

# **SO\_GERICHTE VSBES.2021.144 vom 30. Oktober 2023**

SO Obergericht, 2023-10-30, DE

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so\\_gerichte\\_VSBES.2021.144\\_d20231030](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.144_d20231030)

FR: SO\_GERICHTE VSBES.2021.144 du 30 octobre 2023

IT: SO\_GERICHTE VSBES.2021.144 del 30 ottobre 2023

## **Regeste**

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

## **Erwägungen**

### **E. 1**

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 5. Juli 2021 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen.

### **E. 2**

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

2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelsrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 %

ein solcher auf eine Viertelsrente.

### **E. 3**

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten.

3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Abweichen ist dann angezeigt, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein,

wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann dagegen nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

#### **E. 4**

4.1 Die Beschwerdegegnerin erklärt zur Begründung ihres Entscheids, gemäss den medizinischen Abklärungen liege kein invalidisierendes Leiden vor, welches eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Somit bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Wenn sich eine versicherte Person selber als völlig oder nur teilweise arbeitsunfähig erachte, so sei dem entgegenzuhalten, dass die subjektiven Wertungen der versicherten Person nicht massgebend seien; entscheidend sei einzig das objektive Mass des Zumutbaren.

4.2 Die Beschwerdeführerin liess dagegen im Wesentlichen einwenden, entgegen der Meinung der IV-Stelle bestehe nach Ablauf des Wartejahrs durchaus ein mögliches invalidisierendes Leiden, da der Beschwerdeführerin durch die Gutachterin im März 2021 immer noch eine Arbeitsunfähigkeit im Rahmen von 50 ■ 60 % attestiert werde. Die mögliche Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf mehr als 50 % sei zudem lediglich eine theoretische Aussage, welche einen stabilen Verlauf von drei Monaten voraussetze. Die Beschwerdegegnerin hätte sich mindestens mit der Option der Erteilung einer Teilrente beschäftigen müssen.

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

5.1 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. September 2020 (IV-Nr. 12) fest, sie habe der Beschwerdeführerin vom 7. Oktober bis 18. Oktober 2019 eine 50%ige und vom 30. Januar bis 3. Februar 2020, vom 24. Februar bis 3. Mai 2020 und vom 10. August bis 31. August 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen und an einer schwierigen sozialen Situation. Es bestehe eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei gut. Die Beschwerdeführerin sei nicht so belastbar und reagiere schnell mit Schmerzen und Überforderung. Es bestünden aber keine Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit. Der Eingliederung stünde die geringe Motivation der Beschwerdeführerin im Weg. Sie, Dr. med. J.\_\_\_\_, denke, die Beschwerdeführerin könne nur 70 ■ 80 % arbeiten, da sie einfach nicht so belastbar sei, das sei aber eher konstitutionell als psychisch. Etwas Ruhigeres wäre für sie gut, z.B. Spitex. Die Beschwerdeführerin sollte auch bereit sein, etwas einzunehmen und regelmässig zur

Gesprächstherapie zu gehen.

5.2 Dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterinnen der Beschwerdeführerin, Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzärztin, M.\_\_\_\_, vom 11. Dezember 2020 (IV-Nr. 18) lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 25. August 2020 in ambulant psychiatrischer Behandlung. Diagnostisch werde von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf dem Boden der unerwarteten Kündigung des Arbeitsverhältnisses im März 2020 per August 2020 sowie einer schwierigen abhängigen Beziehung zu ihrem psychisch kranken Partner ausgegangen. Es bestehe auch der Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen, abhängigen und anankastischen Anteilen, welche doch aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraumes nicht diagnostisch bestätigt worden sei. Trotz Empfehlungen habe sich die Beschwerdeführerin nicht bereit gezeigt, mit einer medikamentösen Behandlung zu starten und lehne das strikt ab. Es seien mit ihr psychotherapeutische Sitzungen durchgeführt worden mit ressourcenorientierenden und unterstützenden Inhalten. Nach mehreren psychoedukativen Gesprächen und engmaschiger Erklärung über die Krankheit und die möglichen Behandlungsmöglichkeiten habe sich die Beschwerdeführerin bereit gezeigt, mit einem pflanzlichen Antidepressivum zu starten. Sie habe die Einnahme des Medikamentes wegen starken Nebenwirkungen aber selbständig gestoppt. Im Verlauf habe sie weiterhin starke Schlafstörungen, schwankende Stimmung, Traurigkeit, Insuffizienzgefühle, Antriebslosigkeit sowie sozialen Rückzug beklagt. Sie habe viel nachdenken müssen und habe die Gedankenschleife nicht stoppen können. Es sei Anfang Dezember mit Hyperiplant Rx gestartet worden. Die Beschwerdeführerin habe keine solchen Nebenwirkungen mehr gehabt. Sie habe sich auch bereit gezeigt, mit Zoldorm weiterbehandelt zu werden, um die Schlafsymptomatik zu verbessern, bis die antidepressive Medikation wirke. Gemäss Kündigungsschreiben vom Altersheim C.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin in den letzten Monaten eine verminderte Arbeitsleistung gezeigt, habe mehr Zeit gebraucht, um normale Arbeitsabläufe zu erledigen. Zudem sei es krankheitsbedingt zu Ausfällen gekommen. Sie, die behandelnden Psychiaterinnen, gingen davon aus, dass die Krankheit viel früher begonnen habe und es darauf zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gekommen sei. Aufgrund der unerwarteten Kündigung und Paarkonflikten sei es zum Ausbruch der depressiven Symptomatik gekommen. Nach Verbesserung der depressiven Symptomatik werde eine Eingliederung empfohlen.

5.3 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie FMH, führte in seiner Aktennotiz vom 22. Dezember 2020 (IV-Nr. 19) aus, bezüglich psychiatrischer Therapie sei festzuhalten, dass keine leitliniengerechte Behandlung erfolgen könne, da sich die Versicherte weigere, schulmedizinische antidepressive Medikamente einzunehmen. Dies dürfte dazu führen, dass sich der Heilungsverlauf verzögere, was prognostisch ungünstig sei. Dies umso mehr, als die Hausärztin eine geringe Motivation feststelle. Im Assessment vom 2. November 2020 werde im Weiteren ein lethargisches Verhalten erwähnt. Die Einschätzungen der Hausärztin und der Psychiaterin seien nicht kongruent. In Abwägung beider ärztlichen Stellungnahmen werde empfohlen, ein Belastbarkeitstraining aufzunehmen, dies infolge der Fibromyalgie ohne grosse körperliche Belastung und ohne Heben schwerer Lasten.

5.4 Die Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin veranlasste bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten. Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte in ihrem Gutachten vom 25. März 2021 (IV-Nr. 22) folgende

Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit:

Im Jahr 2014 sei es im Zusammenhang mit der Trennung vom Kindsvater vorübergehend zu psychiatrischen Behandlungen bei Dr. med. N. \_\_\_ und an den M. \_\_\_ in [...] gekommen, welche nach wenigen Monaten bei eingeschränkter Therapiemotivation wieder abgeschlossen worden seien. Bereits damals habe sich die Versicherte geweigert, Medikamente einzunehmen. Passive, abhängige Persönlichkeitszüge seien aufgefallen. Vor einem Jahr in Zusammenhang mit der Kündigung habe die Versicherte Dr. med. O. \_\_\_ aufgesucht. Diese Behandlung habe ihr nicht geholfen, sodass sie diese im Juni abgebrochen habe und durch die Hausärztin erneut an den M. \_\_\_ angemeldet worden sei. Seither werde sie dort von Dr. med. L. \_\_\_ betreut. Die Versicherte weigere sich weiterhin, Psychopharmaka einzunehmen. Der Verlauf sei schleppend gewesen, inzwischen sei es allerdings zu einer leichtgradigen Verbesserung gekommen. Diagnostisch beurteile Dr. med. L. \_\_\_ die Versicherte als mittelgradig depressiv, am ehesten im Rahmen der Kündigung des Arbeitsplatzes und bei ängstlichen, abhängigen und anankastischen Persönlichkeitszügen. Diese Beurteilung decke sich im Wesentlichen mit derjenigen der Referentin, welche die depressive Symptomatik aktuell als leichtgradig im Rahmen einer Anpassungsstörung interpretiere. Auffallend sei die deutlich schlechtere Selbstbeurteilung der Versicherten. Diese Diskrepanz sei am ehesten auf die vorwiegend abhängigen Persönlichkeitszüge der Versicherten zurückzuführen. Die Beschreibung der Schmerzen der Versicherten sei diffus, wenig differenziert, teilweise widersprüchlich und aus psychiatrischer Sicht schwierig einzuordnen. Sie bestünden seit Jahren, in den letzten Monaten seien sie stärker geworden. Die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wie andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, seien nicht eindeutig ausgewiesen. Andererseits schienen die Schmerzen doch in Verbindung mit psychosozialen Problemen aufzutreten und hätten zu persönlicher und medizinischer Zuwendung geführt. Es bestünden also Anhaltspunkte für eine Somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4, die Diagnose könne aber nicht eindeutig gestellt werden. Die Angaben der Hausärztin, dass es der Versicherten eher besser gehe, wenn sie regelmässig arbeite, sprächen gegen eine schwere Störung. Ob die Schmerzen durch körperliche Störungen erklärt werden könnten, werde durch eine andere medizinische Disziplin abgeklärt. Die widersprüchlichen Angaben der Versicherten wirkten nicht gezielt, um einen Vorteil zu erlangen, sondern eher persönlichkeitsbedingt, oder aus dem Bestreben, nicht zu viel Persönliches über sich preis zu geben. Die depressiven Symptome der Versicherten seien zum Zeitpunkt der Untersuchung leichtgradig ausgeprägt. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten, der affektive Rapport sei gut herstellbar. Im Vergleich zum Sommer / Herbst 2020 sei eine Verbesserung eingetreten. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbstbeurteilung der Versicherten im Rahmen des BDI-11 Fragebogens, welcher mit 32 Punkten für einen schweren Grad der depressiven Symptome spreche, und der klinischen Einschätzung durch die Referentin aufgrund der vorhandenen Befunde. Eine ähnliche Diskrepanz sei bereits durch die behandelnde Psychiaterin angegeben worden. Insgesamt könne diese Diskrepanz am ehesten auf die Persönlichkeitszüge der Versicherten zurückgeführt werden. Wahrscheinlich fehle der Versicherten zurzeit die stabilisierende Wirkung der regelmässigen Tagesstruktur, welche sie durch die Arbeit in den letzten Jahren gehabt habe. Dies könne die Verschlechterung in

