD leichte Tibialis posterior Tendinopathie mit/bei • Status nach Rückfussdistorsion vor etwa 3 Wochen 2. Status nach Exzision abgekapseltes Hämatom Oberschenkel links vom 7. Juni 2018 Die Beschwerdeführerin habe sich vor etwa drei Wochen den Fuss unklar verdreht, als sie von einem Mäuerchen gesprungen sei. Anschliessend Schmerzen im Bereich des medialen Fussgewölbes, insbesondere bei Belastung, keine Ruheschmerzen. Seitens der Wunde am Oberschenkel noch diskrete Beschwerden, hier Fadenentfernung nächste Woche beim Hausarzt. In der Vorgeschichte mehrfache Sprunggelenksdistorsionen. Mittlerweile bereits regrediente Beschwerden ohne Ruhigstellung. Die von der Beschwerdeführerin beschriebenen Beschwerden liessen sich klinisch nicht auf eine Tibialis posterior Tendinopathie zurückführen, MR-tomographisch sei lediglich der Ansatzbereich etwas verändert. Es finde sich jedoch eine ganglionartige Struktur plantar des TMT-II/III-Gelenks, wobei dieses möglicherweise von der Peroneus longus Sehne ausgehe. Lokal bestehe eine leichte Druckdolenz, so dass von einer Traumatisierung des ansonsten asymptomatischen Ganglions auszugehen sei.

6.1.3 Im Bericht vom 11. Dezember 2018 (IV-Nr. 70.14) diagnostizierten lic. phil. S.\_\_\_\_, Fachpsychologin für Psychotherapie FSB, und Dr. med. T.\_\_\_\_, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, eine Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion ICD-10 F43.21. Es sei keine Medikation verschrieben worden. Da die Beschwerdeführerin die nach dem Paargespräch vereinbarte Einzelsitzung nicht eingehalten und sich auch auf die

Comboxmitteilung der Referentin nicht gemeldet habe, gehe man davon aus, dass sie keine weitere Unterstützung wünsche. 6.1.4 Dr. med. U.\_\_\_\_, Facharzt für Orthopädie und Traumatologie FMH, stellte in seinem Bericht vom 28. Mai 2019 (IV-Nr. 70.57) folgende Diagnosen: HWS-Distorsion am 30. April 2019 - Massiver paravertebraler Muskelhartspann - Blockwirbel C3/C4 - St. n. HWS-Distorsion Jan/2018 bei Auffahrkollision Der Verlauf in den letzten beiden Wochen sei gut mit allerdings noch deutlicher paravertebraler Verspannung der Nackenmuskulatur beidseits und schmerzhaft eingeschränkter Beweglichkeit. Weiterführen der begonnenen Behandlung, Analgesie, Myorelaxation, Physiotherapie. Arbeitsunfähigkeit 100 % bis zum 9. Juni 2019. 6.1.5 Dr. med. U.\_\_\_\_ führte mit Bericht vom 25. Juni 2019 (IV-Nr. 76.81) aus, die Beschwerdeführerin melde sich erneut wegen persistierenden lokalen Schmerzen und Muskelverspannungen im Nackenbereich. Die Akupunktur habe diese Schmerzen eher verstärkt. Die Wiederaufnahme der Arbeit am 18. Juni 2019 habe nicht erfolgen können. Nach wie vor bestehe eine starke Einschränkung sowohl der links-rechts-Rotation als auch der Seitneigung, Flexion und Extension. Kein paravertebraler Muskelhartspann. Weicher Trapezius. Er, Dr. med. U.\_\_\_\_, finde kein anatomisches Korrelat für die von der Beschwerdeführerin empfundenen starken Schmerzen. 6.1.6 Im Bericht des Röntgeninstituts H.\_\_\_\_ vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 70.37) betreffend MRI und Röntgen der Halswirbelsäule wurde zur Beurteilung festgehalten: Streckhaltung, linkskonvexe Skoliose. Kongenitaler Blockwirbel C 3/4, rudimentär angelegtem Discus intervertebralis, Fusion der kleinen Wirbelgelenke linksbetont. Chondrose C4/5, C5/6 und C6/7 diskretem dorsalem Bulging, keine zervikale Diskushernie. Beginnende Spondylarthrose. Kein Hinweis auf traumatische ossäre- oder ligamentäre Läsion. Eingeschränkte Beweglichkeit der HWS in Inklination mit leichtgradiger Überbeweglichkeit im Segment C4/5, keine Instabilität auf Höhe C6/7. 6.1.7 Dr. med. I.\_\_\_\_, Facharzt für Neurochirurgie FMH, stellte in seinem Bericht vom 24. Juli 2019 (IV-Nr. 70.36) folgende Diagnosen: - Persistierendes zervikales Schmerzsyndrom bei: · St.n. Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma am 30. April 2019 bei Sturz · Steifhaltung der Halswirbelsäule mit erheblicher Bewegungseinschränkung zu allen Richtungen · Radiologische Instabilität C4/5 mit Anterolisthese um 3 mm in Inklination · Block-Wirbel C3/4 - St.n. Halswirbelsäulen-Distorsionstrauma 2017/18 bei Autoauffahrunfall in Australien - Chronisches lumbales Schmerzsyndrom Die Beschwerdeführerin komme plangemäss zur Besprechung der stattgehabten Bildgebung (Funktionsaufnahmen und MRI der Halswirbelsäule von heute, 24. Juli 2019, Röntgeninstitut H.\_\_\_\_). Es bestehe ein relativ eindrücklicher Befund einer Anterolisthese C4/5, bereits in der liegenden Stellung im MRI sichtbar, in Inklination auf 3 mm zunehmend und in Reklination komplett reponierend. Bei C5/6 bestehe ebenfalls eine sehr diskrete Anterolisthese. Im MRI bestünden eine diskrete Diskopathie C4/5 mit leichter Dehydratation und leichtem Bulging sowie diskrete Osteochondrosen C5/6 und C6/7. Zusammenfassend bestehe eine radiologische Instabilität C4/5, die möglicherweise durch ein Hyperflexionstrauma mit Überdehnung der dorsalen Strukturen der Halswirbelsäule entstanden sei. 6.1.8 Dr. med. B.\_\_\_\_, Facharzt für orthopädische Chirurgie, führte in seinem Bericht vom 20. November 2019 (IV-Nr. 70.28) aus, er sehe in der heutigen Sprechstunde eine Patientin nach stattgehabtem Sturzereignis mit HWS-Distorsion vom 30. April 2019. Es handle sich hierbei um einen prolongierten Heilungsverlauf mit nach wie vor bestehenden deutlichen Schmerzen im Sinne eines cervicocephalen Syndromes. Die geklagte Schmerzproblematik sei derart heftig, dass der Tagesablauf offensichtlich gestört sei und durch die Schmerzattacken deutliche Einschränkung finde. Lokal imponierten im

Bereich der oberen HWS eine deutlich druckdolente Muskulatur sowie auf Druckreiz sich aufbauende Schmerzen nach supraorbital sowie abstrahlen im Verlauf der Muskulatur nach dorsal zwischen die Schulterblätter. Radiologisch fänden sich Auffälligkeiten, die die Beschwerdesymptomatik weiterhin erklären liessen, vor allen Dingen im Hinblick auf die sich ergebende richtungsweisende Verschlimmerung durch das Unfallereignis. 6.1.9 Dr. med. V.\_\_\_\_, Facharzt für Neurologie, führte in seinem Bericht vom 20. Februar 2020 (IV-Nr. 76.10) aus, bei der Beschwerdeführerin sei es am 30. April 2019 zu einem Stolpersturz in Zusammenhang mit ihrem Hund gekommen, sie sei nach vorne auf beide Hände gefallen, es sei nicht zu einer äusseren Verletzung im Kopf- und Gesichtsbereich gekommen. Sie habe zunächst noch zwei Tage arbeiten gehen können, dann hätten aber die Beschwerden zugenommen und seien seither eigentlich konstant geblieben. Es werde ein buntes Beschwerdebild beschrieben mit im Vordergrund stehenden ständigen zervikalen Beschwerden und intermittierenden Ausstrahlungen zum Kopf sowie zu allen Extremitäten verbunden mit weiteren Beschwerden wie Schwindel, Übelkeit, Zittern an den Extremitäten, Sehstörungen und Müdigkeit. Die aktuelle klinisch-neurologische Untersuchung sei normal, es zeige sich ein diskretes Hornersyndrom rechts, welches als physiologische Variante eingestuft werden könne. Es bestünden keine sensomotorischen radikulären Defizite an den Extremitäten, es fänden sich auch keine Hinweise für eine zentralnervöse Schädigung. Die anamnestiche Schilderung der Kopfschmerzen bereits in der Jugend lasse am ehesten an eine Migräne ohne Aura denken, diese Kopfschmerzen hätten offenbar seit dem Unfall vom April 2019 an Häufigkeit zugenommen. Aufgrund der Heckkollision im Dezember 2017 in Australien hätten diese Beschwerden zugenommen. Das Ansprechen auf die bisherigen therapeutischen Massnahmen sei an sich als durchaus paradox einzustufen, weil die Symptomatik nach den verschiedensten Behandlungen jeweils zugenommen habe. Dieser Verlauf sei sicherlich bemerkenswert, vom Neurochirurgen sei der Verdacht auf eine Somatisierung geäussert worden. Aus neurologischer Sicht könne aktuell festgehalten werden, dass keine traumatisch bedingten Schäden im Bereich des zentralen oder peripheren Nervensystems nachgewiesen werden könnten. Die Kopfschmerzen seien im Sinne einer Migräne zu interpretieren und nicht verdächtig für einen sekundären oder gefährlichen Kopfschmerz. Das Vorliegen eines zervikogenen Kopfschmerzes oder eines chronischen Kopfschmerzes nach kraniozervikalem Beschleunigungstrauma könne aufgrund der aktuellen diagnostischen Kriterien der internationalen Kopfwehgesellschaft von 2018 nicht bestätigt werden. Es ergebe sich dementsprechend zurzeit aus neurologischer Sicht keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei somit aus neurologischer Sicht zurzeit für sämtliche Tätigkeiten nicht eingeschränkt. 