

SO_GERICHTE VSBES.2021.142 vom 2. Juli 2021

SO Obergericht, 2021-07-02, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.142

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.142 du 2 juillet 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.142 del 2 luglio 2021

Erwägungen

E. 1

Die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom

E. 2

2.1 Im vorliegenden Fall steht eine Rentenberechtigung ab 2017 zur Debatte (s. A.S. 2 sowie E. I. 2 hiervor). In der Zwischenzeit sind am 1. Januar 2022 verschiedene Änderungen im Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) sowie in der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in Kraft getreten, welche u.a. die Bemessung des Invaliditätsgrades neu regeln. Die entsprechenden Übergangsbestimmungen betreffen indes nur die Anpassung laufender altrechtlicher Renten und sind damit hier nicht anwendbar. Fehlen besondere übergangsrechtliche Regelungen, so sind diejenigen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des zu Rechtsfolgen führenden Tatbestandes Geltung haben (BGE 132 V 215 E. 3.1.1 S. 220). Demnach bleiben die Bestimmungen des IVG und der IVV in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung weiterhin massgebend, wenn die Verfügung über die erstmalige Rentenzusprache nach dem 1. Januar 2022 erfolgt, aber einen Rentenanspruch vor dem 1. Januar 2022 begründet (Rz 9101 Kreisschreiben über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung / KSIR, in Kraft seit dem 1. Januar 2022). Dies muss auch dann gelten, wenn wie hier eine vor dem 31. Dezember 2021 ergangene Verfügung der IV-Stelle über den Rentenanspruch angefochten wird und das Gericht darüber erst nach dem 1. Januar 2022 entscheidet.

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

2.3 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (s. E. II.

E. 2.1

hiervor) besteht gemäss Art. 28 Abs. 2 aIVG der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht

Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelsrente.

E. 3

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

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1, Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1 mit Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3.b S. 195). Das Bundesrecht schreibt nicht vor, wie die einzelnen Beweismittel zu würdigen sind. Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. 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 (a.a.O.).

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

E. 4

4.1 Die Beschwerdegegnerin legt in der angefochtenen Verfügung (A.S. 1 ff.) dar, die ausführlichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass bei der Beschwerdeführerin nach Ablauf des Wartejahres (15. Juni 2017) in der angestammten, zum Teil grob manuell und wirbelsäulenbelastenden Tätigkeit im Reinigungsdienst eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bestehe. In einer leichten bis mittelschweren Tätigkeit (wirbelsäulenschonend, ohne repetitiv vornübergebeugte Positionen, ohne repetitive Gewichtbelastungen über 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen, ohne längere Wegstrecken, ohne Treppensteigen und ohne kniende Positionen) liege jedoch eine Arbeitsfähigkeit von 70 % vor. Aus dem erneuten psychiatrischen Gutachten vom 19. November 2020 ergäben sich keine neuen Erkenntnisse. Man stelle daher auf die Beurteilung des polydisziplinären Gutachtens vom 6. Februar 2019 und die darin attestierte Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer Verweistätigkeit ab, welche keinen Anspruch auf eine Invalidenrente begründe. Gestützt auf den Einwand der Beschwerdeführerin vom 12. September 2019 sei der Einkommensvergleich angepasst und beim Valideneinkommen auf das Durchschnittseinkommen der Jahre 2011 bis 2015 abgestellt worden. Beim Invalideneinkommen sei die Nominallohnindexierung vorgenommen worden. Die Voraussetzungen für einen Abzug vom Tabellenlohn seien nicht erfüllt. Wenn leichte bis mittelschwere Arbeiten zumutbar seien, sei alleine deswegen auch bei eingeschränkter Leistungsfähigkeit noch kein Abzug gerechtfertigt.

Zu den Einwänden werde wie folgt Stellung genommen: Das Teilgutachten Psychiatrie des polydisziplinären Gutachtens vom 6. Februar 2019 sei aus rechtlicher Sicht nicht schlüssig und nachvollziehbar (fehlende Begründung / nicht nachvollziehbare Diagnosestellung / widersprüchliche Aussagen). Dementsprechend habe nicht darauf abgestellt werden können, dies insbesondere auch, da die Rückfragen an die Begutachtungsstelle unbeantwortet geblieben seien. In der Folge sei ein psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C. ___ eingeholt worden. Dieser komme zum Schluss, dass eine valide diagnostische Beurteilung nicht möglich sei. Seine Ausführungen seien schlüssig und nachvollziehbar. Auf Grund der Aggravation und / oder Simulation könne auch keine Indikatorenprüfung vorgenommen werden. Betreffend den psychiatrischen Zustand ergäben sich daher keine neuen Erkenntnisse. Die Gutachter kämen in der interdisziplinären Gesamtbeurteilung des polydisziplinären Gutachtens vom 6. Februar 2019 zum Schluss, dass die Beschwerdeführerin seit dem 23. Mai 2016 in einer angepassten Tätigkeit zu 70 % arbeitsfähig sei. Diese Einschätzung basiere ausschliesslich auf der rheumatologischen Untersuchung. Der Aktennotiz des Regionalen Ärztlichen Dienstes (RAD) vom 6. Februar

2020 lasse sich entnehmen, dass auf die somatischen Teilgutachten abgestellt werden könne. Nur weil das Teilgutachten Psychiatrie des polydisziplinären Gutachtens vom 6. Februar 2019 nicht den Anforderungen entspreche, verliere dadurch nicht automatisch das komplette polydisziplinäre Gutachten seinen Beweiswert. Die Beweislosigkeit betreffend den psychiatrischen Zustand gehe zu Lasten der Beschwerdeführerin.

Zu Alter und Invalidität: Im Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. C.____ sei die Beschwerdeführerin knapp 61 Jahre alt gewesen. Zu diesem Zeitpunkt seien noch etwas mehr als drei Jahre bis zum Erreichen des gesetzlichen Rentenalters verblieben. Diese Zeitspanne könne als ausreichend bezeichnet werden, um mit dem bestehenden Zumutbarkeitsprofil und einer nur leicht reduzierten Arbeitsfähigkeit eine neue einfache Erwerbstätigkeit aufzunehmen, sich einzuarbeiten und die Arbeit auszuüben.

4.2 Die Beschwerdeführerin lässt dem in ihrer Beschwerde (A.S. 8 ff.) entgegenhalten, abgesehen davon, dass nicht auf die von der Beschwerdegegnerin initiierten Gutachten und die von den Gutachtern attestierte Restarbeitsfähigkeit von 70 % abgestellt werden könne, sei davon auszugehen, dass sie die (bestrittene) verbliebene Restarbeitsfähigkeit auf Grund des bereits fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwerten könne und eine Altersinvalidität zu bejahen sei. Die Beschwerdeführerin sei über 61 Jahre alt. Es verbleibe nicht einmal mehr eine Aktivitätsdauer von drei Jahren. Sie könne ihre angestammte Tätigkeit nicht mehr ausüben und sei auf leichte bis mittelschwere Tätigkeiten, wirbelsäulenschonend, ohne repetitive vornübergebeugte Positionen, ohne repetitive Gewichtsbelastung über 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen, ohne längere Wegstrecken, ohne Treppensteigen und ohne kniende Positionen angewiesen. Auch solche Tätigkeit könne sie bloss in einem Pensum von 70 % ausüben. Das Spektrum an zumutbaren Hilfsarbeiten sei erheblich eingeschränkt. Hinzu komme, dass die Beschwerdeführerin zuvor jahrelang beim selben Arbeitgeber und zuvor auch bloss in der Reinigungsbranche tätig gewesen sei, über keine Ausbildung verfüge und einen Migrationshintergrund aufweise. Die Verwertung der (bestrittenen) Restarbeitsfähigkeit könne auch gestützt auf die Selbsteingliederungspflicht nicht mehr zugemutet werden. Dies auf Grund der erheblichen Einschränkungen, der kurzen Aktivitätsdauer und der zu erwartenden langen Umstellungs- und Einarbeitungsdauer. Es liege damit eine vollständige (Alters-)Invalidität vor. Dies seit Anspruchsbeginn, da der relevante Zeitpunkt zur Beurteilung des Rentenanspruchs noch gar nicht feststehe. Werde eine Altersinvalidität bejaht bzw. die Verwertung einer allfälligen Restarbeitsfähigkeit verneint, gelte dies ab Beginn des Rentenanspruchs.

Sofern nicht bereits anhand des vorstehend Ausgeführten auf eine Altersinvalidität geschlossen werden sollte, verbiete sich ein Abstellen auf das psychiatrische Gutachten der Begutachtungsstelle B.____, da dieses beweisuntauglich sei. Es sei weder schlüssig noch nachvollziehbar und auch unvollständig. Dem psychiatrischen Teilgutachten sei hauptsächlich zu entnehmen, dass überhaupt keine Beurteilung vorgenommen worden sei. Das angebliche Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin liege nicht vor und es sei auch nicht im Geringsten nachvollziehbar, wieso ein angebliches Aggravationsverhalten während der neuropsychologischen Testung dazu führe, dass auch die psychiatrische Gutachterin keine Beurteilung vornehmen könne. Gleiches führe die RAD-Ärztin in ihrer Stellungnahme vom 11. November 2019 aus. Dass bei der Beschwerdeführerin kein Aggravationsverhalten vorliege, zeige sich sodann klarerweise daran, dass die von ihr geklagten Schmerzen objektivierbar seien. Gemäss dem Rheumatologen seien die

Beschwerden und die Beeinträchtigungen erklärbar. Die psychiatrische Gutachterin widerspreche sich, wenn sie einerseits von einer Aggravation ausgehe und dann dennoch die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren stelle. Das Verhalten der Beschwerdeführerin sei auf Grund der Schmerzstörung erklärbar. Weiter sei nicht ersichtlich, weshalb diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit haben sollte. Ausserdem sei bei der Beschwerdeführerin klarerweise auch vom Vorliegen einer depressiven Störung auszugehen, was vom behandelnden Psychiater Dr. med. D.____ seit Februar 2018 festgehalten werde. Dieser habe auch ausgeführt, dass aus seiner Sicht keine Hinweise für Aggravierungs- oder Simulationstendenzen bestünden. Auch der RAD habe im Bericht vom 28. September 2018 festgehalten, dass die von Dr. med. D.____ gestellten Diagnosen objektiv nachgewiesen seien.

Auch das erneute psychiatrische Gutachten von Dr. med. C.____ sei nicht beweistauglich. Diesem sei wiederum bloss zu entnehmen, dass überhaupt keine Beurteilung vorgenommen worden sei. Begründet werde dies wiederum mit einem angeblichen Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin. Der psychiatrische Gutachter schliesse offensichtlich auf Grund von neuropsychologischen Performanzvalidierungstests auf ein solches. Der Gutachter habe die Beschwerdeführerin aber nicht in neuropsychologischer, sondern psychiatrischer Hinsicht zu beurteilen gehabt. Es sei nicht im Geringsten nachvollziehbar, wieso ein angebliches Aggravationsverhalten während einer neuropsychologischen Testung dazu führe, dass auch in psychiatrischer Hinsicht keine Beurteilung vorgenommen werden könne. Klarerweise hätte der Gutachter eine Beurteilung vornehmen und danach die Frage der Konsistenz beantworten müssen. Zudem habe sich auch Dr. med. C.____ nicht hinreichend mit der von Dr. med. D.____ gestellten Diagnose einer depressiven Störung auseinandergesetzt. Auch die Beschwerdegegnerin selbst gehe offensichtlich davon aus, dass nicht auf das Gutachten von Dr. med. C.____ abgestellt werden könne, denn wie sie in der Verfügung selbst festhalte, liessen sich hieraus keine Erkenntnisse gewinnen, weshalb die Beschwerdegegnerin schliesslich auf das Gutachten des B.____ abstelle. Der psychiatrische Zustand sei damit noch immer nicht rechtsgenügend abgeklärt.

Zur Wahrung sämtlicher Rechte sei schliesslich festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin selbst unter der Annahme einer Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Tätigkeit in einem Pensum von 70 % Anspruch auf eine Invalidenrente habe. Denn es sei vom Invalideneinkommen zwingend ein leidensbedingter Abzug vorzunehmen. Die Beschwerdeführerin sei auch im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeiten in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt. Bereits das Erfordernis einer wechselbelastenden Tätigkeit führe rechtsprechungsgemäss zu einem Abzug von 10 %. Hinzu kämen das stark fortgeschrittene Alter, die Teilzeitarbeit, die fehlende Ausbildung und die bereits seit längerem bestehende Abwesenheit vom Arbeitsmarkt. Es sei ein Abzug von mindestens 20 % gerechtfertigt. Es resultiere ein Invaliditätsgrad von rund 50 % und die Beschwerdeführerin habe somit mindestens Anspruch auf eine halbe Rente.

Sollte das angerufene Gericht wider Erwarten nicht auf einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin schliessen, gelte es zu konstatieren, dass der medizinische Sachverhalt noch immer nicht rechtsgenügend abgeklärt worden sei und entsprechend zwingend weitere Abklärungen vorzunehmen wären.

5. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdegegnerin einen Rentenanspruch der Beschwerdeführerin zu Recht verneint hat. Zur Beurteilung sind im Wesentlichen die folgenden medizinischen Unterlagen relevant:

5.1 Dr. med. E.____, Facharzt für Rheumatologie, Innere Medizin und Sportmedizin, berichtete am 12. Mai 2016 (IV-Nr. 19 S. 19 ff.) über eine Polyarthrose. Grundsätzlich zeigten sich allgemein internistische Erkrankungen im Sinne eines metabolischen Syndroms mit einer Adipositas mit einem medikamentös behandelten Diabetes mellitus und einer beginnenden hypertensiven Herzkrankheit mit arterieller Hypertonie. In diesem Rahmen bestehe eine erhebliche allgemeine muskuläre Dekonditionierung. Der Handstatus ergebe rein klinisch keine Auffälligkeiten, jedoch eine diffuse Druckempfindlichkeit sämtlicher peripheren Fingergelenke. Ein aktuelles Handröntgenbild habe keine nennenswerten relevanten degenerativen Veränderungen am Handskelett ergeben. Er gehe davon aus, dass rein klinisch eine beginnende Fingerpolyarthrose trotzdem bestehe, klar akzentuiert durch die tagtäglichen regelmässigen manuellen Belastungen durch die jahrelange Reinigungstätigkeit. Aktuelle Röntgenbilder beider Kniegelenke ergäben beidseits eine deutliche Verschmälerung des medialen Kompartimentes rechts mehr als links mit subchondraler Sklerosierung des Tibiaplateaus. Zusätzlich rechts osteophytäre Ausziehungen am medialen Femur ■ und Tibiacondylus sowie auch retropatellär, so dass von einer bilateralen rechtsbetonten Varusgonarthrose und leichter Femoropatellararthrose auszugehen sei. Grundsätzlich bestehe ganz klar das Problem, dass die Beschwerdeführerin eigentlich für regelmässige Reinigungstätigkeiten 100 % arbeitsunfähig sei. Aus rheumatologisch-theoretischer Sicht bestehe jedoch ebenso eine mindestens 80 % Arbeitsfähigkeit für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, adaptierte berufliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft.