den letzten Monaten erklären. Die Compliance der Versicherten gegenüber der Behandlung sei zudem nicht ausreichend. Eine antidepressive Therapie hätte der Versicherten wahrscheinlich bereits früher helfen können und würde ihr auch aktuell mit hoher Wahrscheinlichkeit bezüglich der depressiven Symptome aber auch in Bezug auf die Schmerzsymptome (im Sinne einer Schmerzdistanzierung) helfen. Das Weiterführen der ambulanten Psychotherapie sei längerfristig grundsätzlich indiziert, vorausgesetzt sei dabei eine ausreichende Veränderungsmotivation der Versicherten. Aufgrund der psychiatrischen Befunde und Beurteilung sei zurzeit eine Arbeitsfähigkeit von 40 ■ 50 % eines 100%-Pensums in angepasster Tätigkeit (Tätigkeiten mit wenig Verantwortungsübernahme, mässiger Zeitdruck, Unterstützung in konflikthafter Situationen in Form eines Coachings) zumutbar und adäquat. Die Tätigkeit als Rotkreuzhelferin sei mit diesen Anpassungen zurzeit zu 40 ■ 50 % zumutbar. Im weiteren Verlauf innerhalb von zwei bis drei Monaten könne das Pensum theoretisch weiter gesteigert werden und bei stabilem Verlauf über drei Monate könne auf die Anpassungen verzichtet werden. Möglicherweise bestehe weiterhin eine leichte Einschränkung von ca. 10 ■ 20 % aufgrund der Persönlichkeit der Versicherten.

5.5 Dem von der Taggeldversicherung eingeholten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 1. April 2021 (IV-Nr. 23) lassen sich keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden Folgende gestellt:

Aus rheumatologischer Sicht handle es sich um subjektive Beschwerden in Form von Arthralgien, beziehungsweise Myofascialschmerzsyndrom der glutealen Muskulatur ohne relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegegehilfin in einem Altersheim. Aus rheumatologischer Sicht sei eine aktive Physiotherapie mit Kräftigungstherapie der Rumpfmuskulatur und Stabilisationsübungen wegen dem Hypermobilitätssyndrom indiziert. Zusätzlich sei eine spezifische Therapie der Ansatzdendrose der glutealen Muskulatur am Trochanter durch Physiotherapie indiziert. Insbesondere exzentrische Kräftigungsübungen und Dehnungsübungen seien dringend indiziert. Wegen Schmerzen im MTP-1-Bereich des rechten Fusses bei beginnendem Hallux rigidus sei eine Anpassung der Schuheinlagen mit Abrollrampe indiziert. Unter den oben erwähnten therapeutischen Massnahmen sei eine Besserung der Leistungsfähigkeit beziehungsweise Rückbildung der subjektiven Beschwerden aus rheumatologischer Sicht zu erwarten. Aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegegehilfin ohne Einschränkung zumutbar. In der Beantwortung der Fragen der Taggeldversicherung führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegegehilfin mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % zumutbar. Wegen langdauernder Arbeitsunfähigkeit sei eine aktive Physiotherapie mit Kräftigungstherapie zwei- bis dreimal wöchentlich dringend indiziert. Nach sechs Wochen solch aktiven Therapien werde aus rheumatologischer Sicht die Versicherte als Pflegegehilfin voll arbeitsfähig (Beschäftigungsgrad von 100 %) sein.

5.6 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ führte in seiner Aktennotiz vom 14. April 2021 (IV-Nr. 24) aus, es liege kein invalidisierendes Leiden vor; auf die nachvollziehbaren und plausiblen Gutachten könne abgestellt werden. Auf weitere berufliche Massnahmen könne somit verzichtet und der Fall abgeschlossen werden.

6. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer Entscheidung, dass die Beschwerdeführerin in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei, im

Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 25. März 2021 (IV-Nr. 22) sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 1. April 2021 (IV-Nr. 23), welche diese zu Händen der P.\_\_\_\_ Taggeldversicherung erstellt hatte.

6.1 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4). Liegt ■ wie hier ■ jedoch ein vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten vor, kommt diesem der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3). Folglich sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind ergänzende Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens oder einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2020 vom 17. März 2021 E. 3.2).

6.2 Einleitend ist 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.

6.2.1 Dr. med. D.\_\_\_\_ führt als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (ICD-10 F.43.21) und Anhaltspunkte für eine akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend abhängigen Zügen auf. Als Differenzialdiagnose nennt sie eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Z73.1, F60.7). Ihre Beurteilung stützt sie auf die eigenen Untersuchungsergebnisse, die Vorakten und die telefonischen Angaben von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 12. März 2021 und Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 16. März 2021 (IV-Nr. 22, S. 9 ff.). Sie hielt fest, diagnostisch beurteile Dr. med. L.\_\_\_\_ die Versicherte als mittelgradig depressiv, am ehesten im Rahmen der Kündigung des Arbeitsplatzes und bei ängstlichen, abhängigen und anankastischen Persönlichkeitszügen. Diese Beurteilung decke sich im Wesentlichen mit derjenigen der Referentin, welche die depressive Symptomatik aktuell als leichtgradig im Rahmen einer Anpassungsstörung interpretiere. Auffallend sei die deutlich schlechtere Selbstbeurteilung der Versicherten. Diese Diskrepanz sei am ehesten auf die vorwiegend abhängigen Persönlichkeitszüge der Versicherten zurückzuführen (IV-Nr. 22, S. 12). Die Gutachterin nennt zwar die Kriterien nach ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen Zügen, sie setzt sich aber nicht mit diesen auseinander und legt auch nicht dar, inwiefern diese Kriterien auf die Beschwerdeführerin zutreffen. Es fehlt somit an einer nachvollziehbaren Diagnoseherleitung und Begründung anhand der Kriterien des ICD-10. Dies gilt sowohl für die Anpassungsstörung als auch für die akzentuierte Persönlichkeit resp. die differenzialdiagnostisch genannte Persönlichkeitsstörung. In Bezug auf die genannten Diagnosen erfolgt auch keine klinische Überprüfung bzw. Durchführung von Testverfahren im Rahmen des Gutachtens. Die Gutachterin führte einzig ein BDI-II (Beck-Depressions-Inventar) durch, welches aber in deutlicher Diskrepanz zur klinischen Einschätzung der Gutachterin stand. Eine Beschwerdevalidierung fand nicht statt. Stattdessen führte die Gutachterin diese Diskrepanz

auf die Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin zurück, was aber ebenfalls nicht näher begründet wurde. Weiter führte Dr. med. D. \_\_\_ aus, es bestünden Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung, die aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausübe. Die Diagnose könne aber nicht eindeutig gestellt werden. So sei die Beschreibung der Schmerzen der Versicherten diffus, wenig differenziert, teilweise widersprüchlich und aus psychiatrischer Sicht schwierig einzuordnen. Sie bestünden seit Jahren, in den letzten Monaten seien sie stärker geworden. Die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wie andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, seien nicht eindeutig ausgewiesen. Andererseits schienen die Schmerzen doch in Verbindung mit psychosozialen Problemen aufzutreten und führten zu persönlicher und medizinischer Zuwendung. Die Herleitung der Diagnose erscheint auch hier nicht nachvollziehbar. Eine eingehende Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik findet nicht statt. Ihre Auffassung, wonach es sich bei der Schmerzsymptomatik um keine schwere Störung handle resp. diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, stützt sie einzig mit der telefonischen Auskunft der Hausärztin der Beschwerdeführerin, wonach es der Beschwerdeführerin besser gehe, wenn diese regelmässig arbeite (IV-Nr. 22, S. 10 f. und 12). Damit fehlt es an einer eingehenden Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich stellte Dr. med. D. \_\_\_ Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sie würdigte aber nicht die vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren. Insgesamt erweist sich die psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D. \_\_\_ somit als nicht schlüssig begründet. Das psychiatrische Gutachten erweist sich folglich als nicht beweiswertig.