6.1.10 Im polydisziplinären C.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Februar 2021 (IV-Nr. 100.1; Fachrichtungen: Neurologie, Orthopädie, Psychiatrie und Innere Medizin) wurden folgende Diagnosen gestellt: Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) Keine. Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Zervikobrachialsyndrom beidseits ohne radikuläre Reizung, Klippel-Feil-Syndrom (Blockwirbel HWK 3/4) 2. Thorakolumbalsyndrom ohne radikuläre Reizung, Status nach Morbus Scheuermann des thorakolumbalen Überganges 3. Geringe linkskonvexe lumbale Skoliose 4. Senk-Spreizfuss beidseits 5. Migräne ohne Aura Die von der Versicherten aus internistischer Sicht geschilderten Symptome Gleichgewichtsstörungen, Ohrgeräusche und Sehstörung könnten zumindest teilweise durchaus in Zusammenhang stehen mit dem eher niedrigen Blutdruck, den sie ebenfalls angebe. Dieser bestätige sich bei der heutigen

Untersuchung und müsse als konstitutionell angesehen werden. Es ergebe sich hieraus insgesamt kein Krankheitswert. Krankheitswertige Diagnosen könnten allgemein auf internistischem Gebiet nicht gestellt werden. Es lägen keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit vor. Sodann wurde in psychiatrischer Hinsicht ausgeführt, eine Anpassungsstörung gemäss F43.2 liege aktuell, bei fehlenden affektiven Symptomen, nicht vor. Eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung (ICD-10: F45.10) liege ebenfalls nicht vor, da diese Diagnose gemäss ICD-10 unter anderem voraussetze, dass sowohl hinsichtlich Entstehung als auch Verlauf der Schmerzen emotionale Konflikte oder psychosoziale Probleme die Hauptursache darstellten (Formulierung ICD-10: «Einschneidende ursächliche Einflüsse»). Dies sei bei der Versicherten nicht der Fall. Aus orthopädischer Sicht stellten sich in den aktuellen Röntgenaufnahmen der Halswirbelsäule einschliesslich Funktionsaufnahmen in Inklination und Reklination vom 27. Januar 2021 lediglich die bekannte angeborene Blockwirbelbildung im Segment HWK 3/4 sowie eine konsekutiv gering vermehrte Beweglichkeit im Segment HWK 4/5 dar, die die von der Versicherten angegebenen Schmerzen mit Ausstrahlung in den Kopf und in beide Arme jedoch nicht erklärten. In den Röntgenaufnahmen der Brustwirbelsäule vom 27. Januar 2021 hätten eine mässige ventralbetonte Spondylosis sowie Schmorl'sche Knorpelknötchen als Hinweise auf einen abgelaufenen Morbus Scheuermann in der unteren Brustwirbelsäule und dem thorakolumbalen Übergang bestanden, die die im Rahmen der orthopädisch-traumatologischen Untersuchung angegebenen Schmerzen im Bereich der gesamten Brustwirbelsäule nur zum (geringen) Teil erklärten. In den aktuellen Röntgenaufnahmen der Lendenwirbelsäule vom 27. Januar 2021 zeige sich bis auf die angeborene minime linkskonvexe Rotationsskoliosefehlhaltung der mittleren und oberen Lendenwirbelsäule ein regelrechter radiologischer Untersuchungsbefund. Von orthopädisch-traumatologischer Seite bestünden daher für die angegebenen Missempfindungen an beiden Oberschenkel-Innenseiten, das Zittern und die gelegentlich auftretende Instabilität in beiden Beinen keine entsprechenden pathologischen Korrelate. Zusammenfassend bestünden von orthopädisch-traumatologischer Seite keine Erkrankungen der Versicherten, die eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen würden. Sodann wurde in neurologischer Hinsicht festgehalten, klinisch-neurologisch