5.2 Im Bericht von Dr. med. F.____, Spital G.____, Klinik Rheumatologie & Rehabilitation, vom 23. Juni 2016 (IV-Nr. 19 S. 16 ff.) werden ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont und ein Verdacht auf eine Deckplattenimpression BWK12 (Befund MRI Juni 2015) diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin leide seit 14 Jahren unter lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in das dorsale Bein bis Ferse rechtsbetont in Form eines Dauerschmerzes mit Zunahme beim Gehen mehr als 20 Minuten, langem Liegen, Anlaufen sowie Sitzen. Sie habe ein lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechtsbetont, welches anamnestisch an eine S1-Symptomatik erinnere. Es fänden sich jedoch weder in der klinischen Untersuchung noch im MRI Hinweise für eine radikuläre Symptomatik. Auch fänden sich keine Hinweise für eine motorische Ausfallssymptomatik L5/S1 bei ansonsten nicht beurteilbarer Kraft infolge massiven Gegenspannens. Die diffuse, dermatomübergreifende Hyposensibilität im rechten Bein sei nicht verwertbar. Das Ausmass der beklagten Beschwerden und der Grad der Behinderung der Beschwerdeführerin seien nicht gänzlich mit den Untersuchungsbefunden und den radiologischen Veränderungen zu erklären. Auf Grund der 5/5 positiven Waddell-Zeichen bestehe ein deutlicher Hinweis für eine nicht-organische Komponente im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Allenfalls müsste zum sicheren Ausschluss einer möglichen radikulären Begleitsymptomatik eine neurologische Beurteilung inklusive Elektrophysiologie veranlasst werden. Es würden jedoch dringend eine psychiatrische Mitbetreuung und eine baldmögliche Wiederaufnahme zumindest in einem 50%igem Pensum der Arbeitstätigkeit empfohlen.

5.3 Im Austrittsbericht des Spitals G.____, Klinik Rheumatologie & Rehabilitation, vom 14. Oktober 2016 (IV-Nr. 19 S. 11 ff.), über einen stationären Aufenthalt vom 16. September bis 1. Oktober 2016 werden folgende Diagnosen erhoben:

Die stationäre Aufnahme sei zur Abklärung und Behandlung eines exazerbierten lumbospondylogenen Schmerzsyndroms rechtsbetont mit seit vier Monaten exazerbierten lumbalen Schmerzen mit Ausstrahlung in Form eines Dauerschmerzes erfolgt. Unmittelbar nach der stationären Aufnahme sei die Beschwerdeführerin in eine konservative multimodale Schmerztherapie integriert worden. Am 21. September 2016 seien Facettengelenksinfiltrationen LWK4-SWK1 beidseits erfolgt, die zu keiner Besserung der Beschwerdesymptomatik geführt hätten. Im Verlauf und trotz aufgebauter medikamentöser Analgesie hätten die Schmerzen bei NRS 8/10 persistiert. Im psychiatrischen Konsil vom 22. September 2016 sei die Diagnose sowohl einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren als auch einer Depression mit aktuell längerer Episode gestellt worden.

5.4 Im Verlaufsbericht von Dr. med. F.____, Spital G.____, Klinik Rheumatologie & Rehabilitation, vom 9. November 2016 (IV-Nr. 19 S. 9 f.) wird festgehalten, die Beschwerdeführerin berichte im Rahmen der Verlaufskontrolle über keine Besserung der Beschwerden trotz ausgebauter Analgesie und stattgehabter Facettengelenksinfiltration mit zum Teil vermehrten lokalen Schmerzen im Bereich der Infiltration. Es werde das sukzessive Sistieren der Schmerzmedikation empfohlen. Wichtig seien das Beibehalten der schmerzmodulierenden Therapie und das Fortführen einer psychiatrischen Mitbetreuung mit Erlernen von Schmerz coping-Mechanismen. Im Weiteren seien zum Muskelaufbau und Entspannung eine Wassertherapie in Gruppe, kombiniert mit einmal pro Woche Einzelgymnastik mit zunehmend Einbau einer Kräftigungs- und Ausdauer-Therapie empfohlen. Aus rheumatologischer Sicht könne keine Weiterführung der Arbeit attestiert werden.

5.5 Im Arztbericht der Hausärztin, Dr. med. H.____, Fachärztin für Allgemeinmedizin, vom 26. März 2017 (IV-Nr. 19 mit Beilagen) werden diese Diagnosen aufgeführt:

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: keine

Die Arbeitsunfähigkeit betrage 100 % seit dem 23. Mai 2016. Die bisherige Tätigkeit sei nicht mehr zumutbar. Eine angepasste Tätigkeit müsste wechselbelastend sein, mit körperlich leichter Belastung. In welchem zeitlichem Rahmen eine solche Tätigkeit zumutbar sei, sei unklar.

5.6 Dr. med. I.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Verhaltensneurologie und Neuropsychologie, und Dr. med. P.____, Fachärztin für Neurologie, spez. Neuropsychologie und Verhaltensneurologie, erstellten für die Krankentaggeldversicherung [...] am 4. Mai 2017 ein psychiatrisch-psychopathologisches und verhaltensneurologisch-leistungspsychologisches Teilgutachten (IV-Nr. 22.9). Darin wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin beklage chronifizierte Symptome eines Panvertebralsyndroms mit vordergründigem Iumbo- und zervikospondylogem sowie zervikozepalem Syndrom, zusätzliche Schmerzen auch in anderen Körperregionen (beide Hände und Kniegelenke), schmerzbedingte Dysomie, verstärkte Tagesmüdigkeit und neurokognitive Beschwerden (Vergesslichkeit). Eine depressive Verstimmung werde auch auf explizites Nachfragen hin verneint. Anlässlich einer Beurteilung im Oktober 2016 durch das Spital G.____, würden zusätzlich eine «chronische Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren» sowie eine Depression als Diagnosen aufgeführt. Auf die bisherigen Behandlungsmassnahmen sei es im Verlauf zu keiner signifikanten Schmerzlinderung

gekommen (S. 6). Im Rahmen der eigenen klinischen Exploration zeige sich eine interaktionell meist kooperative, klagsame, auf ihre Beschwerden fixierte Beschwerdeführerin mit zeitweiser eingeschränkter Leistungsbereitschaft, die aber unter Motivation gesteigert werden könne. Phänomenologisch lasse sich ausserhalb einer dysthymen Zeichnung keine affektpathologische Alteration feststellen. Die Gedankengänge seien kohärent, die psychische und kognitive Belastbarkeit sowie die Kontroll- und Steuerungsfähigkeit nicht beeinträchtigt. Insbesondere zeige die Beschwerdeführerin über den gesamten Verlauf der Exploration keine Antriebs-, Initiations- oder Impulskontrollstörung und keine psychomotorische Hemmung oder anderweitige affektpathologische Störungsbilder. Die berufsbezogene neuropsychologisch-verhaltensneurologische Abklärung ergebe im kognitiven Bereich unter Berücksichtigung eines prämorbid tiefen bis höchstens mittleren Leistungsprofils sowie ordentlichem Leistungswillen im Untersuchungsgang keine Beeinträchtigung der kognitiven Basisfunktionen: Das Arbeitsgedächtnis, das episodische Gedächtnis, die Fehlerkontrolle, die kognitive Verarbeitungsgeschwindigkeit sowie die Handlungs- und Planungskontrolle seien unauffällig. Hinweise auf eine kortikale oder subkortikale Funktionsstörung bzw. für eine hirnorganisch bedingte Leistungseinschränkung und Leistungsdefizite, die mit Auswirkungen einer allenfalls larviert (funktionellen) depressiven Symptomatik vereinbar wären, fänden sich nicht. Gesamthaft liessen sich keine kognitiven Einschränkungen an die im angestammten Beruf gestellten Anforderungen ableiten. Das Alltagsaktivierungsspektrum sei durch neurokognitive Symptome nicht limitiert. Es könnten im Rahmen der gutachterlichen Momentaufnahme objektiv-psychopathologisch keine Veränderungen festgehalten werden, welche den Schwellenwert für die normativ-versicherungsmedizinisch geforderte Erheblichkeit von affektpathologischen Alterationen (und konsekutiv handlungsbegleitender neurokognitiver und psychosozialer Funktionsdefizite) erreichen würden und damit für eine krankheitswertige Störung im versicherungsmedizinischen Sinne qualifizieren könnten. Im Rahmen der eigenen klinisch-psychopathologischen Exploration sehe man eine interaktionell kooperative Beschwerdeführerin mit streckenweise demonstrativ-betonenden Verhaltensanteilen und verminderter Leistungsbereitschaft, phänomenologisch könne bei höchstens dysthymen Zeichnung ein subklinischer affektpathologischer Status ohne relevanten Krankheitswert bzw. Störungscharakter objektiviert werden (Antrieb, Denken, pragmatisches Kommunikationsverhalten, handlungsbezogene neurokognitive Funktionen). Die demnach für die Bemessung von Arbeitsfähigkeitsprozenten nach versicherungsmedizinischen Kriterien geforderte klinisch-objektive Schweregradbeurteilung impliziere heute aus psychiatrisch-psychopathologischer und neuropsychologisch-leistungspsychologischer Sicht für die angestammte Tätigkeit sowie für jede andere bildungsadäquate Tätigkeit eine 100%ige Arbeitsfähigkeit (S. 7).

5.7 Ebenfalls zuhanden der Krankentaggeldversicherung [...] wurde am 9. / 10. März 2017 eine Funktionsorientierte Medizinische Abklärung (FOMA) durchgeführt. Gemäss Bericht von med. pract. J.____, Fachärztin für physikalische und rehabilitative Medizin, Frau K.____, Physiotherapeutin, und PD Dr. med. L.____, Facharzt für Physikalische Medizin und Rehabilitation sowie Rheumatologie, vom 30. Mai 2017 (IV-Nr. 22.10) bestehen folgende Diagnosen (S. 1 f.):

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Metabolisches Syndrom mit arterieller Hypertonie, Diabetes mellitus, Adipositas

Psychiatrische Diagnosen seien keine zu erheben.

Die Beschwerdeführerin leide seit Jahren unter Schmerzen im Kreuz, des Weiteren unter Kopfschmerzen, die sie auf die Nackenschmerzen zurückführe. Zusätzlich beklage sie schon länger bestehende, in den letzten Jahren zunehmende Knieschmerzen. Seit etwas über einem Jahr hätten sich auch Schmerzen in beiden Händen und Fingern gebildet. Objektiv bestehe eine degenerative Erkrankung der Lendenwirbelsäule mit strukturellen Veränderungen sowie degenerativer Erkrankung beider Kniegelenke mit radiologisch bestätigten Gonarthrosen medial und femoropatellär, rechts mehr als links, sowie rein klinisch beginnenden Fingerpolyarthrosen beidseits. Zusätzlich bestehe ein metabolisches Syndrom mit einer Adipositas, Diabetes mellitus und hypertensiver Erkrankung.

Zusammengefasst bestünden verschiedene körperliche Probleme, welche anamnestisch laut Unterlagen durch soziale und psychische Probleme überlagert seien (S. 2). Dies habe zu einer chronischen Schmerzstörung mit psychischen und somatischen Faktoren geführt. Im Rahmen der Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit habe die Beschwerdeführerin eine nicht zuverlässige Leistungsbereitschaft und bei einer deutlichen Selbstlimitierung und erheblicher Symptomausweitung eine schlechte Konsistenz gezeigt. Daher werde die Arbeitsfähigkeit im orthopädisch-rheumatologischen Bereich medizinisch-theoretisch entschieden. In der psychiatrischen Untersuchung sei bei zeitweiser eingeschränkter Leistungsbereitschaft kein Anhalt für psychiatrisch-psychopathologische sowie verhaltensneurologisch-leistungspsychologische Krankheitsveränderungen festgestellt worden. Das arbeitsbezogene relevante Problem bestehe in einer schmerzhaft verminderten Belastungstoleranz der Knie und des unteren Rückens. Die Beschwerdeführerin habe ein ausgeprägtes Schmerz- und Schonverhalten gezeigt und sich unter Angabe von Schmerzen und Schwindel nur minimal belasten lassen. Es hätten keine funktionellen Beobachtungen objektiviert werden können. Die Leistungsbereitschaft werde als nicht zuverlässig beurteilt. Die Beobachtungen bei den Tests wiesen auf eine deutliche Selbstlimitierung hin. Die Konsistenz bei den Tests sei schlecht gewesen. Die demonstrierte Belastbarkeit sei nur minimal. Infolge beobachteter erheblicher Symptomausweitung seien die Resultate der Belastbarkeitstests für die Beurteilung nicht verwertbar. Es sei davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin bei gutem Effort mehr leisten könnte als gezeigt. Auf Grund des ausgeprägten Schmerz- und Schonverhaltens bei den Tests könne keine Beurteilung gestützt auf die Evaluation der funktionellen Leistungsfähigkeit erfolgen. Dies gelte auch für die Zumutbarkeit für andere berufliche Tätigkeiten (S. 3). Die angestammte Tätigkeit als Reinigungskraft bei Grundreinigungen sei der Beschwerdeführerin bei den degenerativ-strukturellen Veränderungen in der Wirbelsäule und der Kniegelenke aus orthopädisch-rheumatologischer Sicht auch unter Abstraktion der Selbstlimitierung nur in reduziertem Masse zumutbar (ganztags mit zwei Stunden vermehrten Pausen pro Tag, unter Beschränkung von Arbeiten Über-Schulterhöhe auf selten, Treppensteigen und Arbeiten in kniender oder kauender Position selten sowie höchstens manchmal Arbeiten in vorgeneigter Stellung). Dies ergebe eine medizinisch-theoretische Arbeitsfähigkeit von 50 %. Aus psychiatrischer Sicht gebe es keine Einschränkungen für die Ausführung der angestammten Tätigkeit. Medizinisch-theoretisch wäre aus rein orthopädisch-rheumatologischer Sicht eine leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeit ohne andauernde statisch-monotone Arbeiten, die den Lendenbereich und den Nacken betreffen (vorgeneigt stehen und sitzen, drehende Bewegungen), lediglich seltenem Arbeiten

in kauender Hocke oder knienden Tätigkeiten, ohne wiederholtes Treppensteigen und ohne Besteigung von Leitern der Beschwerdeführerin ganztags zumutbar. Aus psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsfähigkeit für jede bildungsadäquate Tätigkeit. Interdisziplinär gesehen gehe man unter Berücksichtigung der chronischen Schmerzstörung für eine angepasste Tätigkeit von einer Arbeitsfähigkeit von 75 % (auf Grund einer Stunde vermehrten Pausen und einer leichten zusätzlichen Leistungsminderung) auf der Basis teilweise konsistenter Befunde und eines mittleren Schweregrades aus.

5.8 Im Austrittsbericht der Klinik für Schmerztherapie des Spitals M.____ vom 27. Juni 2017 (IV-Nr. 38 S. 31 ff.) wird über einen stationären Aufenthalt vom 6. bis 24. Juni 2017 berichtet. Diagnostiziert wird eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD 10: F45.41) mit chronischer Lumboischialgie bei multisegmentaler Diskopathie mit Osteochondrose und Spondylarthrose, Cervicobrachialgie links und Depression. Die Beschwerdeführerin habe an einer dreiwöchigen multimodalen Schmerztherapie teilgenommen. Es sei zu einer deutlichen Besserung der Kondition und Reduktion der lumbalen und brachialen Beschwerden gekommen. In den Einzel- und auch Gruppengesprächen habe ein vertrauensvolles Verhältnis hergestellt und eine Auseinandersetzung mit der zugrundeliegenden Problematik erarbeitet werden können. Das Annehmen der Diagnose «Chronische Schmerzkrankheit» falle ihr schwer. Es sei eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % bis 31. Juli 2017 attestiert worden.