6.2.2 Den Einschätzungen des rheumatologischen Gutachters (IV-Nr. 23) liegt eine klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 23, S. 5 f.) zugrunde. Dr. med. E. \_\_\_ setzte sich auch mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 23, S. 3 ff.). Der rheumatologische Gutachter gelangte zum Ergebnis, aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegegehilfin mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % zumutbar. Wegen langdauernder Arbeitsunfähigkeit sei eine aktive Physiotherapie mit Kräftigungstherapie zwei- bis dreimal wöchentlich dringend indiziert. Nach sechs Wochen solch aktiven Therapien werde aus rheumatologischer Sicht die Versicherte als Pflegegehilfin voll arbeitsfähig (Beschäftigungsgrad von 100 %) sein. Dasselbe gelte für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Die Ausführungen von Dr. med. E. \_\_\_ sind grundsätzlich nachvollziehbar und schlüssig. Im Gutachten fehlt aber eine eingehende Auseinandersetzung mit der in den Vorakten erwähnten Fibromyalgie. Der Gutachter führt dazu einzig aus, eine solche könne durch die Kontrollvisite vom 29. März 2021 aus rheumatologischer Sicht nicht bestätigt werden (IV-Nr. 23, S. 8). Weshalb diese nun nicht mehr vorliegen soll, wird nicht näher erläutert.

6.3 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin durch die bei Erlass der Verfügung vom 5. Juli 2021 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Um diese Abklärungslücke zu füllen, hat das Versicherungsgericht ein Gerichtsgutachten eingeholt (vgl. E. I. 7 hiavor).

7. Aufgrund der in E. II. 6.2 hiavor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. G. \_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H. \_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, beide von der I. \_\_\_, [...], ein

bidisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 10. November 2022 (A.S. 48 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht. Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist.

7.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, überzeugt. Der psychiatrischen Befundaufnahme sind keinerlei Auffälligkeiten zu entnehmen (A.S. 62 ff.). Auch die zusätzlich durchgeführten Testuntersuchungen stützen die Auffassung des psychiatrischen Gutachters. So wurde ein Beckm▲sches Depressionsinventar durchgeführt, welches im Ergebnis einen Wert aufwies, der für eine schwere depressive Symptomatik sprach. Das Ergebnis sei aber laut Dr. med. G.\_\_\_\_ aufgrund der Auffälligkeiten in der Beschwerdevalidierung nicht verwertbar (siehe Ergebnis SRSI: «Faktischer Beweis einer nicht-authentischen Beschwerdeschilderung»; A.S. 64). Solche Auffälligkeiten in der Selbstbeurteilung wurden bereits von der Vorgutachterin (IV-Nr. 22, S. 10) und von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. L.\_\_\_\_ beschrieben (IV-Nr. 22, S. 11), wobei einzig Dr. med. G.\_\_\_\_ eine Beschwerdevalidierung vornahm. Das durchgeführte Freiburger Persönlichkeitsinventar ergab keine Hinweise auf das Vorliegen einer Störung der Primärpersönlichkeit (A.S. 64). Inhaltlich wird im Gutachten unter Würdigung der vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren (vgl. A.S. 65 f.) nachvollziehbar ausgeführt, dass der Versicherten selbstverständlich nicht abgesprochen werden solle, dass sie sich gegen eine chemisch definierte antidepressive Behandlung entscheiden könne. Es müsse aber festgehalten werden, dass die Leitlinien bei einer schweren depressiven Episode ■ an einer solchen meine die Versicherte zu leiden ■ eine antidepressive Behandlung und eine hochfrequente Psychotherapie ■ unwidersprochen empfehle. An beidem fehle es hier. Dies spiele allerdings keine Rolle, weil weder eine psychiatrische noch eine psychotherapeutische Behandlung indiziert sei, da bei der Versicherten kein krankheitswertiger Prozess vorliege (Indikator «Behandlungserfolg oder -resistenz»). Weiter führte der Psychiater aus, aus psychiatrischer Sicht lägen keine Eingliederungshindernisse vor. Zu den Komorbiditäten führte er aus, die Versicherte berichte, an Schmerzen zu leiden. Sie habe angegeben, dass die Depressionen einerseits durch die Schmerzen, andererseits durch einen Arbeitsplatzkonflikt ausgelöst worden seien. In diesem Zusammenhang müsse darauf hingewiesen werden, dass die Versicherte in einem Beschwerdevalidierungsverfahren, das auch auf eine Schmerzproblematik abhebe, ein hochauffälliges Antwortverhalten gezeigt habe. Sie habe unter anderem hohe Werte im Bereich der sogenannten Schmerz-Pseudobeschwerden angegeben. Somit könne keine relevante Komorbidität festgestellt werden, weder in die eine noch in die andere Richtung. Die Versicherte sei von der Persönlichkeit her verträglich, kontaktfreudig und offen. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung. Die persönlichen Ressourcen der Versicherten seien aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (Indikator «Persönlichkeit»). Die Versicherte berichte zwar, sozial isoliert zu sein, sie werde allerdings von ihrer Tochter, mit der sie gemeinsam wohne, umfassend unterstützt (Indikator «sozialer Kontext»). Die Versicherte mache gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen geltend. Ob dies glaubhaft sei, müsse juristisch bewertet werden. In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» verweist der Gutachter auf seine obigen Ausführungen. Abgesehen davon

habe die Versicherte keinen einfühlbaren Leidensdruck hinterlassen.

Des Weiteren beschäftigt sich Dr. med. G.\_\_\_\_ eingehend mit den Vorakten und den darin gestellten Diagnosen. So sei die psychiatrische Aktenlage überschaubar. Die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, die am 11. Dezember 2020 berichtet worden sei, habe möglicherweise in der Vergangenheit vorgelegen, dies sei aber keinesfalls sicher, wobei auch hier auf die Auffälligkeiten im Bereich der Beschwerdenuvalidierung verwiesen werde. Mögen auch akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen, stelle dies keinen krankheitswertigen Befund dar. Dies wäre erst dann möglicherweise der Fall, wenn eine manifeste Persönlichkeitsstörung vorliegen würde. Dies sei definitiv nicht der Fall. Hinsichtlich des Gutachtens der Fachkollegin D.\_\_\_\_ vom 28. März 2021 sei auszuführen, dass die Kollegin auf eine Beschwerdevalidierung verzichtet habe, was sich im vorliegenden Falle allerdings angeboten hätte. Der Referent könne daher die von ihr genannten Diagnosen beziehungsweise Differentialdiagnosen nicht bestätigen, da diese nur dann in Frage kämen, wenn die Versicherte ein authentisches Antwortverhalten gezeigt hätte. Hinsichtlich der Anpassungsstörung möge man der Versicherten noch zugutehalten können, dass diese zum damaligen Zeitpunkt möglicherweise vorgelegen habe, nicht aber eine Persönlichkeitsstörung, da es sich bei dieser Diagnose um einen überdauernden Zustand handle. Eine somatoforme Schmerzstörung könne vor dem Hintergrund der hier festgestellten Auffälligkeiten ebenfalls nicht bestätigt werden.

Insgesamt erscheint die gutachterliche Beurteilung, wonach aus psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer ideal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe, aufgrund der objektiven Befunde nachvollziehbar.

7.2 Den Einschätzungen der rheumatologischen Gutachterin (A.S. 71 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. A.S. 72 ff.) zugrunde. Dr. med. H.\_\_\_\_ zog für die Beurteilung zusätzlich zu den Vorakten weitere Unterlagen der behandelnden Ärzte bei (siehe A.S. 78). Weiter setzte sie sich eingehend mit den Vorakten auseinander (A.S. 76). Die Gerichtsgutachterin stellt keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie stellt folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Rheumatologin fasste die Ergebnisse ihrer Untersuchungen wie folgt zusammen: Es fänden sich rein haltungsbedingte Folgebeschwerden an mehreren umschriebenen Orten des Bewegungsapparates. Einerseits eine Rumpfhaltungsinsuffizienz mit gleichzeitiger Hypermobilität im Nackenbereich und konsekutiver Überlastung des rechten dorsalen Schultergürtelbereichs in Form von Myogelosen bei Rechtshänderin. Im Weiteren bestehe ein beidseitiger Knick-, Senkfuss, welcher zu Fehlbelastungen in den Beinen geführt habe im Sinne eines beidseitigen, linksbetonten iliotibialen Bandsyndroms. Gemäss Akten bestehe radiologisch eine beginnende Gonarthrose medial links, in diesem Bereich gebe die Versicherte jedoch keine Schmerzen an. Ferner bestehe ein beginnender Hallux rigidus rechts, wobei wahrscheinlich eine sekundäre Fehlbelastung nun zur Überlastung der lateralen Fusskante geführt habe. Eine Plantarfasziitis könne aktuell klinisch nicht objektiviert werden. Die Adipositas könne sich ungünstig auf die Bein- und Fussprobleme auswirken. Es bestehe eine moderate Hypermobilität, welche mitursächlich für die Beschwerden sein könne, es könne jedoch nur ein Beighton Score von 3/9 festgestellt werden, die Brighton-Kriterien für ein Hypermobilitätssyndrom seien nicht erfüllt. Die umschriebenen Schmerzprobleme passten nicht für eine Fibromyalgie, dies habe auch mit den erhobenen Anamnese-kriterien, welche nicht für eine Fibromyalgie quantifizierten, bestätigt werden können. Generell handle es sich um leichtgradige, vor allem muskuläre

und tendinöse Probleme des Bewegungsapparates bei Fehlhaltungen und Adipositas, welche zu keinen objektiven funktionellen Einschränkungen führten. Trotz subjektiv deutlichem Schmerzempfinden könne anamnestisch keine entsprechende Einschränkung in beruflichen oder alltäglichen Tätigkeiten festgestellt werden. Eine Besserung der Schmerzproblematik könnte mit einer aktiven Bewegungstherapie (Stabilisation und Kraftaufbau von Rumpf, Becken, Beinen, Faszientherapie) und durch Gewichtsreduktion erreicht werden, bei dem beginnenden Hallux rigidus empfehle sich eine starre Fusssohle beziehungsweise Einlage in diesem Bereich (die Versicherte trage Schuh mit extrem flexibler Sohle). Klinisch bestehe zusätzlich bei zwar nicht ganz typischen Befunden der Verdacht auf ein mögliches Karpaltunnelsyndrom beidseits (ein Sulcus ulnaris-Syndrom könne aktuell klinisch nicht festgestellt werden), zusätzlich bestehe eine ungenügend behandelte Migräne, welche anamnestisch aber nicht relevant einschränkend für die Arbeitsfähigkeit gewesen sei. Bezüglich dieser Probleme empfehle sich eine neurologische Abklärung und allenfalls Behandlung.