liege ein vollständig regelrechter Untersuchungsbefund vor. Die Anamnese spreche für das Vorliegen einer Migräne ohne Aura. Hierbei handle es sich um eine grundsätzlich behandelbare Krankheit. Aktuell erfolge keinerlei Therapie. Unter einer leitliniengerechten Therapie sei nicht von einer Einschränkung der Leistungsfähigkeit auf neurologischem Gebiet auszugehen. Zusammenfassend wurde aus interdisziplinärer Sicht festgehalten, aus orthopädischer Sicht würden unter Berücksichtigung des schlanken Habitus der Versicherten körperlich dauerhaft mittelschwere bis schwere Tätigkeiten als ungeeignet angesehen. Weitere Einschränkungen seien fachübergreifend nicht gesehen worden. Aufgrund der anhaltenden subjektiven, therapieresistenten Wirbelsäulenschmerzen wäre eine wechselbelastende Tätigkeit in Übereinstimmung mit der subjektiven Einschätzung der Versicherten, auch wenn streng genommen keine stringenten medizinischen Gründe dafür vorlägen, sinnvoll. 6.1.11 Im Bericht der J. \_\_\_ betreffend das MRT der rechten Hand vom 3. September 2021 (B [Beschwerdebeilage] 19) wurde zur Beurteilung festgehalten: - Fokale Osteitis/Residuum einer Kontusion radial palmar am Köpfchen von MC 1 und begleitender Gelenkerguss im MCP G1 ohne erkennbare Ruptur der Kollateralbänder: Möglicherweise Läsion der palmaren Platte. Gegebenenfalls ergänzende dedizierte Untersuchung des MCP G1 Gelenkes. - Keine sonstigen Begleitverletzungen im

Untersuchungsbereich. 6.1.12 Mit Bericht vom 1. September 2021 hielt Dr. med. B.\_\_\_\_ auf die Frage des Vertreters der Beschwerdeführerin, wie er die unfallbedingte Arbeitsfähigkeit (Unfall vom 8. April 2021: Handgelenk, Arm, Ellbogen) in der angestammten Tätigkeit als Bauspenglerin und in einer angepassten Tätigkeit beurteile, Folgendes fest: Aufgrund der vorliegenden Befunde aus dem Departement für Orthopädie und auch aus der Handchirurgie des R.\_\_\_\_ halte er, Dr. med. B.\_\_\_\_, eine Arbeitsfähigkeit im Berufsbild der Bauspenglerin EFZ nicht für gegeben. Es bestehe aus seiner Sicht für diese Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit aufgrund der erlittenen Verletzungen, welche in den Akten dokumentiert seien. Des Weiteren liege eine Bildgebung vor, die diese Verletzung bestätigt habe (Ultraschalldiagnostik Handchirurgie). In einer angepassten Tätigkeit (die Probandin habe ja einen Zweitberuf als Hochbauzeichnerin) bestehe sicherlich eine Teilarbeitsfähigkeit von 50 – 60 %. Diese angepasste Tätigkeit sollte nur moderat handbelastend sein, respektive mit der Gegenseite ausführbar sein. Aufgrund der bestehenden Schmerzsymptomatik halte er hier einen erhöhten Pausenbedarf für notwendig (ca. 15 – 20 Minuten pro Arbeitsstunde zum Ausführen des ergotherapeutisch erlernten Übungsprogramms), woraus sich das reduzierte Arbeitspensum welches oben genannt sei, ergebe. Weiter führte Dr. med. B.\_\_\_\_ aus, aufgrund der vorliegenden Verletzungsmuster und der nach wie vor bestehenden Belastungseinschränkung der betroffenen oberen Extremität (rechter Ellenbogen und Hand der Rechtshänderin) liege aktuell eine deutliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, wobei man hier konstatieren müsse, dass der medizinische Endzustand hinsichtlich des Unfalls vom 8. April 2021 noch nicht erreicht sei. Diesbezüglich sollte noch eine weitere Therapie erfolgen. Unter optimalem Umsetzen der Therapie erachte er das Erreichen des medizinischen Zustandes im Zeitraum der nächsten sechs Monate für realistisch. Aufgrund des jungen Alters der Beschwerdeführerin wäre eine volle Arbeitsfähigkeit wieder anzustreben. In Bezug auf die Unfallfolgen des genannten Unfalls vom 8. April 2021 erscheine dies innerhalb der nächsten sechs Monate für realisierbar. 7. Die Beschwerdegegnerin stützt sich im angefochtenen Entscheid im Wesentlichen auf das polydisziplinäre C.\_\_\_\_-Gutachten vom 23. Februar 2021 (IV-Nr. 100.1), weshalb dessen Beweiswert zu prüfen ist.

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