Vom 30. Oktober bis 4. November 2017 war die Beschwerdeführerin erneut hospitalisiert (IV-Nr. 38 S. 24 ff.). Die Aufnahme sei zur Therapiestabilisierung erfolgt. Die Beschwerdeführerin habe sich bei der Aufnahme in einem stabileren psychischen Zustandsbild präsentiert. Sie habe sich mit der Schmerzthematik konstruktiv auseinandergesetzt.

5.9 Vom 2. bis 20. Januar 2018 war die Beschwerdeführerin in der Klinik N.____ hospitalisiert. Gemäss Austrittsbericht vom 29. Januar 2018 (IV-Nr. 34) wurden folgende Diagnosen erhoben:

Ziel des Aufenthalts sei eine Schmerzreduktion bei gleichzeitig gebesserter Aktivität gewesen. Die Beschwerdeführerin habe nach Anbindung in der Klinik G.____ und Persistenz der Symptomatik im Verlauf zur Klinik für Schmerztherapie im Spital M.____ gewechselt. Bei jetzigem Eintritt habe sich eine kardiopulmonal kompensierte Patientin mit lumbalen Rückenschmerzen, Nacken- sowie Kopfschmerzen präsentiert. Im Rahmen des multimodalen Therapieprogrammes hätten teilweise Fortschritte erzielt werden können. Subjektiv habe die Beschwerdeführerin bis zum Austritt eine Verbesserung der Beweglichkeit sowie der Kopfschmerzen angegeben, die restlichen Schmerzen seien unverändert geblieben. Des Weiteren hätten während des Aufenthaltes zwei psychologische Gespräche stattgefunden. Die Beschwerden hätten die Beschwerdeführerin zeitweise sehr deprimiert und hoffnungslos gestimmt und sie sei motiviert worden, trotz Schmerzen ihren Alltag aktiver zu gestalten. Ausserdem sei ihr empfohlen worden, die psychotherapeutische Behandlung, welche sie früher gehabt habe, wieder aufzunehmen. Man gehe am ehesten von einem chronischen Beschwerdebild aus, bei muskulärer sowie degenerativer Genese in Kombination mit psychischen Kontext und Belastungsfaktoren auf Grund des chronischen Schmerzverlaufs. Die Aufnahme einer körperlich belastenden Arbeit zumindest zum aktuellen Zeitpunkt sehe man als unwahrscheinlich. Es stelle sich die Frage, ob die Aufnahme einer leichten wechselbelastenden Tätigkeit in niedrigem Prozentbereich für die

Beschwerdeführerin zu einer Verbesserung der Situation beitragen könnte. Dem stehe diese zum jetzigen Zeitpunkt sehr skeptisch gegenüber.

5.10 Gemäss Bericht von Dr. med. O.____, Facharzt für Kardiologie, vom 20. April 2018 (IV-Nr. 38 S. 9 f.) präsentierte sich in der kardiologischen Untersuchung klinisch eine kardiopulmonal kompensierte Beschwerdeführerin mit grenzwertigem Blutdruckwert. Die von ihr geäusserten Beschwerden entsprächen einer Belastungsdyspnoe, welche sicherlich multifaktorieller Genese sei. Eine vermehrte Aktivität und Gewichtsabnahme wäre wünschenswert, was auf Grund der Gesamtsituation schwierig bis unmöglich sei.

5.11 Am 25. Mai 2018 erstattete die Hausärztin, Dr. med. H.____, auf Aufforderung der Beschwerdegegnerin erneut Bericht (IV-Nr. 38 mit Beilagen). Die Arbeitsunfähigkeit betrage nach wie vor 100 %. Weder die bisherige noch eine angepasste Tätigkeit seien zumutbar.

5.12 Am 13. Juli 2018 berichtete Dr. med. D.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, über die Beschwerdeführerin (IV-Nr. 44). Diese sei seit dem 7. Februar 2018 bei ihm in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung, dies in wöchentlichen bis vierzehntäglichen Abständen. Als Befunde zeigten sich eine gereizte und dysphorische Stimmungslage, Bedrücktheit mit mangelnder Freude und Interesse für angenehme Aktivitäten, deutliche Stimmungsschwankungen, eine innere Unruhe mit Gedankenkreisen begleitet von Einschlafstörungen mit Tagesmüdigkeit und Initiativmangel. Hinzu kämen auch deutliche Konzentrationsdefizite mit vermindertem Durchhaltevermögen tagsüber bei leichten Anstrengungen und Schuldgefühlen gegenüber der Familie im Hinblick in der Rolle als Ehefrau im Rahmen einer Erschöpfungsdepression und Selbstwertproblematik. Die Beschwerdeführerin sei in sozialen Situationen wenig anpassungsfähig und in der Verzweiflung bestehe ein gesteigertes Redebedürfnis. Sie beklage übersteigerte Befürchtungen vor unüberwindbaren Beschwerden und lebenslanger Persistenz des Leidensdruckes in Kombination mit der Schmerzsymptomatik begleitet von Angst vor Verlust an Selbständigkeit. Auf Grund der beschriebenen affektiven Beschwerden in den durchgeführten Konsultationen mit vorhandenen Einschränkungen der Alltagsfunktionsfähigkeit sei für diese Behandlungsperiode eine 100%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit für die angestammte Tätigkeit einschliesslich von Verweistätigkeiten zu attestieren. Die bestehenden Beschwerden hätten die Beschwerdeführerin offenbar sehr verunsichert und zum Ausbruch ängstlich-depressiver Symptome geführt. Die fehlende Tagesstruktur und die zunehmenden körperlichen Beschwerden hätten eine zusätzliche Ängstlichkeit bzw. Kränkung bewirkt, was im Verlauf zu einer massiven Verschlechterung des psychischen Zustandes geführt habe. Die Beschwerdeführerin habe seit Behandlungsbeginn permanent Symptome einer mittelgradigen depressiven Störung gezeigt. Das Zustandsbild ergebe auch Hinweise auf ein zunehmendes Misstrauen gegenüber einigen Ärzten und wenig Möglichkeiten zur Bereitschaft, Vertrauen in andere Menschen zu fassen. Zudem seien übersteigerte, hypochondrisch gefärbte Befürchtungen vor unheilbaren Krankheiten mit zunehmend beeinträchtigter Lebensqualität zu beobachten. Die Beschwerdeführerin äussere des Weiteren Angst vor Schuldgefühlen auf Grund der Krankheitsentwicklung und den daraus resultierenden Einschränkungen, Affektindifferenz im Sinne einer emotionalen Abstumpfung, Konzentrationsstörungen und depressiv bedingte, verminderte Belastbarkeit bei Antriebsverlust und mangelnder Frustrationstoleranz.

Als Diagnosen festzuhalten seien

mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit

Auf Grund des therapeutisch bislang kaum beeinflussbaren Verlaufs sei längerfristig von einer Persistenz des Störungsbildes im zukünftigen Gesamtverlauf auszugehen und deshalb würden die berufliche Eingliederungsmassnahmen zurzeit als weder realisierbar noch erfolgsversprechend erachtet. Aus rein psychiatrischer Sicht bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit (Reinigungsmitarbeiterin) und eine mindestens 60%ige Arbeitsunfähigkeit für Verweistätigkeiten, dies auf Grund der geschilderten und objektiv nachgewiesenen psychischen Krankheitssymptome. Im Haushalt sei sie zurzeit mindestens 60 % eingeschränkt.

5.13 Dem polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ vom 6. Februar 2019 (IV-Nrn. 58.1 bis 58.8) lässt sich das Nachfolgende entnehmen:

5.13.1 Im allgemeinmedizinischen Teilgutachten (IV-Nr. 58.3) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausgeführt, sie habe Probleme mit dem Zucker, dem Blutdruck, dem Rücken und Depression: «ich vergesse viel» (S. 2). Nach der Befunderhebung, in deren Rahmen auch zusätzliche Untersuchungen erfolgten (Laboruntersuchung, kardiologisches Konsilium, hypophysäres und kraniales MRI nativ und mit KM, S. 11 f.), wird keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben (S. 13). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden ein metabolisches Syndrom (Adipositas Grad III nach WHO, arterielle Hypertonie, Diabetes mellitus Typ 2, Hyperlipidämie), eine hypertensive Herzkrankheit (mit / bei exzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel, normaler linksventrikulärer systolischer Funktion, diastolischer Dysfunktion Grad 2, dilatiertem linkem Vorhof), ein Vitamin D3-Mangel, ausgedehnte Mykosen (interdigital an beiden Füßen, beide Grosszehen, Abdomen und Unterschenkel rechts) und ein Verdacht auf Akromegalie genannt.

5.13.2 Im rheumatologischen Teilgutachten (IV-Nr. 58.4) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin festgehalten, diese zähle der Reihe nach Rückenbeschwerden lumbal und zervikal auf, Kopfschmerzen und weitere Kniegelenksbeschwerden bei Belastung. Dies sei vor allem seit etwa drei Jahren ausgeprägter, vorher habe sie damit leben können. Alle bisherigen Therapien, mit auch stationären Aufenthalten, seien ohne Besserung geblieben. Die Beschwerden seien bei Bewegungen vor allem thorakolumbal betont, bei Belastungen nicht immer gleich ausgeprägt, es gebe auch bessere Phasen. Bücken sei schmerzverstärkend. Wenn sie den Kopf nach unten bewege, habe sie Nacken- und Kopfschmerzen. An den Kniegelenken habe sie schon lange Belastungsbeschwerden, eher rechts als links, früher auch verbunden mit Schwellungszuständen. Für die Kniegelenke unternehme sie, nebst der Physiotherapie für den Rücken, ebenfalls physikalische Therapieoptionen wie Wassertherapien, Massagebehandlungen und Einnahme von Schmerzmitteln. Regelmässig gehe sie zum Schmerztherapeuten, der ihr etwa einmal im Monat eine Spritze in den Nacken mache, was ihr recht gut helfe, aber eben nicht anhaltend (S. 2). An Schmerzmitteln nehme sie das Targin Retard 5/2,5 mg 1-0-0. Dafalgan und Novalgin Tropfen bei Kopfschmerzen. Die Wirkung sei sehr begrenzt. Bei starken Schmerzen am Rücken und an den Kniegelenken nehme sie zusätzlich Oxynorm-Tropfen (S. 3).

Folgende Befunde werden erhoben: Im Sitzen im Wartezimmer und bei der Anamneseerhebung ändere die Beschwerdeführerin die Sitzposition nicht, es bestünden

keine Ausweich- oder Abstützreaktionen. Das Gangbild sei etwas verlangsamt, aber hinkfrei. Das Aus- und Ankleiden erfolge deutlich verlangsamt, mit Abstützreaktion betreffend die LWS, dies auch unbeobachtet (S. 3 f.). Die Bewegungsumfänge seien durch die erhebliche Fettschürze eingeschränkt. Bei den verschiedenen Bewegungsabläufen und während der Untersuchung bestehe immer wieder ein angedeutetes Stöhnen, insgesamt aber seien die Kooperation und das Mitwirken gut, mit Hinweis für eine gewisse Verdeutlichungstendenz und Selbstlimitierung, jedoch ohne augenfällige Inkonsistenzen. Es bestünden ein Schulter- und Beckengeradstand, der Einbeinstand links / rechts sei unauffällig, was eine gewisse Mühe mit Blick auf die Adipositas bewirke, Zehen- und Fersenstand beidseits seien unauffällig. Die Flexion mit Finger-Boden-Abstand betrage vorne 40 cm, mit erheblicher Schmerzangabe gürtelförmig tief lumbal. Beim Aufrichten zeige sich ein Kletterphänomen. Die Lateralflexion lumbal betrage 10° mit Endphasenschmerz, die Extension 5° mit deutlichem Endphasenschmerz. Es bestehe keine fortgeleitete Missempfindung in die unteren Extremitäten. Die BWS sei schmerzfrei beweglich, die HWS-Rotation beidseits betrage 70 ■ 80°, mit weichem Anschlag. Endphasenschmerzen bestünden in allen Bewegungsrichtungen, vor allem in Extension und Lateralflexion. Die segmentale Prüfung ergebe ein eingeschränktes Bewegungsspiel im mittleren HWS-Bereich und in den Kopfgelenken. Es seien keine Facettengelenks- und radikulären Symptome provozierbar. Die segmentale Prüfung lumbal ergebe ein Punctum maximum an Schmerzen L4/L5 und L5/S1 mit Periarthropathie und interspinaler Ligamentose, ohne Facettengelenks- oder radikuläre Symptomatik. Es zeigten sich geringe Dysbalancen der Schultergürtelregion beidseits. Am peripheren Gelenkstatus seien die Untersuchungsbefunde bis auf beide Kniegelenke unauffällig. Es bestünden keine Funktionseinschränkungen, Bewegungsschmerzen, Schwellung, Ergussbildung oder Synovitis. An den Kniegelenken bestehe beidseits ein symmetrisch-retropatellarer Druckschmerz als Ausdruck einer retropatellaren Chondropathie sowie eine diffuse Periarthropathie des medialen und lateralen Kompartiments. Der übrige Untersuchungsapparat sei unauffällig und schmerzfrei. Peripher neurologisch bestehe ein feinschlägiger Tremor an der linken Hand (S. 4). Zusammenfassend bestünden, beobachtet und unbeobachtet, ein schmerzbedingtes Schon- und zum Teil Abstütz- und Ausweichverhalten an der LWS, ohne Hinweise für eine Facettengelenks- oder radikuläre Symptomatik, mit einer geringen Endphasenschmerzsymptomatik an der HWS, gut kompensierte Kniegelenke bei anamnestisch bekannten beginnenden Gonarthrosen medial und femoropatellar beidseits, rechtsbetont (S. 4 f.).

Zusätzlich werden folgende Röntgenbefunde (vom 14. November 2018) dargelegt (S. 5 f.):

Es werden folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit erhoben (S. 6):

Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestünden keine (S. 7).

5.13.3 In der neurologischen Teilbegutachtung (IV-Nr. 58.5) hat sich die Beschwerdeführerin zu ihren Beschwerden folgendermassen geäußert: Sie könne nicht mehr arbeiten, weil sie Probleme mit dem Rücken, dem Zucker, dem Bluthochdruck sowie auch Kopfschmerzen habe. Seit ca. zwei Jahren zittere der linke Arm, nachdem sie im Spital eine Spritze bekommen habe. Bezüglich des Rückens bestehe im Bereich der lumbalen Wirbelsäule ein Dauerschmerz 7 - 8 / 10 VAS. Manchmal komme es zu einer Verstärkung dieses Schmerzes, sie könne nicht sagen wie stark, d.h. sie könne keine Zahl nach VAS angeben. Diese Symptomatik sei seit ca. zwei bis zweieinhalb Jahren progredient, sie habe jedoch auch schon vorher ähnliche Schmerzen gehabt. Gelegentlich

komme es zu einer Ausstrahlung in das rechte Bein bis zur Ferse, dies fühle sich an wie Strom. Von Seiten des Nackens bestehe ebenfalls ein Dauerschmerz, die genaue Zahl könne nicht angegeben werden. Es komme häufig zu einer Ausstrahlung nach oben in den Hinterkopf bis nach vorne, nicht jedoch in die Arme. Etwa einmal alle zwei Wochen komme es zu einer massiven Schmerzzunahme, dann müsse sie sogar erbrechen und sich hinlegen, möchte mit niemandem sprechen (S. 2). Gefragt, ob bei ihr auch früher schon einmal von einer Migräne gesprochen worden sei, habe die Beschwerdeführerin angegeben, diese Art Schmerzen habe sie erst seit zwei Jahren. Seit etwa zwei Monaten habe sie juckende Hautveränderungen, diese seien nach einem Wechsel des Insulins aufgetreten, nach der ersten Spritze sei sie sogar umgefallen und habe sich am Knie verletzt. Bezüglich dieser Hautveränderungen sei sie in dermatologischer Kontrolle. Sie könne geschätzte 20 Minuten stehen, müsse sich dann setzen. Laufen könne sie ca. zehn Minuten, dann müsse sie eine Pause einlegen. Sitzen könne sie auch nicht lange (S. 3).