In ihrer Aktenwürdigung führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, bereits die Hausärztin, welche die Versicherte schon über Jahre betreue, habe keine Einschränkung der Tätigkeit durch die Befunde des Bewegungsapparates feststellen können, ebenso nicht der begutachtende Rheumatologe Dr. med. E. \_\_\_\_. Die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms könne aber nicht bestätigt werden, es liege lediglich eine moderate Hypermobilität vor. Die im 2019 gestellte Diagnose einer Fibromyalgie könne bei den umschriebenen und klar begründbaren Schmerzproblemen nicht bestätigt werden, die Diagnosekriterien seien ebenfalls nicht erfüllt. Die Diagnosekriterien seien damals ebenfalls nicht erfüllt gewesen, der Wide spread pain index habe zwar 17/19 betragen, der Symptom severity score jedoch nur 3/12, sollte in dieser Konstellation mindestens 5/12 betragen. Gemäss nachträglich angeforderten Unterlagen des behandelnden Orthopäden Dr. med. Q. \_\_\_ bestehe radiologisch eine beginnende mediale Gonarthrose, in diesem Bereich gebe die Versicherte aber keine Schmerzen an. Bei der Diagnose einer fortgeschrittenen Gonarthrose im letzten Bericht vom Mai 2022 handle es sich wahrscheinlich um einen Fehler, es seien ja keine neuen Befunde vermerkt.

Daraus resultierend kommt die rheumatologische Gutachterin zum nachvollziehbaren Schluss, dass sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen. So könne die bisherige Tätigkeit bereits als leidensadaptiert betrachtet werden. Ideal sei eine wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Die Versicherte sei dabei für 8.5 Stunden beziehungsweise 100 % arbeitsfähig.

7.3 Schliesslich vermag gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten auch die Gesamtbeurteilung im I. \_\_\_-Gutachten zu überzeugen (A.S. 48 ff.). Entsprechend den beiden Teilgutachten sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

7.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die I. \_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das bidisziplinäre Gutachten vom 10. November 2022 leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen.

8. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, ihre bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt und ganztags auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund besteht ■ ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt werden muss ■ keine Invalidität und folglich auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resp. berufliche Massnahmen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

#### **E. 5**

Aufgrund sozialhilferechtlicher Bedürftigkeit der Beschwerdeführerin sei von der Erhebung eines Gerichtskostenvorschusses abzusehen.

#### **E. 6**

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 3. In ihrer Beschwerdeantwort vom 20. Oktober 2021 (A.S. 25 f.) schliesst die Beschwerdegegnerin auf Abweisung der Beschwerde. 4. Mit Verfügung vom 5. November 2021 (A.S. 27 f.) gewährt das Versicherungsgericht der Beschwerdeführerin ab Prozessbeginn die unentgeltliche Rechtspflege (Befreiung von der Kostenvorschusspflicht). 5. Mit Replik vom 9. November 2021 (A.S. 30 f.) lässt sich die Beschwerdeführerin noch einmal vernehmen. 6. In ihrer Eingabe vom 30. November 2021 (IV-Nr. 33) verzichtet die Beschwerdegegnerin auf das Einreichen einer Duplik.

#### **E. 7**

7.1 Mit prozessleitender Verfügung vom 29. April 2022 (A.S. 35 ff.) stellt das Versicherungsgericht den Parteien in Aussicht, es werde bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, beide von der I.\_\_\_\_, [...], ein psychiatrisch-rheumatologisches Gerichtsgutachten einholen. Am 21. Juni 2022 wird der entsprechende Auftrag erteilt (A.S. 41 ff.). Dr. med. G.\_\_\_\_ und Dr. med. H.\_\_\_\_ erstatten ihr Gutachten am 10. November 2022 (A.S. 48 – 79). 7.2 Mit Eingabe vom 6. Dezember 2022 nimmt die Beschwerdegegnerin Stellung zum Gerichtsgutachten (A.S. 83). Die Beschwerdeführerin verzichtet auf eine Stellungnahme (vgl. A.S. 84). 8. Auf die Ausführungen der Parteien in ihren Rechtsschriften wird im Folgenden, soweit erforderlich, eingegangen. Im Übrigen wird auf die Akten verwiesen. II. 1. 1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (Einhaltung der Frist und Form, örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Gerichts) sind erfüllt. Auf die Beschwerde ist einzutreten. 1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 5. Juli 2021 eingetreten ist (BGE 121 V 362 E. 1b S. 366). 1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechts-sätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach den Bestimmungen des IVG und denjenigen der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) in der bis 31. Dezember 2021 gültigen Fassung zu beurteilen. 2. 2.1 Invalidität ist die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit dauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts [ATSG, SR 830.1]). Sie kann Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Die Invalidität gilt als eingetreten,

sobald sie die für die Begründung des Anspruchs auf die jeweilige Leistung erforderliche Art und Schwere erreicht hat (Art. 4 IVG). 2.2 Gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (in Kraft bis 31. Dezember 2021) haben jene Versicherten Anspruch auf eine Rente, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), und die zusätzlich während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. b und c). Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht der Anspruch auf eine ganze Rente, wenn die versicherte Person mindestens 70 %, derjenige auf eine Dreiviertelrente, wenn sie mindestens 60 % invalid ist. Bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % besteht Anspruch auf eine halbe Rente und bei einem Invaliditätsgrad von mindestens 40 % ein solcher auf eine Viertelrente. 3.

3.1 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung (und im Beschwerdefall das Gericht) auf Unterlagen angewiesen, die Ärzte und gegebenenfalls auch andere Fachleute zur Verfügung gestellt haben. Aufgabe des Arztes oder der Ärztin ist es, den Gesundheitszustand zu beurteilen und dazu Stellung zu nehmen, in welchem Umfang und bezüglich welcher Tätigkeiten die Versicherten arbeitsunfähig sind. Im Weiteren sind ärztliche Auskünfte eine wichtige Grundlage für die Beurteilung der Frage, welche Arbeitsleistungen den Versicherten noch zugemutet werden können (BGE 132 V 93 E. 4 S. 99 f., 125 V 256 E. 4 S. 261).

3.2 Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum – auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden – Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und/oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C\_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

3.3 Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 E. 3b S. 194 f.). Für das gesamte Verwaltungs- und Verwaltungsgerichtsbeschwerdeverfahren gilt der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist (BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich

somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten oder in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten. 3.4 Bei Gerichtsgutachten weicht das Gericht nicht ohne zwingende Gründe von den Einschätzungen des medizinischen Experten ab (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469 f.). Ein Abweichen ist dann angezeigt, wenn die Gerichtsexpertise widersprüchlich ist oder wenn ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu andern Schlussfolgerungen gelangt. Abweichende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass er die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass er ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.). Vom Versicherungsträger im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte ist voller Beweiswert zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen. Auf das Ergebnis versicherungsinterner ärztlicher Abklärungen kann dagegen nicht abgestellt werden, wenn auch nur geringe Zweifel an ihrer Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit bestehen (Urteil des Bundesgerichts 8C\_336/2015 vom 25. August 2015 E. 4.3 mit Hinweisen).

4. 4.1 Die Beschwerdegegnerin erklärt zur Begründung ihres Entscheids, gemäss den medizinischen Abklärungen liege kein invalidisierendes Leiden vor, welches eine länger dauernde Arbeitsunfähigkeit begründen würde. Somit bestehe keine Invalidität im Sinne des Gesetzes. Wenn sich eine versicherte Person selber als völlig oder nur teilweise arbeitsunfähig erachte, so sei dem entgegenzuhalten, dass die subjektiven Wertungen der versicherten Person nicht massgebend seien; entscheidend sei einzig das objektive Mass des Zumutbaren.

4.2 Die Beschwerdeführerin liess dagegen im Wesentlichen einwenden, entgegen der Meinung der IV-Stelle bestehe nach Ablauf des Wartejahrs durchaus ein mögliches invalidisierendes Leiden, da der Beschwerdeführerin durch die Gutachterin im März 2021 immer noch eine Arbeitsunfähigkeit im Rahmen von 50 – 60 % attestiert werde. Die mögliche Erhöhung der Arbeitsfähigkeit auf mehr als 50 % sei zudem lediglich eine theoretische Aussage, welche einen stabilen Verlauf von drei Monaten voraussetze. Die Beschwerdegegnerin hätte sich mindestens mit der Option der Erteilung einer Teilrente beschäftigen müssen.