Folgende Befunde werden erhoben: Die Beschwerdeführerin betrete den Untersuchungsraum leicht verlangsamt wirkend, jedoch mit einem unauffälligen Gangbild. Das An- und Auskleiden gelinge unauffällig, wobei die Beschwerdeführerin teilweise laut stöhne und ein schmerzverzerrtes Gesicht zeige. Der Kopf werde spontan frei in alle Richtungen gewandt. Während der Anamnese sei die Beschwerdeführerin nach ca. 20 Minuten unvermittelt aufgestanden, um etwas im Untersuchungszimmer umherzugehen (S. 4).

Eine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wird keine gestellt (S. 8). Als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit werden eine chronische Schmerzstörung und ein Verdacht auf einen funktionellen Tremor des linken Armes festgehalten (S. 9).

5.13.4 Im neuropsychologischen Teilgutachten (IV-Nr. 58.6) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin habe angegeben nicht gut schlafen zu können. Ihre Schmerzen und ihr Zucker machten sie nervös. Wenn sie aufwache, müsse sie erst einmal herumlaufen. Sie selber könne nur noch wenig im Haushalt machen, sie schaue nur nach ihrem Zimmer (S. 2). Sie vergesse viel, wie Termine oder wo sie etwas hingelegt habe (S. 3).

Im Rahmen der Befunderhebung wird dargelegt, die Beschwerdeführerin habe meist wortkarg auf Deutsch geantwortet, der Übersetzer sei wenig in Anspruch genommen worden (S. 3). Inhaltlich sei sie jedoch völlig vage geblieben. Auffassung, Aufmerksamkeit und Konzentration seien während des Gesprächs unauffällig gewesen. Affektiv habe sie angegriffen gewirkt und oft ein dramatisch schmerzverzerrtes Gesicht gezeigt. Es sei zu etlichen schmerzbedingten Positionswechseln gekommen. Ein Leidensdruck sei nicht wirklich spürbar gewesen. Die Beschwerdeführerin habe ein unauffälliges Instruktionsverständnis gezeigt, ihre Mitarbeit sei aber nicht motiviert gewesen. Für die Prüfung der kognitiven Funktionen sei eine standardisierte neuropsychologische Testuntersuchung mit normierten Testresultaten durchgeführt worden (S. 4). Weiter seien zwei Symptomvalidierungstests gemacht worden. Die Testergebnisse seien als nicht valide anzusehen. Die Beschwerdeführerin habe beide Teile des Symptomvalidierungstests mit Werten absolviert, die teilweise sehr weit unter denen gelegen hätten, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen seien. Es habe ein aggravierendes Verhalten beobachtet werden können. Gemäss sprachfreiem Intelligenztest habe die Beschwerdeführerin einen IQ von 66, was im unterdurchschnittlichen Bereich liege. Die Überprüfung der Lern- und Gedächtnisfunktionen habe unterschiedliche Befunde in den verschiedenen Modalitäten

ergeben. Zahlenreihen habe sie sich nicht gut merken können, ihr Arbeitsgedächtnis habe im Durchschnitt gelegen. Das visuelle Gedächtnis liege leicht unter dem Durchschnitt. Die sprachlichen Funktionen seien unauffällig. In den computergestützten Prüfungen der attentionalen Funktionen fänden sich unterdurchschnittliche Aufmerksamkeitsleistungen (S. 5). Im Test Alertness für die gerichtete Aufmerksamkeit hätten die Reaktionszeiten weit unter dem Durchschnitt gelegen, die phasische Alertness sei weit überdurchschnittlich gewesen. Im Test GoNogo zur selektiven Aufmerksamkeit seien die Reaktionszeiten ebenfalls unterdurchschnittlich bei qualitativ guter Ausführung. Bei der Form A des TMT sei es bei fehlerfreier Bearbeitung zu einer weit unterdurchschnittlichen Bearbeitungszeit gekommen. Die höheren Denkfunktionen seien unterschiedlich gut gewesen. Das allgemeine Arbeitstempo sei während der sehr strukturierten Untersuchungssituation normal schnell gewesen. Die Handlungs- und Impulskontrolle sei unauffällig gewesen. Bei der visuell-perzeptiven Wahrnehmung und Rekonstruktion einer komplexen Figur seien das Erfassen unstrukturiert und das Ergebnis nicht korrekt gewesen. Die Fähigkeit Wesentliches zu erfassen, sei in der visuellen Modalität leicht unterdurchschnittlich gewesen. Beim Konzeptwechsel zur Testung der Umstellfähigkeit sei die Bearbeitungszeit bei mangelhafter Ausführung weit unterdurchschnittlich gewesen (S. 6).

Diagnosen könnten keine gestellt werden, dies sei wegen aggravierendem Verhalten nicht beurteilbar (S. 6).

5.13.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (IV-Nr. 58.7) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausgeführt, sie habe viele Schmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Knieschmerzen und Schmerzen in allen Fingergelenken. Zusätzlich sei sie vergesslich, vergesse Termine und wo sie ihre Schlüssel abgelegt habe. Sie sei zuckerkrank und habe einen hohen Blutdruck (S. 2). Sie verstehe nicht, warum es ihr jetzt psychisch so schlecht gehe, es gehe ihr schlecht, weil sie die Arbeit verloren habe. Sie fühle sich nun wertlos. Immer wieder denke sie an die Arbeit, sie habe 30 Jahre lang gearbeitet, nun habe sie kein Geld mehr und sie werde erst in fünf Jahren pensioniert. Es sei sehr schwer für sie so weiterzuleben, sie sei immer traurig. Sie habe zwar noch ein bisschen Hoffnung auf Besserung, denn sonst müsste sie Selbstmord begehen. Sie sei immer so fleissig gewesen und wisse nicht, warum sie jetzt so viele Schmerzen ertragen müsse. Sie stehe mit dem Rücken zur Wand und sehe keinen Ausweg mehr. Sie sei einfach nur noch müde. Befragt nach dem eigenen Krankheitskonzept gebe die Beschwerdeführerin an, sie wisse nicht wieso alles so gekommen sei. Früher habe sie zum Beispiel nie Kopfschmerzen gehabt, jetzt könne sie oft gar nichts mehr sehen auf Grund der starken Kopfschmerzen. Sie wünsche sich im Kopf so zu sein wie früher, sie möchte wissen, warum sie leben solle. Sie wünsche sich keine Schmerzen mehr zu haben, denn auf Grund der Rückenschmerzen sei sie fast verrückt geworden (S. 3).

Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie um 5:00 Uhr morgens aufstehe und ihre Tabletten und die Spritze gegen den Blutzucker nehme. Ihr Mann helfe ihr dabei, sonst würde sie Vieles vergessen. An guten Tagen könne sie etwas im Zimmer machen, ein bisschen herumlaufen und sitzen. An schlechten Tagen bleibe sie im Bett liegen oder lege sich auf das Sofa. Den Haushalt erledigten hauptsächlich ihr Mann, ihre Tochter oder ihre Schwiegertochter. Sie selber liege, sitze und mache sonst nicht viel (S. 4). In Bezug auf die Affektivität sei die Schwingungsfähigkeit vermindert, die Beschwerdeführerin sei oft stark traurig mit Weindurchbrüchen bei Gedanken an die Arbeit. Hobbies habe sie aufgegeben und sie sei kraft- und energielos. Es bestehe eine starke innere Unruhe bei dem Gedanken, dass sie

nicht mehr arbeiten könne. Sie fühle sich wertlos und sei reizbar. Antrieb und Psychomotorik seien vermindert. Sie habe Ein- und Durchschlafstörungen, teilweise schlafe sie nur zwei Stunden pro Nacht. Weiter habe sie lebensmüde Gedanken, bei aktuell nachvollziehbarer Verneinung von handlungsnahen suizidalen Gedanken und Impulsen. Der Appetit sei normal. Sie verspüre oft aggressive Gefühle, wenn ihr Mann nicht gut putze, sie verwende dann beleidigende Worte. Das soziale Umfeld sei auf die engere Familie begrenzt, früher habe sie auch nicht mehr soziale Kontakte gehabt (S. 5). Seit einem Jahr gehe sie zum ambulanten Psychiater. Sie bete jeden Tag dafür, dass es ihr wieder besser gehen würde und sie wieder arbeiten könne. Doch aktuell sehe sie sich auf Grund ihrer Schmerzsymptomatik zu 100 % arbeitsunfähig (S. 6).

Es werden folgende Befunde erhoben: Die Beschwerdeführerin verhalte sich während der gesamten Exploration kooperativ, spreche jedoch wenig und gebe eher wenig spontane Auskunft zu ihren Problemen (S. 6). Insgesamt wirke sie immer wieder schmerzgequält, stehe alle fünf Minuten auf, dies auch auf Grund der Schmerzen. Der Tremor der linken Hand halte immer wieder einige Minuten an, danach kämen einige Minuten ohne Tremor und er beginne in der Folge wieder. Die Beschwerdeführerin halte während der gesamten Explorationsdauer einen schweren Schlüsselanhänger in der linken Hand. Die Kontaktaufnahme erfolge insgesamt unkompliziert, die Beschwerdeführerin lasse sich spontan und offen auf die Exploration ein. Sie verfolge dabei über die gesamte Untersuchungszeit aufmerksam das Gespräch, die Konzentrationsspanne bleibe während der ganzen Untersuchung gleichbleibend. Die Intelligenz werde klinisch als durchschnittlich eingeschätzt. Ein guter affektiver Rapport komme nicht zustande. Während der Exploration gebe die Beschwerdeführerin ohne Verzögerung Antworten auf die gestellten Fragen, sie schildere ihre Lebensgeschichte bzw. die Entwicklung der Beschwerden jedoch sehr knapp. Jahreszahlen, wie die Geburtsdaten der Kinder und die Medikamentennamen, könnten nicht erinnert werden (S. 7). Die Aufmerksamkeit könne für die Dauer des Gesprächs durchgehend aufrechterhalten werden. Dem Untersuchungsverlauf könne sie inhaltlich gut folgen. Die Konzentration sei durchgehend ungestört. Es zeigten sich leichte Merkfähigkeitsstörungen. Der formale Gedankengang sei in Kohärenz und Stringenz sowie im Tempo ungestört. Das formale Denken sei somit durchgehend geordnet, beweglich und gut strukturiert. Es bestehe ein starkes Grübeln bezüglich der verlorenen Arbeitsstelle. Die Beschwerdeführerin wirke eingengt auf dieses Thema. Eine ausgeprägte Tendenz zur Selbstbeobachtung körperlicher Vorgänge im Sinne einer Aufmerksamkeitsfokussierung sei nicht feststellbar (S. 8). Die Beschwerdeführerin präsentiere sich mittelgradig zum negativen Pol hin ausgelenkt, deprimiert, hoffnungslos, teilweise gereizt, klagsam, mit Insuffizienzgefühlen und Selbstwertproblematik. Die Schwingungsfähigkeit sei deutlich herabgesetzt. Der Antrieb sei gehemmt. Der Tremor der linken Hand wirke theatralisch (S. 9). In Bezug auf die Persönlichkeit fänden sich klinisch keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung respektive -störung. Die Motivation sei fraglich. Das Beck Depression-Inventar (BDI) und die Hamilton Depression Skala (HMD) seien auf Grund des Aggravationsverhaltens nicht verwertbar (S. 10). Im ICF-Rating zeige sich, dass die entsprechenden Fähigkeiten nicht beeinträchtigt seien, soweit sie aufgrund des neuropsychologisch getesteten Aggravationsverhaltens überhaupt beurteilbar seien. Die Verkehrsfähigkeit sei leicht beeinträchtigt (S. 10 ff.).

Auf Grund des neuropsychologisch getesteten Aggravationsverhaltens könnten im Rahmen der Untersuchung die psychiatrischen Diagnosen nur eingeschränkt gestellt werden (S. 14

f.). Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit bestehe eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (F45.41)

5.14 Im Arztbericht von Dr. med. D.____ vom 9. September 2019 (IV-Nr. 65 S. 12 ff.) wird ausgeführt, die Beschwerdeführerin präsentiere sich in der Behandlung klagend, verzweifelt, misstrauisch und ratlos wirkend. Es komme immer wieder zu Weinattacken. Sie wirke besorgt und geprägt von Insuffizienzerleben im Hinblick auf ihre störungsbedingten Funktionsbeeinträchtigungen. Konzentration, Auffassung und Gedächtnis seien leicht eingeschränkt. Das Durchhaltevermögen sei aufgrund der Antriebsarmut deutlich herabgesetzt. Formalgedanklich sei die Beschwerdeführerin eingeeengt auf den Leidensdruck im Hinblick auf ihre affektiven Beschwerden bezüglich Antriebsmangel und Schmerzsymptomatik. Es bestehe die Befürchtung vor einer dauerhaften Persistenz der depressiven Beschwerden auf Grund des unzureichenden Erfolgs bisheriger Behandlungen der körperlichen und psychischen Beschwerden mit mehreren ambulanten und stationären Abklärungen / Behandlungen. Ständige Grübeltendenzen würden berichtet. Der Affekt erscheine schwankend zwischen abgeflacht und Agitation im Rahmen ihrer Depression. Affektiv wirke die Beschwerdeführerin bedrückt, verzweifelt, ratlos und besorgt um ihre Zukunft. Sie beschreibe defizitäre Selbstwertgefühle mit Insuffizienzerleben infolge beschriebener Funktionseinschränkungen. Suizidalität werde glaubhaft verneint (S. 13).

Diagnostiziert werden eine chronifizierte, mittelschwere depressive Störung (F32.11) mit ausgeprägten hypochondrischen Ängsten bei Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionisch-misstrauischen Zügen (Z 73.1), Störungen durch Opioide (F11.24), eine chronisch generalisierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (F45.41) sowie weitere, somatische Diagnosen (S. 13).

Der Beschwerdeführerin wird eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Tätigkeit attestiert. Angesichts der Chronifizierung der beschriebenen affektiven Beschwerden und der Schmerzsymptomatik bei Therapieresistenz trotz der längeren ambulanten und stationären Behandlungen bestehe ein sehr komplexes und instabiles Zustandsbild mit den beschriebenen Beeinträchtigungen und daraus resultierenden Leistungseinschränkungen in der Alltagsbewältigung. Daher sei in einer Verweistätigkeit aus psychiatrischer Sicht mindestens eine 60%ige Arbeits- und Leistungsunfähigkeit zu begründen und es müsse entsprechend von einer ungünstigen Prognose ausgegangen werden. Es bestehe ein erhöhter Pausenbedarf und es sollte ein sorgfältiger Wiedereinstieg geplant werden, daher sei ein wohlwollendes Arbeitsklima wichtig (S. 14).

Zum Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ fügt der behandelnde Psychiater hinzu, es bestünden aus seiner Sicht keine Hinweise für Aggravierungs- oder Simulationstendenzen. Die Arbeitsunfähigkeit begründe sich mit der mittelschweren depressiven und der Schmerzsymptomatik. Zudem sei die Bewältigung alltäglicher Aufgaben limitiert. Im Gesamtverlauf bestehe seit Jahren ein wechselhafter und deutlich beeinträchtigter Gesundheitszustand mit progredienter Symptomatik ohne nachhaltige Besserung. Zudem bestehe eine lang anhaltende Medikation mit Psychopharmaka (vor allem Antidepressiva) und Analgetika (S. 15).

5.15 Die Beschwerdegegnerin hat ein weiteres psychiatrisches Gutachten bei Dr. med. C.____ eingeholt. In der Expertise vom 19. November 2020 (IV-Nr. 95) wird zu den subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin ausgeführt, sie leide unter starken

Kopfschmerzen, die ständig vorhanden seien und sich nur besserten, wenn sie eine Tablette nehme. Auf einer Skala von 0 bis 10 (null gleich keine Schmerzen, zehn gleich maximale Schmerzen) seien die Schmerzen ständig bei 8 bis 9. Sie habe starke Rückenschmerzen, die zusammen mit Schmerzen im linken Bein aufträten. Diese Schmerzen seien seit ca. fünf Jahren vorhanden. Am stärksten seien diese, wenn sie morgens aufwache, dann nehme sie eine Tablette. Die Schmerzen seien nur durch die Tabletten zu beeinflussen. Auch zittere immer der linke Arm. Sie könne nichts heben, was seit ca. dreieinhalb Jahren der Fall sei. Sie sei vergesslich und ständig müde, was seit ca. zwei Jahren so sei. Manchmal gehe sie in den Wald und weine dort, sie wolle die anderen nicht stören. Sie gehe ca. alle drei bis vier Tage für ca. eine Stunde im Wald spazieren, sonst sei sie nur zu Hause oder im Garten. Wenn es ihr gut gehe, könne sie im Zimmer etwas saubermachen. Auf Nachfrage, wie oft sie denn putze, antworte die Beschwerdeführerin zunächst ausweichend. Auf nochmalige Nachfrage äussere sie dann, dass sie ca. einmal alle zwei bis drei Wochen etwas putze. Auf Frage, was sie im Haushalt noch machen könne, äussere sie, dass sie fast nichts machen könne. Sie habe keine Hobbys. Sie habe Mühe mit der Pünktlichkeit, besonders wenn sie nervös sei. Auch vergesse sie Termine (S. 78). Wenn es ihr etwas besser gehe, gehe es mit der Pünktlichkeit. Auf Nachfrage, wie häufig sie Termine nicht wahrnehme, antworte die Beschwerdeführerin ausweichend, eine ungefähre Angabe sei nicht in Erfahrung zu bringen. Allgemein bleibe sie in ihren Antworten ausweichend und vage (S. 79). Erstmals habe sie vor ca. zweieinhalb bis drei Jahren psychische Schwierigkeiten gehabt, auch sei sie seit ca. zweieinhalb bis drei Jahren bei Dr. med. D.____ in ambulanter psychiatrischer Behandlung, sehe diesen alle zwei bis drei Wochen für eine Stunde. Zuvor habe sie nie psychische Schwierigkeiten gehabt. Bezüglich körperlicher Erkrankungen äussere die Beschwerdeführerin, dass sie an Diabetes leide sowie Rücken-, Bein- und Kopfschmerzen habe. Auf Nachfrage, wie der Verlauf der psychischen Beschwerden gewesen sei, antworte die Beschwerdeführerin, dass es jeden Tag schlimmer werde (S. 80). Sie könne nichts mehr machen. Bis vor vier Jahren habe sie zu 100 % in der Reinigung gearbeitet, nun gehe nichts mehr. Ihr Tagesablauf sehe so aus, dass sie um ca. 7:00 Uhr aufstehe und zusammen mit der Schwiegertochter einen Kaffee trinke. Diese komme zu ihr. Der Ehemann stehe zwischen 8:30 und 9:30 Uhr auf, sie würden dann zusammen Kaffee trinken, manchmal gehe sie wieder ins Bett. Sie rede mit der Schwiegertochter und dem Ehemann über ihre Krankheit oder über die Kinder (S. 81). Gegen 12:00 Uhr esse sie zu Mittag, die Schwiegertochter koche jeden Tag das Mittagessen. Am Nachmittag gehe sie laufen, sitze auf einer Bank. Auf Nachfrage, was sie mache, wenn die Enkelkinder täglich da seien, äussere die Beschwerdeführerin, dass sie dann ins Zimmer gehe. Alle zwei bis drei Tage gehe sie nach draussen. Abendessen würde sie um ca. 19:00 Uhr zusammen mit dem Ehemann. Ein- bis zweimal pro Woche gehe sie einkaufen. Nach dem Abendessen gehe sie langsam die Tabletten holen, sitze dann, gehe ca. um 21:00 Uhr zu Bett. Im Juli 2020 sei sie drei Wochen lang im Kosovo gewesen. Sie sei mit dem Flugzeug gereist. Sie hätten ein Haus im Kosovo. Sie fliege einmal pro Jahr dorthin. Sie habe keine Haustiere, sei nicht Mitglied in Vereinen. Sie lese manchmal die Zeitung, verstehe jedoch nichts von dem, was sie lese. Sie könne sich sehr schlecht konzentrieren. Mit dem Ehemann oder den Kindern gehe sie ca. einmal pro Monat auswärts einen Kaffee trinken. Sie schaue nicht fern, der Ehemann tue dies. Wenn er fernsehe, gehe sie in ein anderes Zimmer oder nach draussen (S. 82).

Der Gutachter erhebt folgende Befunde: Die Beschwerdeführerin zeige eine lebendige Mimik, antworte häufig ausweichend, sei auf ihr Insuffizienzerleben eingeeengt, schildere weitschweifig mit lebendiger Gestik ihre Beeinträchtigungen. Zu Beginn der Untersuchung

sei ein Schmerzverhalten in Form einer Schonhaltung im Sitzen sichtbar gewesen, das gegen Ende der Untersuchung jedoch deutlich abgenommen habe. Es zeigten sich keine groben Konzentrationsstörungen. Motivation und Kooperation seien mangelhaft. Die Beschwerdeführerin habe ein ruhiges Auftreten mit freundlichen Umgangsformen. Sie spreche gut verständlich, grobe Konzentrationsstörungen seien nicht vorhanden (S. 83). Zeitlich erscheine sie nicht ganz orientiert, sie habe als Untersuchungsdatum den 18. Juli 2020 genannt anstelle des 18. August 2020. Die Merkfähigkeit erscheine grob geprüft massiv beeinträchtigt. Die Beschwerdeführerin scheine nicht in der Lage zu sein, drei Begriffe nur zwei Sekunden lang zu behalten, sie habe keinen der Begriffe direkt nach deren Nennung wiederholen können. Auffassungsstörungen seien nicht vorhanden, das Verständnis von Sprichwörtern unauffällig. Auf die Nachfrage hin, wie die Stimmung bei ihr sei, äussere die Beschwerdeführerin, dass sie müde sei, keine Freude habe. Die Stimmung habe im Gespräch jedoch nicht gedrückt gewirkt, Mimik und Gestik hätten eher lebendig gewirkt, auch sei sie schwingungsfähig gewesen. Insuffizienzgefühle seien auf Nachfrage bejaht worden. Eine Freudlosigkeit sei nicht vorhanden. Auf Nachfrage bejahe sie, sich in der Vitalität vermindert zu fühlen, deprimiert und hoffnungslos zu sein, ängstlich, gereizt und innerlich unruhig. Schuldgefühle würden ebenso wie Suizidgedanken verneint. Es seien sowohl Ein- als auch Durchschlafstörungen auf Nachfrage bejaht worden (S. 84). Tagesschwankungen und Zwangssymptome würden verneint. Auf der Hamilton Depressions-Skala erreiche die Beschwerdeführerin 18 Punkte, was einem leichtgradigen depressiven Syndrom entspreche. Zu beachten sei jedoch, dass ein Grossteil der Angaben auf den Selbstangaben der Beschwerdeführerin beruhe. Da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation bzw. Simulation kognitiver Beschwerden auszugehen sei, sei das Ergebnis nicht verwertbar. Im Performancevalidierungstest im Alternativwahlverfahren habe sich ein Antwortverhalten im Zufallsbereich gezeigt. Zudem habe die Beschwerdeführerin nach jedem Lerndurchgang mehr Falschantworten angegeben (S. 85).

Da mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Aggravation bzw. Simulation kognitiver Beschwerden auszugehen sei und weitere deutliche Inkonsistenzen vorhanden seien, sei eine valide diagnostische Beurteilung nicht möglich. Es könne nicht gesagt werden, welche von der Beschwerdeführerin präsentierten Symptome tatsächlich vorhanden und welche vorgetäuscht seien. Umgekehrt könne auch nicht gesagt werden, dass keine Beschwerden vorhanden seien. Mit überwiegend Wahrscheinlichkeit sei jedoch davon auszugehen, dass die präsentierten Beschwerden nicht in dieser Form vorhanden sein könnten (S. 86).

6. Die Beschwerdegegnerin stellt in der angefochtenen Verfügung auf die beiden von ihr eingeholten Gutachten ab, weshalb der Beweiswert derselben zu prüfen ist. Dazu ist einleitend zu sagen, dass beide Gutachten in Kenntnis der gesamten Akten, nach eingehender Untersuchung der Beschwerdeführerin und unter Berücksichtigung der von ihr geklagten Beschwerden, sowie von auf den entsprechenden Gebieten ausgewiesenen Fachpersonen erstellt wurden. Insofern erfüllen sie die Anforderungen an eine beweiskräftige Expertise.

6.1 In der allgemeinmedizinischen Beurteilung des Gutachtens der Begutachtungsstelle B.____ (IV-Nr. 58.3 S. 14 ff.) wird festgehalten, die chirurgisch-internistische Untersuchung ergebe das Bild einer 58-jährigen adipösen und kardiopulmonal kompensierten Beschwerdeführerin mit einem metabolischen Syndrom, was auch der übrigen Aktenlage

entspricht. Es bestünden eine hypertensive Kardiopathie mit exzentrisch hypertrophem linkem Ventrikel bei erhaltener linksventrikulärer systolischer Funktion und diastolischer Dysfunktion Grad 2 bei dilatiertem linkem Vorhof sowie eine Mykose im Bereich des rechten Unterschenkels prätibial und am Unterbauch rechts. Hinzu komme eine Interdigital- und Onychomykose an den Füßen. Im Abdominalstatus lasse sich kein pathologischer Befund erheben, der Neurostatus sei bis auf einen Tremor der linken Hand unauffällig. In den Laboruntersuchungen sei das HbA1c weiterhin erhöht, was als Zeichen des ungenügend eingestellten Diabetes mellitus Typ 2 gewiesen wird. Zudem bestünden eine Hypercholesterinämie und ein Vitamin D3-Mangel (S. 14). Klinisch und anamnestisch gebe es Hinweise auf eine Akromegalie. In der kursorisch durchgeführten Bestimmung des Wachstumshormons zeige sich jedoch keine Auffälligkeit. In der MRI-Untersuchung des Schädels zeige sich eine partielle empty sella. Die Adenohypophyse habe abgegrenzt werden können und zeige kein Adenom. Der Hypophysenstiel sei unauffällig. Es werde diesbezüglich aber eine ausgedehnte endokrinologische Abklärung als indiziert erachtet. Die durchgeführte Spirometrie liefere keine Hinweise für eine obstruktive oder restriktive Ventilationsstörung. Als Schlussfolgerung liessen sich die von der Beschwerdeführerin geklagten Einschränkungen durch die internistischen Diagnosen nicht begründen. Funktionelle Einschränkungen seien deswegen nicht vorhanden. Dies erscheint nachvollziehbar und wird auch von der Beschwerdeführerin nicht in Zweifel gezogen. Aus internistischer Sicht wird somit von einer 100%igen Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit in der Reinigung oder einer Verweistätigkeit ausgegangen (S. 15).

6.2 Die Beurteilung des rheumatologischen Teilgutachtens (IV-Nr. 58.4 S. 7 ff.) fällt ebenfalls schlüssig aus: Die Beschwerdeführerin leide seit drei Jahren an bisher therapieresistenten Bewegungs- und Belastungsbeschwerden betont tieflumbal, am thorakolumbalen Übergang, am zervikothorakalen Übergang und im Bereich beider Kniegelenke, bei klinisch reproduzierbaren Befunden im Rahmen einer degenerativen Veränderung, korrespondierend dazu zeigten sich zum Teil fortgeschrittene degenerative Veränderungen in den konventionell radiologischen Aufnahmen. An den Kniegelenken seien die Arthrosen nicht fortgeschritten, sie betreffen mässig ausgeprägt das mediale Kompartiment, mit einem deutlichen retropatellaren Knorpelschaden und einer osteophytären Ausziehung am Oberpol der Patella. Zum Zeitpunkt der Untersuchung seien die Kniegelenke gut kompensiert und ohne Hinweise für eine Aktivierung oder Dekompensation. Die degenerativen Lokalisationen am Achsenskelett seien biomechanisch ungünstig, indem sie bedingt durch eine fortgeschrittene Chondrose im mittleren HWS-Abschnitt zu einer Funktionsstörung am zervikothorakalen Übergang führten; bei ausgedehnt mehrsegmentalen fortgeschrittenen, thorakalen, degenerativen Veränderungen werde dadurch diese Region mehr belastet, weil sie kompensierend mehr bewegen müsse (S. 7). Diese anhand der erhobenen Befunde getroffenen Schlussfolgerungen erscheinen ebenso plausibel wie die Einschätzung, dass der thorakolumbale Übergang fortgeschrittene Degenerationen der Bandscheiben und Gelenke ergebe, einhergehend mit einer Impression der Deckplatte BWK 12, und dass der steile Kreuzbeinbasiswinkel mit konsekutiver Mehrbelastung des lumbosakralen Überganges, bedingt durch die Veränderungen thorakolumbal, zu vermehrten Beschwerden führe. All diese erwähnten Etagen würden zudem ungünstig durch das erhebliche Übergewicht beeinflusst, führt der Gutachter weiter aus. Daraus resultierend erachtet er auch die Belastbarkeitseinschränkungen und Beschwerden als nachvollziehbar, und schliesst daraus auf eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für jede rückenbelastende, respektive kniebelastende Tätigkeit, wie es die