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

5.1 Die Hausärztin der Beschwerdeführerin, Dr. med. J.\_\_\_\_, Fachärztin FMH Allgemeine Innere Medizin, hielt in ihrem Bericht an die Beschwerdegegnerin vom 17. September 2020 (IV-Nr. 12) fest, sie habe der Beschwerdeführerin vom 7. Oktober bis 18. Oktober 2019 eine 50%ige und vom 30. Januar bis 3. Februar 2020, vom 24. Februar bis 3. Mai 2020 und vom 10. August bis 31. August 2020 eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Die Beschwerdeführerin leide an Schmerzen und an einer schwierigen sozialen Situation. Es bestehe eine depressive Episode, gegenwärtig mittelgradig. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei gut. Die Beschwerdeführerin sei nicht so belastbar und reagiere schnell mit Schmerzen und Überforderung. Es bestünden aber keine Einschränkungen in der bisherigen Tätigkeit. Der Eingliederung stünde die geringe Motivation der Beschwerdeführerin im Weg. Sie, Dr. med. J.\_\_\_\_, denke, die Beschwerdeführerin könne nur 70 – 80 % arbeiten, da sie einfach nicht so belastbar sei, das sei aber eher konstitutionell

als psychisch. Etwas Ruhigeres wäre für sie gut, z.B. Spitex. Die Beschwerdeführerin sollte auch bereit sein, etwas einzunehmen und regelmässig zur Gesprächstherapie zu gehen. 5.2 Dem Verlaufsbericht der behandelnden Psychiaterinnen der Beschwerdeführerin, Dr. med. K.\_\_\_\_, Oberärztin, und Dr. med. L.\_\_\_\_, Assistenzärztin, M.\_\_\_\_, vom 11. Dezember 2020 (IV-Nr. 18) lässt sich entnehmen, die Beschwerdeführerin befinde sich seit dem 25. August 2020 in ambulant psychiatrischer Behandlung. Diagnostisch werde von einer Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion auf dem Boden der unerwarteten Kündigung des Arbeitsverhältnisses im März 2020 per August 2020 sowie einer schwierigen abhängigen Beziehung zu ihrem psychisch kranken Partner ausgegangen. Es bestehe auch der Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge mit ängstlichen, abhängigen und anankastischen Anteilen, welche doch aufgrund des kurzen Beobachtungszeitraumes nicht diagnostisch bestätigt worden sei. Trotz Empfehlungen habe sich die Beschwerdeführerin nicht bereit gezeigt, mit einer medikamentösen Behandlung zu starten und lehne das strikt ab. Es seien mit ihr psychotherapeutische Sitzungen durchgeführt worden mit ressourcenorientierenden und unterstützenden Inhalten. Nach mehreren psychoedukativen Gesprächen und engmaschiger Erklärung über die Krankheit und die möglichen Behandlungsmöglichkeiten habe sich die Beschwerdeführerin bereit gezeigt, mit einem pflanzlichen Antidepressivum zu starten. Sie habe die Einnahme des Medikamentes wegen starken Nebenwirkungen aber selbständig gestoppt. Im Verlauf habe sie weiterhin starke Schlafstörungen, schwankende Stimmung, Traurigkeit, Insuffizienzgefühle, Antriebslosigkeit sowie sozialen Rückzug beklagt. Sie habe viel nachdenken müssen und habe die Gedankenschleife nicht stoppen können. Es sei Anfang Dezember mit Hyperiplant Rx gestartet worden. Die Beschwerdeführerin habe keine solchen Nebenwirkungen mehr gehabt. Sie habe sich auch bereit gezeigt, mit Zoldorm weiterbehandelt zu werden, um die Schlafsymptomatik zu verbessern, bis die antidepressive Medikation wirke. Gemäss Kündigungsschreiben vom Altersheim C.\_\_\_\_ habe die Beschwerdeführerin in den letzten Monaten eine verminderte Arbeitsleistung gezeigt, habe mehr Zeit gebraucht, um normale Arbeitsabläufe zu erledigen. Zudem sei es krankheitsbedingt zu Ausfällen gekommen. Sie, die behandelnden Psychiaterinnen, gingen davon aus, dass die Krankheit viel früher begonnen habe und es darauf zu Schwierigkeiten am Arbeitsplatz gekommen sei. Aufgrund der unerwarteten Kündigung und Paarkonflikten sei es zum Ausbruch der depressiven Symptomatik gekommen. Nach Verbesserung der depressiven Symptomatik werde eine Eingliederung empfohlen. 5.3 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_, Facharzt für Anästhesiologie FMH, führte in seiner Aktennotiz vom 22. Dezember 2020 (IV-Nr. 19) aus, bezüglich psychiatrischer Therapie sei festzuhalten, dass keine leitliniengerechte Behandlung erfolgen könne, da sich die Versicherte weigere, schulmedizinische antidepressive Medikamente einzunehmen. Dies dürfte dazu führen, dass sich der Heilungsverlauf verzögere, was prognostisch ungünstig sei. Dies umso mehr, als die Hausärztin eine geringe Motivation feststelle. Im Assessment vom 2. November 2020 werde im Weiteren ein lethargisches Verhalten erwähnt. Die Einschätzungen der Hausärztin und der Psychiaterin seien nicht kongruent. In Abwägung beider ärztlichen Stellungnahmen werde empfohlen, ein Belastbarkeitstraining aufzunehmen, dies infolge der Fibromyalgie ohne grosse körperliche Belastung und ohne Heben schwerer Lasten. 5.4 Die Taggeldversicherung der Beschwerdeführerin veranlasste bei Dr. med. D.\_\_\_\_, Fachärztin FMH für Psychiatrie und Psychotherapie, ein psychiatrisches Gutachten. Dr. med. D.\_\_\_\_ stellte in ihrem Gutachten vom 25. März 2021 (IV-Nr. 22) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Anpassungsstörung ICD-10 F43.21 - Anhaltspunkte

für akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend abhängigen Zügen, DD: Persönlichkeitsstörung, ICD-10 Z73.1, F60.7. Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit: - Unklare Schmerzsymptomatik, Anhaltspunkte für Somatoforme Schmerzstörung, F45.4 Im Jahr 2014 sei es im Zusammenhang mit der Trennung vom Kindsvater vorübergehend zu psychiatrischen Behandlungen bei Dr. med. N.\_\_\_\_ und an den M.\_\_\_\_ in [...] gekommen, welche nach wenigen Monaten bei eingeschränkter Therapiemotivation wieder abgeschlossen worden seien. Bereits damals habe sich die Versicherte geweigert, Medikamente einzunehmen. Passive, abhängige Persönlichkeitszüge seien aufgefallen. Vor einem Jahr in Zusammenhang mit der Kündigung habe die Versicherte Dr. med. O.\_\_\_\_ aufgesucht. Diese Behandlung habe ihr nicht geholfen, sodass sie diese im Juni abgebrochen habe und durch die Hausärztin erneut an den M.\_\_\_\_ angemeldet worden sei. Seither werde sie dort von Dr. med. L.\_\_\_\_ betreut. Die Versicherte weigere sich weiterhin, Psychopharmaka einzunehmen. Der Verlauf sei schleppend gewesen, inzwischen sei es allerdings zu einer leichtgradigen Verbesserung gekommen. Diagnostisch beurteile Dr. med. L.\_\_\_\_ die Versicherte als mittelgradig depressiv, am ehesten im Rahmen der Kündigung des Arbeitsplatzes und bei ängstlichen, abhängigen und anankastischen Persönlichkeitszügen. Diese Beurteilung decke sich im Wesentlichen mit derjenigen der Referentin, welche die depressive Symptomatik aktuell als leichtgradig im Rahmen einer Anpassungsstörung interpretiere. Auffallend sei die deutlich schlechtere Selbstbeurteilung der Versicherten. Diese Diskrepanz sei am ehesten auf die vorwiegend abhängigen Persönlichkeitszüge der Versicherten zurückzuführen. Die Beschreibung der Schmerzen der Versicherten sei diffus, wenig differenziert, teilweise widersprüchlich und aus psychiatrischer Sicht schwierig einzuordnen. Sie bestünden seit Jahren, in den letzten Monaten seien sie stärker geworden. Die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wie andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, seien nicht eindeutig ausgewiesen. Andererseits schienen die Schmerzen doch in Verbindung mit psychosozialen Problemen aufzutreten und hätten zu persönlicher und medizinischer Zuwendung geführt. Es bestünden also Anhaltspunkte für eine Somatoforme Schmerzstörung, ICD-10 F45.4, die Diagnose könne aber nicht eindeutig gestellt werden. Die Angaben der Hausärztin, dass es der Versicherten eher besser gehe, wenn sie regelmässig arbeite, sprächen gegen eine schwere Störung. Ob die Schmerzen durch körperliche Störungen erklärt werden könnten, werde durch eine andere medizinische Disziplin abgeklärt. Die widersprüchlichen Angaben der Versicherten wirkten nicht gezielt, um einen Vorteil zu erlangen, sondern eher persönlichkeitsbedingt, oder aus dem Bestreben, nicht zu viel Persönliches über sich preis zu geben. Die depressiven Symptome der Versicherten seien zum Zeitpunkt der Untersuchung leichtgradig ausgeprägt. Die Schwingungsfähigkeit sei erhalten, der affektive Rapport sei gut herstellbar. Im Vergleich zum Sommer / Herbst 2020 sei eine Verbesserung eingetreten. Es bestehe eine deutliche Diskrepanz zwischen der Selbstbeurteilung der Versicherten im Rahmen des BDI-11 Fragebogens, welcher mit 32 Punkten für einen schweren Grad der depressiven Symptome spreche, und der klinischen Einschätzung durch die Referentin aufgrund der vorhandenen Befunde. Eine ähnliche Diskrepanz sei bereits durch die behandelnde Psychiaterin angegeben worden. Insgesamt könne diese Diskrepanz am ehesten auf die Persönlichkeitszüge der Versicherten zurückgeführt werden. Wahrscheinlich fehle der Versicherten zurzeit die stabilisierende Wirkung der regelmässigen Tagesstruktur, welche sie durch die Arbeit in den letzten Jahren gehabt habe. Dies könne die Verschlechterung in

den letzten Monaten erklären. Die Compliance der Versicherten gegenüber der Behandlung sei zudem nicht ausreichend. Eine antidepressive Therapie hätte der Versicherten wahrscheinlich bereits früher helfen können und würde ihr auch aktuell mit hoher Wahrscheinlichkeit bezüglich der depressiven Symptome aber auch in Bezug auf die Schmerzsymptome (im Sinne einer Schmerzdistanzierung) helfen. Das Weiterführen der ambulanten Psychotherapie sei längerfristig grundsätzlich indiziert, vorausgesetzt sei dabei eine ausreichende Veränderungsmotivation der Versicherten. Aufgrund der psychiatrischen Befunde und Beurteilung sei zurzeit eine Arbeitsfähigkeit von 40 – 50 % eines 100%-Pensums in angepasster Tätigkeit (Tätigkeiten mit wenig Verantwortungsübernahme, mässiger Zeitdruck, Unterstützung in konflikthafter Situationen in Form eines Coachings) zumutbar und adäquat. Die Tätigkeit als Rotkreuzhelferin sei mit diesen Anpassungen zurzeit zu 40 – 50 % zumutbar. Im weiteren Verlauf innerhalb von zwei bis drei Monaten könne das Pensum theoretisch weiter gesteigert werden und bei stabilem Verlauf über drei Monate könne auf die Anpassungen verzichtet werden. Möglicherweise bestehe weiterhin eine leichte Einschränkung von ca. 10 – 20 % aufgrund der Persönlichkeit der Versicherten.

5.5 Dem von der Taggeldversicherung eingeholten rheumatologischen Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_, Facharzt FMH für Rheumatologie, vom 1. April 2021 (IV-Nr. 23) lassen sich keine Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit entnehmen. Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit wurden Folgende gestellt: 1. Hypermobilitätssyndrom mit Beighton-Score zu 9/9 mit/bei - Subjektive Arthralgien mit Befall des rechten Handgelenks, der Halswirbelsäule und Knie links - Klinisch keine Funktionseinschränkung bei der rheumatologischen Kontrolle vom 29. März 2021 2. Myofascialschmerzsyndrom mit Ansatzentendinose der glutealen Muskulatur am Trochanter beidseits am 29.03.2021 3. Hallux valgus Grad 1 rechts mit Tendenz zu Hallux rigidus 4. Sulcus-ulnaris-Syndrom links mit/bei - Sensibilitätsstörung mit Hypästhesie der Digits IV und V links Aus rheumatologischer Sicht handle es sich um subjektive Beschwerden in Form von Arthralgien, beziehungsweise Myofascialschmerzsyndrom der glutealen Muskulatur ohne relevanten Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Pflegegehilfin in einem Altersheim. Aus rheumatologischer Sicht sei eine aktive Physiotherapie mit Kräftigungstherapie der Rumpfmuskulatur und Stabilisationsübungen wegen dem Hypermobilitätssyndrom indiziert. Zusätzlich sei eine spezifische Therapie der Ansatzentendinose der glutealen Muskulatur am Trochanter durch Physiotherapie indiziert. Insbesondere exzentrische Kräftigungsübungen und Dehnungsübungen seien dringend indiziert. Wegen Schmerzen im MTP-1-Bereich des rechten Fusses bei beginnendem Hallux rigidus sei eine Anpassung der Schuheinlagen mit Abrollrampe indiziert. Unter den oben erwähnten therapeutischen Massnahmen sei eine Besserung der Leistungsfähigkeit beziehungsweise Rückbildung der subjektiven Beschwerden aus rheumatologischer Sicht zu erwarten. Aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegegehilfin ohne Einschränkung zumutbar. In der Beantwortung der Fragen der Taggeldversicherung führte Dr. med. E.\_\_\_\_ aus, aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegegehilfin mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % zumutbar. Wegen langdauernder Arbeitsunfähigkeit sei eine aktive Physiotherapie mit Kräftigungstherapie zwei- bis dreimal wöchentlich dringend indiziert. Nach sechs Wochen solch aktiven Therapien werde aus rheumatologischer Sicht die Versicherte als Pflegegehilfin voll arbeitsfähig (Beschäftigungsgrad von 100 %) sein.

5.6 RAD-Arzt Dr. med. F.\_\_\_\_ führte in seiner Aktennotiz vom 14. April 2021 (IV-Nr. 24) aus, es liege kein invalidisierendes Leiden vor; auf die nachvollziehbaren und plausiblen

Gutachten könne abgestellt werden. Auf weitere berufliche Massnahmen könne somit verzichtet und der Fall abgeschlossen werden. 6. Die Beschwerdegegnerin stütze sich bei ihrer Entscheidung, dass die Beschwerdeführerin in sämtlichen Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig sei, im Wesentlichen auf das psychiatrische Gutachten von Dr. med. D.\_\_\_\_ vom 25. März 2021 (IV-Nr. 22) sowie das rheumatologische Gutachten von Dr. med. E.\_\_\_\_ vom 1. April 2021 (IV-Nr. 23), welche diese zu Händen der P.\_\_\_\_ Taggeldversicherung erstellt hatte.

6.1 Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den Anforderungen der Rechtsprechung entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte (Administrativgutachten) darf voller Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 1.3.4, 135 V 465 E. 4.4). Liegt – wie hier – jedoch ein vom Krankentaggeldversicherer nicht im gesetzlich vorgesehenen Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholtes Gutachten vor, kommt diesem der Beweiswert versicherungsinterner ärztlicher Feststellungen zu (Urteil des Bundesgerichts 8C\_71/2016 vom 1. Juli 2016 E. 5.3). Folglich sind an die Beweiswürdigung strenge Anforderungen zu stellen. Bestehen auch nur geringe Zweifel an der Zuverlässigkeit und Schlüssigkeit einer solchen Expertise, so sind ergänzende Abklärungen in Form eines Gerichtsgutachtens oder einer versicherungsexternen medizinischen Begutachtung im Verfahren nach Art. 44 ATSG vorzunehmen (BGE 139 V 225 E. 5.2, 135 V 465 E. 4.4; Urteil des Bundesgerichts 9C\_168/2020 vom 17. März 2021 E. 3.2).

6.2 Einleitend ist 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.

6.2.1 Dr. med. D.\_\_\_\_ führt als Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit eine Anpassungsstörung (ICD-10 F.43.21) und Anhaltspunkte für eine akzentuierte Persönlichkeit mit vorwiegend abhängigen Zügen auf. Als Differenzialdiagnose nennt sie eine Persönlichkeitsstörung (ICD-10 Z73.1, F60.7). Ihre Beurteilung stützt sie auf die eigenen Untersuchungsergebnisse, die Vorakten und die telefonischen Angaben von Dr. med. J.\_\_\_\_ vom 12. März 2021 und Dr. med. L.\_\_\_\_ vom 16. März 2021 (IV-Nr. 22, S. 9 ff.). Sie hielt fest, diagnostisch beurteile Dr. med. L.\_\_\_\_ die Versicherte als mittelgradig depressiv, am ehesten im Rahmen der Kündigung des Arbeitsplatzes und bei ängstlichen, abhängigen und anankastischen Persönlichkeitszügen. Diese Beurteilung decke sich im Wesentlichen mit derjenigen der Referentin, welche die depressive Symptomatik aktuell als leichtgradig im Rahmen einer Anpassungsstörung interpretiere. Auffallend sei die deutlich schlechtere Selbstbeurteilung der Versicherten. Diese Diskrepanz sei am ehesten auf die vorwiegend abhängigen Persönlichkeitszüge der Versicherten zurückzuführen (IV-Nr. 22, S. 12). Die Gutachterin nennt zwar die Kriterien nach ICD-10 für eine Persönlichkeitsstörung mit abhängigen Zügen, sie setzt sich aber nicht mit diesen auseinander und legt auch nicht dar, inwiefern diese Kriterien auf die Beschwerdeführerin zutreffen. Es fehlt somit an einer nachvollziehbaren Diagnoseherleitung und Begründung anhand der Kriterien des ICD-10. Dies gilt sowohl für die Anpassungsstörung als auch für die akzentuierte Persönlichkeit resp. die differenzialdiagnostisch genannte Persönlichkeitsstörung. In Bezug auf die genannten Diagnosen erfolgt auch keine klinische Überprüfung bzw. Durchführung von Testverfahren im Rahmen des Gutachtens. Die Gutachterin führte einzig ein BDI-II (Beck-Depressions-Inventar) durch, welches aber in deutlicher Diskrepanz zur klinischen Einschätzung der Gutachterin stand. Eine