angestammte Tätigkeit im Reinigungsdienst darstellte (a.a.O.). Es wird erwähnt, dass die Beschwerdeführerin ein Pensum mit erheblich belastenden Arbeiten verrichtet habe (Reinigung von Fenstern und Rollläden, Wohnungsgrundreinigungen und Maschinenreinigung von Teppichen und Treppen). So wird rheumatologisch eine bleibende Einschränkung der Arbeitsfähigkeit für die angestammte Tätigkeit gesehen, in geringerem Ausmass auch in einer schonenderen Verweistätigkeit. Die bisherigen therapeutischen Bemühungen werden als unergiebig beschrieben, wobei Infiltrationen an der HWS jeweils nur während einem Monat beschwerdelindernd gewirkt hätten. Ebenso wird erwähnt, dass auf Grund der erheblichen Adipositas die Physiotherapie diese degenerativen Veränderungen kaum beeinflussen konnte. Der rheumatologische Gutachter geht von einer guten Motivation der Beschwerdeführerin aus, da diese während 30 Jahren eine mitunter recht anstrengende und wirbelsäulenbelastende Tätigkeit ausgeführt habe. Schliesslich sei es, bedingt durch die Schmerzzunahme, vor drei Jahren zu einer Dekompensation vor allem im Bereich des thorakolumbalen und lumbalen Achsenskelettes gekommen. Eine relevante Belastbarkeitssteigerung sei nicht zu erwarten, wird weiter ausgeführt, wobei das erhebliche Übergewicht als relevanter Faktor mitwirke. Jedoch wird ein Eingliederungspotential als durchaus vorhanden erachtet, dies einfach mit deutlich reduzierter Belastbarkeit und bleibender Teilarbeitsunfähigkeit auch in einer Verweistätigkeit (S. 8). Diesbezüglich wird auf eine schlechte Selbsteinschätzung verwiesen und darauf, dass bei ordentlicher Kooperation bei der Teilbegutachtung auch gewisse Hinweise für eine Verdeutlichungstendenz bestanden hätten. Nichtsdestotrotz werden bei den festgestellten degenerativen Veränderungen und der ausgeprägten Adipositas Einschränkungen als nachvollziehbar und begründet erachtet. Eine Abgrenzung von medizinisch begründeten und nicht begründeten Funktionsstörungen wird nicht gesehen. Das Mitwirken in den verschiedenen Therapien sei gut, als Ausnahme wird dabei die fehlende Compliance bezüglich der Medikamente genannt (S. 9). Zusammengefasst geht der rheumatologische Gutachter damit davon aus, dass Schmerzen und Einschränkungen bestehen, die sich auch auf die Arbeitsfähigkeit und das mögliche Leistungsprofil der Beschwerdeführerin auswirken. Insbesondere wird, in Einklang mit der übrigen Aktenlage, für die bisherige Tätigkeit im Reinigungsdienst eine vollständige Arbeitsunfähigkeit gesehen. Allerdings führen die nachvollziehbaren und objektivierbaren Einschränkungen nicht zu einer kompletten Arbeitsunfähigkeit. In einer wirbelsäulenschonenden Verweistätigkeit, ohne Belastung der Kniegelenke, wird eine Restarbeitsfähigkeit von 70 % attestiert, was mit Blick auf die genannten, objektivierbaren Befunde plausibel erscheint und im Übrigen beschwerdeweise auch nicht moniert wird. Als Schonkriterien führt der rheumatologische Gutachter auf: Keine wirbelsäulenbelastenden Arbeiten, keine repetitiv vornüber gebeugten Positionen, keine Gewichtsbelastungen repetitiv über 10 kg, Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen, keine längeren Wegstrecken, keine Wegstrecken auf der Treppe, keine knienden Arbeitspositionen (S. 10).

6.3 In der neurologischen Beurteilung (IV-Nr. 58.5 S. 9 ff.) wird dargelegt, dass die Beschwerdeführerin über diffuse Schmerzen nahezu der gesamten Wirbelsäule mit lumbaler Betonung klage. Als einzigen Hinweis auf eine Radikulopathie gebe sie an, dass es gelegentlich zu einer Ausstrahlung in die Rückseite des rechten Beines «wie Strom» komme. Laut Aktenlage sei einmalig eine neurologische Mitbeurteilung im Jahre 2016 erfolgt. Damals sei keine Radikulopathie diagnostiziert worden. Der neurologische Befund bezüglich einer Radikulopathie sei auch in der aktuellen Untersuchung unauffällig, die Reflexe seitengleich, es liessen sich keine Paresen oder Atrophien nachweisen und es finde

sich auch kein sensibles, einem Dermatome zuordenbares Defizit. So wird für die von der Beschwerdeführerin geäußerten Rückenschmerzen kein neurologisches Korrelat gesehen, was sich mit der Aktenlage deckt und auch nicht in Widerspruch zur rheumatologischen (Teil-)Begutachtung steht, wo von degenerativen Veränderungen ausgegangen wird, die Schmerzen verursachen. Die Nackenschmerzen seien diffus beschrieben worden, legt der neurologische Gutachter weiter dar. Es komme auch hier zu keiner Ausstrahlung in die Arme, jedoch eher in den Hinterkopf, was die Beschwerdeführerin als Kopfschmerzen bezeichne. Exazerbationen, die alle zwei Wochen aufträten, erfüllten einige Diagnosekriterien einer Migräne. Die Beschwerdeführerin müsse dann sogar erbrechen, möchte niemanden sehen und sich hinlegen. Eine Licht- und Lärmempfindlichkeit bestehe jedoch nicht. Die Schmerzen würden jedoch im Nacken lokalisiert, ausserdem habe sie bis vor zwei Jahren nie Kopfschmerzen gehabt. Insgesamt wird daher gutachterlich nicht vom Vorliegen einer Migräne ausgegangen, dies insbesondere auch, weil es sehr ungewöhnlich wäre, wenn sich eine solche erst nach dem 50. Lebensjahr manifestieren würde. Zusammengefasst lassen sich demnach die Schmerzen ■ weder die lumbalen noch die cervikalen ■ nicht aus dem neurologischen Fachgebiet erklären. Schliesslich wird auf einen Ruhetremor des linken Armes hingewiesen, der auch in den übrigen Teilbegutachtungen aufgefallen ist. Dieser erscheine relativ hochfrequent mit einer Pronations- / Supinationsbewegung im Unterarm und sistiere bei Aktivierung des Armes, jedoch auch, wenn man die Beschwerdeführerin ablenke. In der körperlichen Untersuchung sei der Tremor dann komplett regredient gewesen, insbesondere bei der Prüfung der Stand- und Gangversuche (S. 9). Ein allfälliges Parkinson-Syndrom, an das man bei einem solchen Tremor denken müsste, wird verworfen, da sich keine Hinweise dafür ergeben hätten: es bestünden kein Rigor, keine Bradykinese und auch keine Riechstörung, die als Frühsymptom einer Parkinson-Erkrankung angesehen werde. Somit wird aus neurologischer Sicht von einem funktionellen Tremor ausgegangen. Inwieweit bei der Beschwerdeführerin eine funktionelle Einschränkung vorliegt, lässt sich aus neurologischer Expertensicht nicht beurteilen, weil die diesbezüglichen Angaben der Beschwerdeführerin sehr vage gewesen seien. Ausserdem äussert der Gutachter den Verdacht auf ein stark aggravierendes Verhalten. Diesbezüglich weist er auf ein nicht nachvollziehbares, angegebenes Aktivitätsniveau im heimischen Umfeld hin (nahezu durchgehendes Liegen abgesehen von der Körperpflege). Als weitere Hinweise werden die Angabe des Schmerz-Ausmasses gesehen (Dauerschmerz 7 - 8 / 10 VAS lumbal), wie auch die in der Untersuchungssituation stark eingeschränkte Beweglichkeit der HWS, was sich während der Anamnese nicht habe beobachten lassen (S. 10). Schliesslich ergäben sich Zweifel, dass die Beschwerdeführerin alle ihre Medikamente nehme, wenn man die Medikamentenspiegel in Betracht ziehe. Insgesamt liegt aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit vor, was sich gestützt auf das Dargelegte als plausibel erweist (S. 11).

6.4 In der neuropsychologischen Beurteilung (IV-Nr. 58.6 S. 7 ff.) wird zusammenfassend festgehalten, die Zusammenstellung der Befunde der Leistungstests lasse auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin schliessen. Daraus folgernd könnten die Ergebnisse der Leistungstests inhaltlich nicht ausgewertet werden und lieferten wegen mangelnder Mitarbeit keine verwertbaren neuropsychologischen Befunde, da sie wahrscheinlich nicht das effektiv vorhandene kognitive Leistungsniveau abbildeten (S. 7). Dazu wird zunächst in allgemeiner Hinsicht dargelegt, unter welchen Voraussetzungen ein begründeter Verdacht auf eine nicht-authentische neuropsychologische Störung vorliegt

(S. 7 f.). Sämtliche vier Kriterien sind bei der Beschwerdeführerin nach Einschätzung der neuropsychologischen Gutachterin erfüllt (S. 8 f.). Erstens sei ein substanzieller externer Anreiz gegeben, da es sich beim Gutachten der Beschwerdeführerin um eine Abklärung ihrer Arbeitsfähigkeit handle. Zweitens seien auffällige Resultate bei Symptomvalidierungsverfahren gegeben und Testergebnisse könnten nicht mit Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion erklärt werden. Es bestünden diskrepante Testergebnisse zur Verhaltensbeobachtung und Fremdanamnese. Die Beschwerdeführerin habe bei beiden Teilen des Symptomvalidierungstests Resultate erzielt, die teilweise sehr weit unter denen gelegen hätten, die bei motivierter Mitarbeit zu erreichen seien. Das Testergebnis der Reaktionszeitmessung sei nicht mit den Modellen normaler oder pathologischer Hirnfunktion zu erklären. Es sei höchst wahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin bei diesem Test aggravierte Reaktionen gezeigt habe. Es bestehe drittens Evidenz aus der Beschwerdeschilderung. Die eklatanten mnestischen Funktionsverluste entsprächen nicht dem im Gespräch gewonnenen Eindruck. Es seien Inkonsistenzen bei der Bearbeitung unterschiedlicher Tests aufgefallen. Die verlangsamten Reaktionszeiten hätten eine Variabilität, die neurophysiologisch nicht erklärbar sei. Schliesslich müssten viertens Verhaltensweisen bestehen, welche die notwendigen Kriterien 2 und 3 erfüllten, aber nicht durch psychiatrische, neurologische oder entwicklungsbedingte Faktoren erklärbar seien. Die gestellten Diagnosen könnten die beschriebenen Auffälligkeiten nicht erklären. Somit wird nach Zusammenstellung der Befunde (Testergebnisse) auf ein Aggravationsverhalten der Beschwerdeführerin geschlossen (S. 9). Folgerichtig kann aus neuropsychologischer Sicht auch nicht beurteilt werden, ob allenfalls funktionelle Einschränkungen bestehen. Die neuropsychologische Gutachterin verweist schliesslich auf eine am 24. März 2017 stattgefundene neuropsychologische Untersuchung, in welcher sich objektiv-gutachterlich keine selbständige depressive Kernsymptomatik habe eruieren lassen. Leistungspsychologisch seien damals keine neurokognitiven berufsrelevanten Funktionsdefizite objektiviert worden bei mehrheitlich ordentlicher Mitarbeit und Leistungsbereitschaft mit Phasen defizitärer Willensanstrengung. Damals habe es keine Hinweise für simulative Tendenzen bzw. bewusstseinsnahe Antwortverfälschungen gegeben. In der aktuellen Untersuchung sei dies anders (S. 10). Die Ergebnisse der aktuellen Untersuchung könnten deshalb auch nicht mit denen der Untersuchung vom März 2017 verglichen werden (S. 10 f.). Dies erscheint ebenfalls einleuchtend. Somit wird neuropsychologisch gesehen die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin als nicht beurteilbar erachtet. Damit wird nicht gesagt, dass bei der Beschwerdeführerin keine Einschränkungen bestehen (können), sondern es wird darauf hingewiesen, dass allenfalls bestehende neuropsychologische Defizite aufgrund des aggravierenden Verhaltens nicht erkannt werden können.

6.5 In der psychiatrischen Beurteilung (IV-Nr. 58.7 S. 15 ff.) wird schliesslich angegeben, die psychiatrischen Diagnosen könnten auf Grund des neuropsychologisch getesteten Aggravationsverhaltens nur eingeschränkt gestellt werden. Dies schliesse jedoch eine psychiatrische Erkrankung nicht aus. Weiter wird in der Beurteilung festgehalten, der Medikamentenspiegel sei bei Duloxetin unterhalb des Grenzwerts und bei der Schmerzmedikation nicht nachweisbar. Dies weise einerseits auf eine fehlende Compliance, andererseits auf fehlenden Leidensdruck hin (S. 15). Diese Einschätzung erweist sich als nachvollziehbar. Anschliessend wird Bezug genommen auf die gemäss Aktenlage seit 2016 bestehenden Hinweise für eine nicht organische Komponente im Sinne einer somatoformen Schmerzstörung. Das Spital G.____ habe die Diagnosen einer chronischen Schmerzstörung

mit psychischen und somatischen Faktoren und einer Depression gestellt. Im Teilgutachten von Dr. med. I. ___ vom 4. Mai 2017 seien eine eingeschränkte Leistungsbereitschaft und ausserhalb einer dysthymen Zeichnung keine affektpathologische Alteration aufgezeigt worden. Der behandelnde Psychiater, Dr. med. D. ___, diagnostiziere eine chronifizierte, mittelschwere depressive Störung mit ausgeprägten hypochondrischen Ängsten im Rahmen einer Erschöpfungsdepression und Persönlichkeitsakzentuierung mit histrionisch-misstrauischen Zügen. Hinzu kämen eine Störung durch Opioide sowie eine chronische generalisierte Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Anteilen (S. 15 f.). Für den aktuellen Zeitpunkt wird dann wiederum angegeben, die psychiatrische Diagnostik sei auf Grund des in der Neuropsychologie getesteten Aggravationsverhaltens nur eingeschränkt möglich. In Bezug auf die in der Vergangenheit gestellten Diagnosen wird angegeben, diese könnten retrospektiv anhand der Aktenlage nicht mit Sicherheit bestätigt werden, da in der Vergangenheit das Aggravationsverhalten nicht getestet worden, jedoch einige Male ein solches Verhalten beschrieben worden sei (S. 16). Dies ist korrekt, allerdings wird im Gutachten kein Bezug auf die eigene Anamnese oder die erhobenen Befunde genommen. Insbesondere wird nicht dargelegt, inwiefern auf Grund der psychiatrischen Anamnese- und Befunderhebung auf ein aggravierendes Verhalten geschlossen werden muss, sondern auf die Ergebnisse der neuropsychologischen Untersuchung hingewiesen. Obwohl eine Aggravation gegeben sei, wird trotzdem eine Diagnose gestellt: Auf Grund der von der Beschwerdeführerin eingangs beschriebenen körperlichen Schmerzen, der Ergebnisse der somatischen Teilgutachten und der nicht ausreichenden Erklärbarkeit durch ein somatisches Korrelat könne aus psychiatrischer Sicht trotz des getesteten Aggravationsverhaltens eine Diagnose aus der Gruppe der somatoformen Störungen gestellt werden (S. 16 ff.). Weiter begründet wird dies nicht. Insbesondere wird nicht dargelegt, weshalb beim Vorliegen von aggravierenden Verhaltensweisen, die die Befunde nicht validierbar machen, trotzdem eine Diagnose gestellt werden kann. Insgesamt erweist sich die psychiatrische Begutachtung bei der Gutachterstelle B. ___ somit als nicht schlüssig begründet. Die Herleitung des Bestehens eines aggravierenden Verhaltens wird einzig mit den Ergebnissen der neuropsychologischen Untersuchung begründet, eine Auseinandersetzung mit dem in der psychiatrischen Untersuchung gezeigten Verhalten oder den erhobenen Befunden (wenig spontane Auskunft der Beschwerdeführerin zu ihren Problemen, schmerzgequältes Wirken, diffuser Tremor der linken Hand, gleichbleibende Konzentration und Aufmerksamkeit in der Untersuchung, aber Angabe von diesbezüglichen Einschränkungen, kein guter affektiver Rapport, unverzögerte Antworten auf die gestellten Fragen bei gleichzeitigem Unvermögen, Jahreszahlen wie die Geburtsdaten der Kinder und die Medikamentennamen zu erinnern etc.) erfolgt nicht. So ist der Beschwerdegegnerin zuzustimmen, wenn sie davon ausgeht, dass der psychiatrische Teil der polydisziplinären Begutachtung sich als nicht beweiswertig erweist.

6.6 Es zeigt sich somit in der Gesamtschau, dass auf das von der Beschwerdegegnerin eingeholte polydisziplinäre Gutachten abgestellt werden kann, was die somatische Komponente betrifft. Einem solchen Gutachten, das die Beschwerdegegnerin selber im Verwaltungsverfahren in Auftrag gegeben hat, ist volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Solche konkreten Indizien sind somatisch gesehen nicht erkennbar, hinsichtlich der psychiatrischen Beurteilung jedoch schon; auf diese kann nicht abgestellt werden. Unter diesen Umständen erweist sich die von der Beschwerdegegnerin gewählte Vorgehensweise, zusätzlich ein

psychiatrisches Gutachten einzuholen, inhaltlich als korrekt. Auf die Gesamtbeurteilung der Leistungsfähigkeit in somatischer Hinsicht im polydisziplinären Gutachten der Begutachtungsstelle B.____ hat dieser Umstand keinen Einfluss, da die psychiatrische Komponente auf die (Gesamt)Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit keinen Einfluss hatte. Im Übrigen werden auch von Seiten der Beschwerdeführerin keine Einwände zum somatischen Teil vorgebracht.

6.7 Der psychiatrische Zweitgutachter Dr. med. C.____ kommt in seiner Beurteilung ebenfalls zum Schluss, dass bei der Beschwerdeführerin von einem Aggravationsverhalten ausgegangen werden muss (IV-Nr. 95 S. 86 ff.). Er hält fest, dass bereits den Akten mehrfach Kooperationsprobleme zu entnehmen sind. Auf Grund von deutlichen Inkonsistenzen kann er zur Persönlichkeit nicht Stellung nehmen. Dies begründet er damit, dass nicht unterschieden werden könne, welche in der Untersuchung präsentierten Persönlichkeitsanteile tatsächlich vorhanden und welche vorgetäuscht seien. Er merkt an, dass sämtliche Blutspiegelbestimmungen des Antidepressivums Duloxetin, auch die im Rahmen der aktuellen Begutachtung erfolgten, zeigten, dass die Beschwerdeführerin die Medikation nicht eingenommen habe. Dies entgegen ihrer eigenen Angabe und der Aussage des behandelnden Psychiaters in dessen Bericht vom 9. September 2019. Letzterer diagnostiziere in seinen Berichten ein mittelgradiges depressives Syndrom. Zu Recht weist der Gutachter darauf hin, dass Patienten mit einer mittelgradigen depressiven Episode leitliniengerecht eine medikamentöse Therapie mit einem Antidepressivum angeboten werden sollte und dass auf Grund der mangelnden Medikamentencompliance eben nicht von einer leitliniengerechten Behandlung ausgegangen werden könne. Ebenfalls zu Recht stellt der Gutachter fest, dass diese mangelnde Compliance im Widerspruch zum von der Beschwerdeführerin präsentierten Leiden stehe (S. 87 f.).

Ebenfalls widersprüchlich sind nach gutachterlicher Einschätzung die Ergebnisse der Performancevalidierung im Alternativwahlverfahren. Die Notwendigkeit von entsprechenden Testuntersuchungen hatte der psychiatrische Gutachter vor der Begutachtung angekündigt (IV-Nr. 87) und damit begründet, dass die Aktenlage mit Vorgutachten inklusive neuropsychologischer Beurteilungen solche erfordere. Dass unter den gegebenen Umständen eine aktuelle Validierung der neuen Untersuchungsergebnisse als notwendig erachtet wurde, erscheint nachvollziehbar. Gemäss den entsprechenden Testergebnissen müsste nun bei der Beschwerdeführerin ein mnestischer Totalausfall vorhanden sein. Der Gutachter weist auf weitere Widersprüchlichkeiten hin: Die Beschwerdeführerin gebe an nicht in der Lage zu sein, sich drei Begriffe für zwei Sekunden zu merken. Andererseits könne sie ein Gespräch führen oder sich daran erinnern, was sie am Vortag der Untersuchung gegessen habe. Bei der Nachfrage, wann sie geboren sei, müsse sie länger überlegen, wobei solche autobiografischen Angaben sogar schwerst dementen Patienten noch möglich seien. Die Beschwerdeführerin präsentiere sich äusserst leidend und äussere, dass es im Vergleich zu ihrer Erkrankung nichts Schlimmeres gebe. Andererseits nehme sie die Medikation nicht ein, was die Spiegelbestimmung zeige. Es ist daher einleuchtend, wenn der Gutachter kein dem präsentierten Leiden entsprechendes Hilfesuchverhalten erkennen kann (S. 88). Weiter zeige sich in der Performancevalidierung, dass nach jedem Lerndurchgang die Anzahl der falschen Antworten zunehme, was auf eine bewusste Vortäuschung kognitiver Beschwerden hindeute (S. 89). Insgesamt erachtet der Gutachter die von der Beschwerdeführerin präsentierten Symptome und Funktionseinbussen als nicht konsistent, nicht plausibel, womit die

Untersuchungsergebnisse nicht valide und nicht nachvollziehbar sind (S. 88). Den auffälligen Ergebnissen im Beschwerdvalidierungsverfahren mit Diskrepanzen zwischen den Testdaten und bekannten Mustern von Hirnfunktionen / Hirnschädigungen stellt er den mit der in Aussicht stehenden Rente bedeutsamen externalen Störungsgewinn gegenüber. Weiter zeigten sich Diskrepanzen zwischen den Testdaten und dem beobachtbaren Verhalten. Die präsentierten Beschwerden seien nicht durch eine psychiatrische, neurologische oder Entwicklungsfaktoren zu erklären. Es sei daher mit überwiegender Wahrscheinlichkeit von einer Vortäuschung kognitiver Beschwerden auszugehen. Gestützt wird dies gutachterlich gesehen auch durch das in den Untersuchungen gezeigte, überzogene Beschwerdebild: So habe die Beschwerdeführerin geäußert, massive Schmerzen zu haben, dass es nichts Schlimmeres als ihre Erkrankung gebe, und habe auch zu Beginn der dreistündigen Untersuchung ein Schmerzschonverhalten gezeigt, welches dann bei zunehmender Gesprächsdauer abgenommen habe (S. 89 f.). Weiter weist Dr. med. C. ___ in der Befunderhebung auf verschiedene Widersprüchlichkeiten hin (kein Erinnern von drei Begriffen während zwei Sekunden, aber keine Auffassungsstörungen; Angabe von Müdigkeit und Freudlosigkeit, aber keine gedrückte Stimmung im Gespräch, S. 84). So kommt auch Dr. med. C. ___ zum Schluss, dass in Bezug auf kognitive Beeinträchtigungen und damit die psychische Komponente von Aggravation gesprochen werden muss. Folglich stellt er keine Diagnose, auch nicht diejenige einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Im Ergebnis bedeutet dies nicht, dass eine solche oder eine andere Störung nicht vorliegt oder vorliegen kann, sondern dass auf Grund des Aggravationsverhaltens der Beschwerdeführerin keine valide Aussage getroffen werden kann (S. 90 ff.). Diese Beweislosigkeit geht zu Lasten Beschwerdeführerin (Urteil des Bundesgerichts 9C_836/2019 vom 15. Juni 2020 E. 4.3). Im Gegensatz zur psychiatrischen Beurteilung im Rahmen des Gutachtens der Begutachtungsstelle B. ___ hat Dr. med. C. ___ seine Einschätzung gestützt auf seine eigenen Untersuchungen getroffen und seine Würdigung in Bezug auf diese vorgenommen. Das Ergebnis ist indessen das Gleiche wie in der vorangehenden psychiatrischen (Teil-)Begutachtung: Es kann zur Diagnose und zu einer daraus folgenden Einschränkung der Leistungsfähigkeit, Einschränkung der Funktionsfähigkeit sowie der Arbeitsfähigkeit nicht valide Stellung genommen werden.

6.8 Nach dem Gesagten bleibt es bezüglich der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin bei der im Gutachten der Begutachtungsstelle B. ___ getroffenen Beurteilung: Die angestammte Tätigkeit ist der Beschwerdeführerin aus rheumatologischen Gründen gar nicht mehr zumutbar. Dies entspricht der Einschätzung sämtlicher behandelnder Ärztinnen und Ärzte. Das zumutbare Tätigkeitsprofil beschränkt sich auf Grund der degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule und beider Kniegelenke auf eine wirbelsäulenschonende Verweistätigkeit, ohne repetitiv vornübergebeugte Positionen, ohne repetitive Gewichtsbelastungen über 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen, ohne längere Wegstrecken, ohne Treppensteigen und ohne kniende Positionen. Eine solche Tätigkeit ist in einem Pensum von 70 % möglich. Diese Einschätzung gilt retrospektiv seit Beginn der Arbeitsunfähigkeit am 23. Mai 2016. Dies entspricht auch der Einschätzung, die bereits am 12. Mai 2016 durch Dr. med. E. ___ (IV-Nr. 19 S. 19 ff.) getroffen wurde. Er ging von einer Arbeitsfähigkeit von mindestens 80 % für eine körperlich leichte bis selten mittelschwere, adaptierte berufliche Tätigkeit in der freien Wirtschaft aus. In der zuhanden der Krankentaggeldversicherung am 9. / 10. März 2017 durchgeführten funktionsorientierten medizinischen Abklärung (FOMA) wurde für eine leichte bis mittelschwere, angepasste Tätigkeit eine volle Arbeitsfähigkeit gesehen.

Insgesamt ist die Beschwerdegegnerin damit zu Recht davon ausgegangen, dass die angestammte Tätigkeit der Beschwerdeführerin nicht mehr zumutbar ist und in einer Verweistätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 70 % besteht.

6.9 Was die Beschwerdeführerin gegen die Begutachtungen einwenden lässt, verfährt nicht. Der Beweiswert der Expertisen ist, wie sich den obigen Erwägungen entnehmen lässt, gegeben. Zum Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens der Begutachtungsstelle B.____ erübrigen sich weitere Ausführungen, da dieses tatsächlich nicht als beweiskräftig anzusehen ist. Daraus folgt jedoch nicht, dass das komplette polydisziplinäre Gutachten einer Beweiskraft entbehrt, wie bereits dargelegt wurde. Zur Argumentation, dass ein aggravierendes Verhalten bei der Beschwerdeführerin nicht vorliegen könne, da die von ihr geklagten Schmerzen ja objektivierbar seien, ist festzuhalten, dass der rheumatologische Gutachter schlüssig dargelegt, dass Beschwerden erklärbar sind. Sie sind es jedoch nicht im von der Beschwerdeführerin geklagten Ausmass. Der Gutachter geht auf Grund der objektivierbaren Befunde von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % in einer Verweistätigkeit aus, wohingegen die Beschwerdeführerin sich als vollständig arbeitsunfähig präsentiert. Weiter wird gestützt auf die Berichterstattung des behandelnden Psychiaters, Dr. med. D.____, postuliert, es liege eine depressive Störung vor. Wie den nachvollziehbaren Schilderungen des psychiatrischen Gutachters Dr. med. C.____ zu entnehmen ist, lässt sich diese Diagnose nicht verifizieren. Zu Aggravierungs- oder Simulationstendenzen hat der behandelnde Psychiater lediglich ausgeführt, keine solchen Hinweise erkennen zu können, ohne dies näher zu erörtern oder auf die Ergebnisse des polydisziplinären Gutachtens einzugehen. Zum psychiatrischen Gutachten von Dr. med. C.____ wird von der Beschwerdeführerin vorgebracht, dieser schliesse auf Grund von neuropsychologischen Performanzvalidierungstests auf eine Aggravation, was nicht korrekt sei, da er eine psychiatrische Abklärung vorzunehmen habe. Dass der psychiatrische Gutachter seine Einschätzung unter Zuhilfenahme von solchen Tests plausibilisiert, erscheint unter den gegebenen Umständen hingegen angezeigt (Urteil des Bundesgerichts 8C_605/2019 vom 12. November 2019 E. 3.2.2). Im Gegensatz zur psychiatrischen Beurteilung im polydisziplinären Gutachten hat er nicht ausschliesslich auf eine fremde Untersuchung verwiesen. Steht der psychiatrische Gutachter vor der Situation, dass er auf Grund von nicht beurteilbaren Angaben der Beschwerdeführerin nicht einschätzen kann, welche Aussagen Tatsache sind und welche vorgetäuscht, kann er keine Beurteilung abgeben und anschliessend die Konsistenz prüfen, wie die Beschwerdeführerin verlangt. Eine Beurteilung nach den gestützt auf BGE 141 V 281 aufgestellten Indikatoren ist beim Vorliegen von Aggravation nicht möglich. Ebenfalls nicht möglich ist eine Auseinandersetzung mit den vom behandelnden Psychiater gestellten Diagnosen.

6.10 Besteht im Einzelfall Klarheit darüber, dass Ausschlussgründe wie eine Aggravation die Annahme einer Gesundheitsbeeinträchtigung verbieten, so besteht von vornherein keine Grundlage für eine Invalidenrente, selbst wenn die klassifikatorischen Merkmale einer gesundheitlichen Störung gegeben sein sollten. Dies bedeutet aber nicht, dass daneben nicht auch eine ausgewiesene verselbstständigte Gesundheitsschädigung besteht. Diesfalls sind deren Auswirkungen im Umfang der Aggravation zu bereinigen (Urteil des Bundesgerichts 9C_524/2020 vom 23. November 2020 E. 4.3 mit Hinweis auf BGE 141 V 281 E. 2.2.2 S. 288). Dies ist vorliegend erfolgt. Rheumatologisch besteht ausgewiesenermassen ein Gesundheitsschaden, der insbesondere dazu führt, dass die angestammte Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann und für eine Verweistätigkeit eine eingeschränkte

Arbeitsfähigkeit besteht. Die Beschwerdeführerin erachtet sich nach jahrzehntelanger Tätigkeit in einer eher schweren Arbeit nunmehr als komplett arbeitsunfähig und demonstriert in aggravierender Weise kognitive Einschränkungen, die dazu führen, dass eine psychische Komponente nicht valide abgegrenzt werden kann. Wie bereits mehrfach erwähnt, geht diese Beweislosigkeit zu ihren Lasten. Die Beschwerde ist demnach in Bezug auf die Frage der Beweiskraft der eingeholten Expertisen abzuweisen.

7. Die Beschwerdeführerin lässt geltend machen, sie könne die gutachterlich attestierte Restarbeitsfähigkeit von 70 % auf Grund des bereits fortgeschrittenen Alters nicht mehr verwerten.

7.1 Die Rechtsprechung anerkennt, dass das (vorgerückte) Alter zusammen mit weiteren persönlichen und beruflichen Gegebenheiten dazu führen kann, dass die einer versicherten Person verbliebene Resterwerbsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt realistischweise nicht mehr nachgefragt wird. Massgebend sind die Umstände des konkreten Falles, etwa die Art und Beschaffenheit des Gesundheitsschadens und seiner Folgen, der absehbare Umstellungs- und Einarbeitungsaufwand und in diesem Zusammenhang auch Persönlichkeitsstruktur, vorhandene Begabungen und Fertigkeiten, Ausbildung, beruflicher Werdegang oder Anwendbarkeit von Berufserfahrung aus dem angestammten Bereich. Für den Zeitpunkt, in welchem die Frage nach der Verwertbarkeit der (Rest-) Arbeitsfähigkeit bei vorgerücktem Alter beantwortet wird, ist auf das Feststehen der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-) Erwerbstätigkeit abzustellen (Urteile des Bundesgerichts 9C_702/2020 und 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E 3.3 mit Hinweisen).