Beschwerdevalidierung fand nicht statt. Stattdessen führte die Gutachterin diese Diskrepanz auf die Persönlichkeitszüge der Beschwerdeführerin zurück, was aber ebenfalls nicht näher begründet wurde. Weiter führte Dr. med. D.\_\_\_\_ aus, es bestünden Anhaltspunkte für eine somatoforme Schmerzstörung, die aber keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit ausübe. Die Diagnose könne aber nicht eindeutig gestellt werden. So sei die Beschreibung der Schmerzen der Versicherten diffus, wenig differenziert, teilweise widersprüchlich und aus psychiatrischer Sicht schwierig einzuordnen. Sie bestünden seit Jahren, in den letzten Monaten seien sie stärker geworden. Die Kriterien für eine anhaltende somatoforme Schmerzstörung wie andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden könne, seien nicht eindeutig ausgewiesen. Andererseits schienen die Schmerzen doch in Verbindung mit psychosozialen Problemen aufzutreten und führten zu persönlicher und medizinischer Zuwendung. Die Herleitung der Diagnose erscheint auch hier nicht nachvollziehbar. Eine eingehende Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik findet nicht statt. Ihre Auffassung, wonach es sich bei der Schmerzsymptomatik um keine schwere Störung handle resp. diese keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe, stützt sie einzig mit der telefonischen Auskunft der Hausärztin der Beschwerdeführerin, wonach es der Beschwerdeführerin besser gehe, wenn diese regelmässig arbeite (IV-Nr. 22, S. 10 f. und 12). Damit fehlt es an einer eingehenden Auseinandersetzung mit der Schmerzproblematik sowie deren Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. Schliesslich stellte Dr. med. D.\_\_\_\_ Diagnosen mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, sie würdigte aber nicht die vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren. Insgesamt erweist sich die psychiatrische Begutachtung bei Dr. med. D.\_\_\_\_ somit als nicht schlüssig begründet. Das psychiatrische Gutachten erweist sich folglich als nicht beweiskräftig.

6.2.2 Den Einschätzungen des rheumatologischen Gutachters (IV-Nr. 23) liegt eine klinische Untersuchung (vgl. IV-Nr. 23, S. 5 f.) zugrunde. Dr. med. E.\_\_\_\_ setzte sich auch mit den Vorakten auseinander (IV-Nr. 23, S. 3 ff.). Der rheumatologische Gutachter gelangte zum Ergebnis, aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Pflegegehilfin mit einem Beschäftigungsgrad von 50 % zumutbar. Wegen langdauernder Arbeitsunfähigkeit sei eine aktive Physiotherapie mit Kräftigungstherapie zwei- bis dreimal wöchentlich dringend indiziert. Nach sechs Wochen solch aktiven Therapien werde aus rheumatologischer Sicht die Versicherte als Pflegegehilfin voll arbeitsfähig (Beschäftigungsgrad von 100 %) sein. Dasselbe gelte für eine leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Die Ausführungen von Dr. med. E.\_\_\_\_ sind grundsätzlich nachvollziehbar und schlüssig. Im Gutachten fehlt aber eine eingehende Auseinandersetzung mit der in den Vorakten erwähnten Fibromyalgie. Der Gutachter führt dazu einzig aus, eine solche könne durch die Kontrollvisite vom 29. März 2021 aus rheumatologischer Sicht nicht bestätigt werden (IV-Nr. 23, S. 8). Weshalb diese nun nicht mehr vorliegen soll, wird nicht näher erläutert.

6.3 Zusammenfassend war der medizinische Sachverhalt und das funktionelle Leistungsvermögen der Beschwerdeführerin durch die bei Erlass der Verfügung vom 5. Juli 2021 vorliegenden medizinischen Stellungnahmen nicht hinreichend geklärt. Um diese Abklärungslücke zu füllen, hat das Versicherungsgericht ein Gerichtsgutachten eingeholt (vgl. E. I. 7 hiervor).

7. Aufgrund der in E. II. 6.2 hiervor genannten Unklarheiten wurde von Seiten des Versicherungsgerichts bei Dr. med. G.\_\_\_\_, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. H.\_\_\_\_, Fachärztin für Rheumatologie, beide von der I.\_\_\_\_, [...], ein bidisziplinäres Gerichtsgutachten veranlasst. Das Gutachten vom 10. November 2022 (A.S. 48 ff.) wird den allgemeinen rechtsprechungsgemässen Anforderungen gerecht.

Es stammt von unabhängigen Fachärzten, welche die Beschwerdeführerin eingehend untersucht und die Vorakten studiert haben. Zudem sind die Aussagen der Experten in allen Punkten schlüssig und nachvollziehbar, wie nachfolgend darzulegen ist.

7.1 Das psychiatrische Gutachten von Dr. med. G.\_\_\_\_, wonach keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vorliegen, überzeugt. Der psychiatrischen Befundaufnahme sind keinerlei Auffälligkeiten zu entnehmen (A.S. 62 ff.). Auch die zusätzlich durchgeführten Testuntersuchungen stützen die Auffassung des psychiatrischen Gutachters. So wurde ein Beck'sches Depressionsinventar durchgeführt, welches im Ergebnis einen Wert aufwies, der für eine schwere depressive Symptomatik sprach. Das Ergebnis sei aber laut Dr. med. G.\_\_\_\_ aufgrund der Auffälligkeiten in der Beschwerdevalidierung nicht verwertbar (siehe Ergebnis SRSI: «Faktischer Beweis einer nicht-authentischen Beschwerdeschilderung»; A.S. 64). Solche Auffälligkeiten in der Selbstbeurteilung wurden bereits von der Vorgutachterin (IV-Nr. 22, S. 10) und von der behandelnden Psychiaterin Dr. med. L.\_\_\_\_ beschrieben (IV-Nr. 22, S. 11), wobei einzig Dr. med. G.\_\_\_\_ eine Beschwerdevalidierung vornahm. Das durchgeführte Freiburger Persönlichkeitsinventar ergab keine Hinweise auf das Vorliegen einer Störung der Primärpersönlichkeit (A.S. 64). Inhaltlich wird im Gutachten unter Würdigung der vom Bundesgericht gemäss BGE 141 V 281 festgelegten Indikatoren (vgl. A.S. 65 f.) nachvollziehbar ausgeführt, dass der Versicherten selbstverständlich nicht abgesprochen werden solle, dass sie sich gegen eine chemisch definierte antidepressive Behandlung entscheiden könne. Es müsse aber festgehalten werden, dass die Leitlinien bei einer schweren depressiven Episode – an einer solchen meine die Versicherte zu leiden – eine antidepressive Behandlung und eine hochfrequente Psychotherapie – unwidersprochen empfehle. An beidem fehle es hier. Dies spiele allerdings keine Rolle, weil weder eine psychiatrische noch eine psychotherapeutische Behandlung indiziert sei, da bei der Versicherten kein krankheitswertiger Prozess vorliege (Indikator «Behandlungserfolg oder -resistenz»). Weiter führte der Psychiater aus, aus psychiatrischer Sicht lägen keine Eingliederungshindernisse vor. Zu den Komorbiditäten führte er aus, die Versicherte berichte, an Schmerzen zu leiden. Sie habe angegeben, dass die Depressionen einerseits durch die Schmerzen, andererseits durch einen Arbeitsplatzkonflikt ausgelöst worden seien. In diesem Zusammenhang müsse darauf hingewiesen werden, dass die Versicherte in einem Beschwerdevalidierungsverfahren, das auch auf eine Schmerzproblematik abhebe, ein hochauffälliges Antwortverhalten gezeigt habe. Sie habe unter anderem hohe Werte im Bereich der sogenannten Schmerz-Pseudobeschwerden angegeben. Somit könne keine relevante Komorbidität festgestellt werden, weder in die eine noch in die andere Richtung. Die Versicherte sei von der Persönlichkeit her verträglich, kontaktfreudig und offen. Es fänden sich keine Hinweise auf eine Persönlichkeitsakzentuierung oder eine Persönlichkeitsstörung. Die persönlichen Ressourcen der Versicherten seien aus psychiatrischer Sicht nicht eingeschränkt (Indikator «Persönlichkeit»). Die Versicherte berichte zwar, sozial isoliert zu sein, sie werde allerdings von ihrer Tochter, mit der sie gemeinsam wohne, umfassend unterstützt (Indikator «sozialer Kontext»). Die Versicherte mache gleichmässige Einschränkungen des Aktivitätenniveaus in allen vergleichbaren Lebensbereichen geltend. Ob dies glaubhaft sei, müsse juristisch bewertet werden. In Bezug auf den Indikator «Behandlungs- und eingliederungsanamnestisch ausgewiesener Leidensdruck» verweist der Gutachter auf seine obigen Ausführungen. Abgesehen davon habe die Versicherte keinen einfühlbaren Leidensdruck hinterlassen. Des Weiteren beschäftigt sich Dr. med. G.\_\_\_\_ eingehend mit den Vorakten und den darin gestellten Diagnosen. So sei die psychiatrische Aktenlage

überschaubar. Die Anpassungsstörung mit längerer depressiver Reaktion, die am 11. Dezember 2020 berichtet worden sei, habe möglicherweise in der Vergangenheit vorgelegen, dies sei aber keinesfalls sicher, wobei auch hier auf die Auffälligkeiten im Bereich der Beschwerdvalidierung verwiesen werde. Mögen auch akzentuierte Persönlichkeitszüge vorliegen, stelle dies keinen krankheitswertigen Befund dar. Dies wäre erst dann möglicherweise der Fall, wenn eine manifeste Persönlichkeitsstörung vorliegen würde. Dies sei definitiv nicht der Fall. Hinsichtlich des Gutachtens der Fachkollegin D.\_\_\_\_ vom 28. März 2021 sei auszuführen, dass die Kollegin auf eine Beschwerdevalidierung verzichtet habe, was sich im vorliegenden Falle allerdings angeboten hätte. Der Referent könne daher die von ihr genannten Diagnosen beziehungsweise Differentialdiagnosen nicht bestätigen, da diese nur dann in Frage kämen, wenn die Versicherte ein authentisches Antwortverhalten gezeigt hätte. Hinsichtlich der Anpassungsstörung möge man der Versicherten noch zugutehalten können, dass diese zum damaligen Zeitpunkt möglicherweise vorgelegen habe, nicht aber eine Persönlichkeitsstörung, da es sich bei dieser Diagnose um einen überdauernden Zustand handle. Eine somatoforme Schmerzstörung könne vor dem Hintergrund der hier festgestellten Auffälligkeiten ebenfalls nicht bestätigt werden. Insgesamt erscheint die gutachterliche Beurteilung, wonach aus psychiatrischer Sicht sowohl in der angestammten Tätigkeit als auch in einer ideal angepassten Tätigkeit eine Arbeitsfähigkeit von 100 % bestehe, aufgrund der objektiven Befunde nachvollziehbar.