7.2 Die Beschwerdeführerin war zum Zeitpunkt des Feststehens der medizinischen Zumutbarkeit einer (Teil-)Erwerbstätigkeit am 19. November 2020 (Datum des Gutachtens von Dr. med. C.____) noch nicht ganz 61 Jahre alt. Es verbleiben somit etwas mehr als drei Jahre Aktivitätsdauer bis zum Erreichen des ordentlichen AHV-Pensionsalters. Es besteht eine 70%ige Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit. Zumutbar ist eine wirbelsäuleschonende Verweistätigkeit, ohne repetitiv vornübergebeugte Positionen, ohne repetitive Gewichtsbelastungen über 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen, ohne längere Wegstrecken, ohne Treppensteigen und ohne kniende Positionen. Die Beschwerdeführerin verfügt über keine Berufsausbildung. Sie hat seit ihrer Einreise in die Schweiz während 30 Jahren in einem Vollpensum im Reinigungsdienst gearbeitet. Sie war bis zum Eintritt des Gesundheitsschadens ohne Unterbruch arbeitstätig, dies bei mehreren Arbeitgebern, aber jeweils während einigen Jahren (vgl. Intake-Gespräch, IV-Nr. 13). Sie spricht ordentlich Deutsch, wie sich den Angaben aus den Begutachtungen entnehmen lässt, wo zwar immer eine dolmetschende Person anwesend war (Albanisch), die Beschwerdeführerin oft aber auch auf Deutsch auf die Fragen antwortete. In ihrer ursprünglichen Tätigkeit kann sie nicht mehr arbeiten.

7.3 In einer neueren Publikation wurde die jüngere Praxis zur Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit in fortgeschrittenem Alter analysiert, und dies mit dem folgenden Ergebnis (Thomas Gächter / Philipp Egli / Michael Meier / Martina Filippo: Grundprobleme der Invaliditätsbemessung in der Invalidenversicherung, Rechtsgutachten zuhanden der Coop Rechtsschutz AG, Zürich / Winterthur 2021 [abrufbar unter www.wesym.ch; nachfolgend: Gächter et.al.], S. 40 N 82 ff.): Ab dem Alter von 61 Jahren (in Bezug auf männliche Personen) anerkennt die Rechtsprechung, dass die betroffene Person «zwar nicht mehr leicht vermittelbar» ist. Dennoch wird auch hier die

Verwertbarkeit im Einzelfall geprüft und oft bejaht. Gerade bei Hilfsarbeiten geht die Rechtsprechung nämlich beispielsweise davon aus, dass solche auf dem massgeblichen hypothetischen ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt werden. Als allein ausschlaggebendes Kriterium wird das Alter erst ab dem Alter 64 (bei Männern) anerkannt. Erst wenn die restliche Erwerbsdauer nur noch einige Monate beträgt, wird die Verwertbarkeit auf Grund des Alters demnach definitiv verneint. Sind die betroffenen Personen über 60 Jahre alt, so wird nur dann von einer Unverwertbarkeit ihrer Restarbeitsfähigkeit ausgegangen, wenn sie nur noch zwei bis drei Jahre Aktivitätszeit vor sich haben, ihre Arbeitsfähigkeit ■ gerade auch im bisherigen Tätigkeitsbereich ■ stark eingeschränkt ist, ein grosser Umschulungs- oder Einarbeitungsaufwand anfallen würde und kaum mit einer gewissen Anpassungsfähigkeit gerechnet werden darf. Im Altersspektrum von 60 bis 64 Jahren bedarf es somit immer (mehrerer) zusätzlich qualifizierender Elemente, damit eine Verwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit verneint wird. Die Ausgangsthese einer abstrakten, d.h. vom tatsächlichen Arbeitsmarkt losgelösten Betrachtung spiegelt sich deutlich in der bundesgerichtlichen Hypothese wider, Hilfsarbeiten würden «altersunabhängig» nachgefragt.

Im Fall einer im massgebenden Zeitpunkt 60 3/4-jährigen Versicherten, die in ihrer angestammten Tätigkeit als Lageristin behinderungsbedingt nicht mehr arbeitsfähig war, eine leidensangepasste Erwerbstätigkeit aber uneingeschränkt auszuüben vermochte (in körperlicher Hinsicht leicht bis mittelschwer, ohne Arbeiten in kniender, kauender oder rein sitzender Position, ohne stereotype Drehungen im Rumpf [Montage am Band], ohne häufiges Treppensteigen oder repetitives Bücken, ohne Arbeiten auf Leitern, Gerüsten oder unebenem Boden, ohne mit Vibrationen oder Stössen für das rechte obere Sprunggelenk verbundene Tätigkeiten oder solchen mit repetitivem Betätigen von Pedalen mit dem rechten Fuss), bestätigte das Bundesgericht die vorinstanzliche Einschätzung, das Zumutbarkeitsprofil sei zwar eingeschränkt, aber doch noch genügend weit für ein Betätigungsfeld auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt. Darunter fielen einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier- und Verpackungstätigkeiten sowie leichte Montagearbeiten. Diese Berufsfelder forderten in der Regel keine intellektuellen Fähigkeiten oder Sprachkenntnisse; auch eine lange Einarbeitungszeit dürfte meist entfallen. Aus diesem Grunde spielte nach Ansicht des Bundesgerichts das Alter der Versicherten für die Verwertbarkeit der verbliebenen Arbeitsfähigkeit keine entscheidende Rolle. Die Beschwerdeführerin hatte auch schon in unterschiedlichsten Berufen gearbeitet. Auch wenn sie diesbezüglich für eine angepasste Tätigkeit keine spezifischen Fertigkeiten nutzbar machen können, zeugten die seinerzeitigen Berufserfahrungen dennoch von einer gewissen Umstellungsfähigkeit (Urteil des Bundesgerichts 9C_574/2019 vom 16. Oktober 2019 E. 2.2 ff.)

Bei einer Versicherten mit einer verbleibenden Aktivitätsdauer von drei Jahren und acht Monaten ging das Bundesgericht ebenfalls davon aus, dass diese Zeitspanne genüge, um die Restarbeitsfähigkeit auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt zu verwerten. Gemäss dem zumutbaren Tätigkeitsprofil (körperlich leichte bis höchstens mittelschwere wechselbelastende Tätigkeit, ohne Feuchtarbeiten oder Kontakt mit sensibilisierenden Substanzen, mit einer Hebe- und Traglimite von 5 kg) stünden noch eine grosse Anzahl von Stellen zur Verfügung, zumal diese Hilfsarbeiten weder eine Ausbildung noch besondere Sprachkenntnisse verlangten. Insbesondere stelle der Umstand, dass die Versicherte seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgegangen sei, kein entlastendes Moment dar, denn

das Fernbleiben vom Arbeitsmarkt sei nicht gesundheitlich bedingt (Urteil des Bundesgerichts 8C_563/2019 vom 23. Dezember 2019, E. 5.3).

Bei einer 62 1/2-jährigen Reinigungsangestellten, die während 33 Jahren eine IV-Rente bezogen hatte und eine Arbeitsfähigkeit von 83 % in einer angepassten Tätigkeit ausgegangen wurde, ist das Bundesgericht hingegen von einer Unverwertbarkeit der Restarbeitsfähigkeit ausgegangen. Die Beschwerdeführerin habe selbst unter Berücksichtigung von Nischenarbeitsplätzen keine realen Anstellungschancen (Urteil des Bundesgerichts 9C_183/2017 vom 30. Oktober 2017 E. 5.2.2).

7.4 Für den konkreten Fall ist gestützt auf die erwähnte bundesgerichtliche Rechtsprechung festzuhalten, dass das Alter der Beschwerdeführerin kein allein ausschlaggebendes Kriterium dafür ist, dass sie die verbleibende Restarbeitsfähigkeit nicht mehr verwerten könnte. Eine langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt wie im zuletzt zitierten Fall ist nicht gegeben. Die Beschwerdeführerin ist seit 2016 nicht mehr arbeitstätig, allerdings aus gesundheitsfremden Gründen. Ihr wäre die Aufnahme einer (Teil-)Erwerbstätigkeit möglich gewesen. Für das Tätigkeitsprofil (wirbelsäuleschonend, nicht repetitiv vornübergebeugt Positionen, keine repetitiven Gewichtsbelastungen über 10 kg, wechselbelastend, ohne längere Wegstrecken, ohne Treppensteigen, ohne kniende Positionen) bestehen Arbeitsplätze (wie oben erwähnt zum Beispiel einfache Kontroll-, Überwachungs-, Sortier- und Verpackungstätigkeiten). Eine besondere Umstellungsfähigkeit erfordern solche Hilfsarbeiten nicht. Auch die fehlende Berufsausbildung und die Tatsache, dass die Beschwerdeführerin nicht deutscher Muttersprache ist, ist in diesem Bereich kein relevantes Kriterium. Somit ist mit Blick auf die oben zitierte, strenge bundesgerichtliche Rechtsprechung davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin die verbleibende Restarbeitsfähigkeit verwerten und sich in einer einfachen Arbeitstätigkeit auch genügend einarbeiten kann. Die Beschwerde ist in diesem Punkt ebenfalls abzuweisen.

E. 8

8.1 Der von der Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung vorgenommene Einkommensvergleich ist in Bezug auf die Bemessung des Validen- und Invalideneinkommens (ohne leidensbedingten Abzug, vgl. E.9.3 untenstehend) unbestritten geblieben und auch nicht zu beanstanden. So wurde für das Valideneinkommen das durchschnittliche Einkommen der Beschwerdeführerin in den Jahren 2011 bis 2015 gemäss IK-Auszug herangezogen und an die Nominallohnentwicklung angepasst. Daraus resultiert ein Valideneinkommen von CHF 61'286.00. Für das Invalideneinkommen wurde auf Grund der Tatsache, dass die Beschwerdeführerin keine zumutbare Erwerbstätigkeit aufgenommen hat, auf einen Tabellenlohn der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) abgestellt. Der herangezogene Tabellenlohn (LSE 2016, TA1_tirage_skill_level, Niveau 1, Frauen) erscheint im Lichte des zumutbaren Tätigkeitsprofils korrekt. Dazu wurden die Wochenstunden aufgerechnet und eine Anpassung an die Nominallohnentwicklung vorgenommen. Somit ergibt sich bei einem Pensum von 70 % ein Invalideneinkommen von CHF 38'352.00. Gestützt auf diese Zahlen hat die Beschwerdegegnerin einen Invaliditätsgrad von 37 % errechnet, woraus kein Rentenanspruch resultiert (A.S. 3).

8.2 Wird das Invalideneinkommen auf der Grundlage von statistischen Durchschnittswerten ermittelt, ist der entsprechende Ausgangswert (Tabellenlohn)

allenfalls zu kürzen. Damit soll der Tatsache Rechnung getragen werden, dass persönliche und berufliche Merkmale, wie Art und Ausmass der Behinderung, Lebensalter, Dienstjahre, Nationalität oder Aufenthaltskategorie und Beschäftigungsgrad Auswirkungen auf die Lohnhöhe haben können (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323; Urteil des Bundesgerichts 8C_185/2013 vom 4. Juli 2013 E. 3) und je nach Ausprägung die versicherte Person deswegen die verbliebene Arbeitsfähigkeit auch auf einem ausgeglichenen Arbeitsmarkt nur mit unterdurchschnittlichem erwerblichem Erfolg verwerten kann (BGE 126 V 75 E. 5b/aa in fine, S. 80). Der Abzug ist unter Würdigung der Umstände im Einzelfall nach pflichtgemäsem Ermessen gesamthaft zu schätzen. Er darf 25 % nicht übersteigen (BGE 126 V 75 E. 5b/bb - cc S. 80; Urteil des Bundesgerichts 9C_368/2009 vom 17. Juli 2009 E. 2.1). Nach der Rechtsprechung ist insbesondere dann ein Abzug zu gewähren, wenn eine versicherte Person selbst im Rahmen körperlich leichter Hilfsarbeitertätigkeit in ihrer Leistungsfähigkeit eingeschränkt ist (BGE 126 V 75 E. 5a/bb S. 78).

8.3 Vorliegend hat die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen. Das Alter der Beschwerdeführerin, Dienstjahre, Nationalität oder der Beschäftigungsgrad gebieten keinen Abzug. Hilfsarbeiten (wie im herangezogenen Tabellenlohn enthalten) werden auf dem hypothetisch ausgeglichenen Arbeitsmarkt altersunabhängig nachgefragt (Urteile des Bundesgerichts 9C_808/2015 vom 29. Februar 2016 E. 3.4.2 oder 9C_703/2020 vom 1. Februar 2021 E.6.3.2). Ein Teilpensum von 70 % wirkt sich im entsprechenden Segment für die Beschwerdeführerin ebenfalls nicht lohnsenkend, sondern eher noch loohnerhöhend aus (vgl. T18 der LSE 2016, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Beschäftigungsgrad, beruflicher Stellung und Geschlecht). Der Tabellenlohn im hier angewendeten Kompetenzniveau 1 erfasst rechtsprechungsgemäss eine Vielzahl von leichten und mittelschweren Tätigkeiten, weshalb alleine auf Grund der Tatsache, dass nur noch leichte Tätigkeiten möglich sind, kein Abzug vom Tabellenlohn gerechtfertigt ist (Urteil des Bundesgerichts 8C_253/2017 vom 29. Juni 2017 E. 4.3.2). Daran ändert auch der Umstand nichts, dass für leichte Tätigkeiten weitere einschränkende Faktoren (wirbelsäulenschonend, ohne repetitiv vornübergebeugte Positionen, ohne repetitive Gewichtsbelastungen über 10 kg, im Wechsel zwischen sitzenden und stehenden Arbeitsabläufen, ohne längere Wegstrecken, ohne Treppensteigen und ohne kniende Positionen) genannt werden. Denn, soweit es sich bei diesen weiteren Faktoren nicht ohnehin nur um eine nähere Umschreibung der leichten Tätigkeit handelt, führen sie zu keinem lohnrelevanten Nachteil (Urteil des Bundesgerichts 9C_447/2019 vom 8. Oktober 2019 E. 4.3.2). Die gesundheitlichen Einschränkungen der Beschwerdeführerin werden durch die Umschreibung des medizinischen Zumutbarkeitsprofils berücksichtigt. Somit ist nicht zu beanstanden, dass die Beschwerdegegnerin keinen leidensbedingten Abzug vorgenommen hat. Die Beschwerde ist auch in diesem Punkt abzuweisen.

9. Zusammenfassend besteht bei einem Invaliditätsgrad von 37 % kein Rentenanspruch. Berufliche Massnahmen lässt die Beschwerdeführerin nicht beantragen und es ist auch nicht ersichtlich, inwiefern solche angezeigt wären.

E. 10

10.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

10.2 Auf Grund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand

und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 - 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb 30 Tagen seit der Mitteilung beim Bundesgericht Beschwerde in öffentlich-rechtlichen Angelegenheiten eingereicht werden (Adresse: Bundesgericht, Schweizerhofquai 6, 6004 Luzern). Die Frist beginnt am Tag nach dem Empfang des Urteils zu laufen und wird durch rechtzeitige Aufgabe bei der Post gewahrt. Die Frist ist nicht erstreckbar (vgl. Art. 39 ff., 82 ff. und 90 ff. des Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheidungen (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

Haldemann

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