## **E. 7.2**

Den Einschätzungen der rheumatologischen Gutachterin (A.S. 71 ff.) liegt eine umfangreiche klinische Untersuchung (vgl. A.S. 72 ff.) zugrunde. Dr. med. H.\_\_\_\_ zog für die Beurteilung zusätzlich zu den Vorakten weitere Unterlagen der behandelnden Ärzte bei (siehe A.S. 78). Weiter setzte sie sich eingehend mit den Vorakten auseinander (A.S. 76). Die Gerichtsgutachterin stellt keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Sie stellt folgende Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit: - Knick-, Senkfuss beidseits linksbetont mit sekundärem chronischem iliotibialen Bandsyndrom beidseits - Tendomyosen rechter dorsaler Schultergürtel bei Haltungsinsuffizienz mit Hohlrundrücken, bei moderater Hypermobilität - Beginnender Hallux rigidus rechts mit Überlastung lateraler Fussrand - Asymptomatische leichtgradige mediale Gonarthrose links - Regrediente Plantarfasziitis rechts. St. n. Plantarfasziitis links 2016 Die Rheumatologin fasste die Ergebnisse ihrer Untersuchungen wie folgt zusammen: Es fänden sich rein haltungsbedingte Folgebeschwerden an mehreren umschriebenen Orten des Bewegungsapparates. Einerseits eine Rumpfhaltungsinsuffizienz mit gleichzeitiger Hypermobilität im Nackenbereich und konsekutiver Überlastung des rechten dorsalen Schultergürtelbereichs in Form von Myogelosen bei Rechtshänderin. Im Weiteren bestehe ein beidseitiger Knick-, Senkfuss, welcher zu Fehlbelastungen in den Beinen geführt habe im Sinne eines beidseitigen, linksbetonten iliotibialen Bandsyndroms. Gemäss Akten bestehe radiologisch eine beginnende Gonarthrose medial links, in diesem Bereich gebe die Versicherte jedoch keine Schmerzen an. Ferner bestehe ein beginnender Hallux rigidus rechts, wobei wahrscheinlich eine sekundäre Fehlbelastung nun zur Überlastung der lateralen Fusskante geführt habe. Eine Plantarfasziitis könne aktuell klinisch nicht objektiviert werden. Die Adipositas könne sich ungünstig auf die Bein- und Fussprobleme auswirken. Es bestehe eine moderate Hypermobilität, welche mitursächlich für die Beschwerden sein könne, es könne jedoch nur ein Beighton Score von 3/9 festgestellt werden, die Brighton-Kriterien für ein Hypermobilitätssyndrom seien nicht erfüllt. Die

umschriebenen Schmerzprobleme passten nicht für eine Fibromyalgie, dies habe auch mit den erhobenen Anamnesekriterien, welche nicht für eine Fibromyalgie quantifizierten, bestätigt werden können. Generell handle es sich um leichtgradige, vor allem muskuläre und tendinöse Probleme des Bewegungsapparates bei Fehlhaltungen und Adipositas, welche zu keinen objektiven funktionellen Einschränkungen führten. Trotz subjektiv deutlichem Schmerzempfinden könne anamnestisch keine entsprechende Einschränkung in beruflichen oder alltäglichen Tätigkeiten festgestellt werden. Eine Besserung der Schmerzproblematik könnte mit einer aktiven Bewegungstherapie (Stabilisation und Kraftaufbau von Rumpf, Becken, Beinen, Faszientherapie) und durch Gewichtsreduktion erreicht werden, bei dem beginnenden Hallux rigidus empfehle sich eine starre Fusssohle beziehungsweise Einlage in diesem Bereich (die Versicherte trage Schuh mit extrem flexibler Sohle). Klinisch bestehe zusätzlich bei zwar nicht ganz typischen Befunden der Verdacht auf ein mögliches Karpaltunnelsyndrom beidseits (ein Sulcus ulnaris-Syndrom könne aktuell klinisch nicht festgestellt werden), zusätzlich bestehe eine ungenügend behandelte Migräne, welche anamnestisch aber nicht relevant einschränkend für die Arbeitsfähigkeit gewesen sei. Bezüglich dieser Probleme empfehle sich eine neurologische Abklärung und allenfalls Behandlung. In ihrer Aktenwürdigung führte Dr. med. H. \_\_\_ aus, bereits die Hausärztin, welche die Versicherte schon über Jahre betreue, habe keine Einschränkung der Tätigkeit durch die Befunde des Bewegungsapparates feststellen können, ebenso nicht der begutachtende Rheumatologe Dr. med. E. \_\_\_. Die Diagnose eines Hypermobilitätssyndroms könne aber nicht bestätigt werden, es liege lediglich eine moderate Hypermobilität vor. Die im 2019 gestellte Diagnose einer Fibromyalgie könne bei den umschriebenen und klar begründbaren Schmerzproblemen nicht bestätigt werden, die Diagnosekriterien seien ebenfalls nicht erfüllt. Die Diagnosekriterien seien damals ebenfalls nicht erfüllt gewesen, der Wide spread pain index habe zwar 17/19 betragen, der Symptom severity score jedoch nur 3/12, sollte in dieser Konstellation mindestens 5/12 betragen. Gemäss nachträglich angeforderten Unterlagen des behandelnden Orthopäden Dr. med. Q. \_\_\_ bestehe radiologisch eine beginnende mediale Gonarthrose, in diesem Bereich gebe die Versicherte aber keine Schmerzen an. Bei der Diagnose einer fortgeschrittenen Gonarthrose im letzten Bericht vom Mai 2022 handle es sich wahrscheinlich um einen Fehler, es seien ja keine neuen Befunde vermerkt. Daraus resultierend kommt die rheumatologische Gutachterin zum nachvollziehbaren Schluss, dass sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer angepassten Tätigkeit keine Einschränkungen der Arbeitsfähigkeit bestehen. So könne die bisherige Tätigkeit bereits als leidensadaptiert betrachtet werden. Ideal sei eine wechselbelastende, körperlich leichte bis mittelschwere Tätigkeit. Die Versicherte sei dabei für 8.5 Stunden beziehungsweise 100 % arbeitsfähig.

7.3 Schliesslich vermag gestützt auf die schlüssigen Teilgutachten auch die Gesamtbeurteilung im I. \_\_\_-Gutachten zu überzeugen (A.S. 48 ff.). Entsprechend den beiden Teilgutachten sei die Beschwerdeführerin sowohl in der angestammten als auch in einer angepassten Tätigkeit zu 100 % arbeitsfähig.

7.4 Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die I. \_\_\_-Gutachter zu klaren, schlüssigen Ergebnissen gelangt sind, welche nachvollziehbar und überzeugend begründet werden. Das bidisziplinäre Gutachten vom 10. November 2022 leuchtet in der Darlegung der medizinischen Zusammenhänge sowie in der Beurteilung der medizinischen Situation ein. Des Weiteren sind die Schlussfolgerungen der Experten begründet. Damit ist diesem Gutachten voller Beweiswert zuzumessen.

8. Nach dem Gesagten ist davon auszugehen, dass die Beschwerdeführerin in der Lage ist, ihre bisherige Tätigkeit oder eine Verweistätigkeit uneingeschränkt und

ganztags auszuüben, um dabei ein rentenausschliessendes Einkommen zu erzielen. Vor diesem Hintergrund besteht – ohne dass ein Einkommensvergleich durchgeführt werden muss – keine Invalidität und folglich auch kein Anspruch auf eine Invalidenrente resp. berufliche Massnahmen. Die Beschwerde stellt sich damit als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

## **E. 9**

9.1 Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C\_513/2012 vom 17. September 2012 E. 4.1 und 4.2, 8C\_194/2016 vom 14. Juni 2016 E. 4.1 und 4.2 sowie 8C\_293/2016 vom 11. Juli 2016 E. 5).

9.2 Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege im Sinne der Befreiung von den Gerichtskosten (vgl. E. I. 4 hiervor).

9.3 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

9.4 Wie dargelegt, hat die Beschwerdegegnerin den Sachverhalt unzureichend abgeklärt, weshalb das Gericht die Abklärungslücke durch ein Gerichtsgutachten schliessen musste. Die Beschwerdegegnerin hat daher die Kosten des Gutachtens der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ vom 10. November 2022 von CHF 8'500.00 zu tragen.

Demnach wird erkannt:

2. Es besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung.

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.\_\_\_\_ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat der Gerichtskasse die Kosten des Gerichtsgutachtens der Begutachtungsstelle I.\_\_\_\_ von CHF 8'500.00 zu erstatten.

## **Rechtsmittel**

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Lazar

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