

SO_GERICHTE VSBES.2021.157 vom 26. August 2021

SO Obergericht, 2021-08-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2021.157

FR: SO_GERICHTE VSBES.2021.157 du 26 août 2021

IT: SO_GERICHTE VSBES.2021.157 del 26 agosto 2021

Erwägungen

E. 1

1.1 Die 1962 geborene A.____ (im Folgenden: Beschwerdeführerin) meldete sich am 13. September 2004 bei der Eidgenössischen Invalidenversicherung (IV) zum Leistungsbezug an. Sie gab an, seit Jahren an chronischen Schmerzen und einer depressiven Störung zu leiden (IV-Stelle Nr. [IV-Nr.] 7). Die IV-Stelle des Kantons Solothurn (im Folgenden: Beschwerdegegnerin) veranlasste in der Folge eine bidisziplinäre (rheumatologische und psychiatrische) Begutachtung bei Dr. med. B.____, FMH Innere Medizin und Rheumaerkrankungen, sowie Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH (Gutachten vom 28. April 2005, IV-Nr. 21 f.). Mit Verfügungen vom 19. Juli und 14. September 2005 wurde der Beschwerdeführerin aufgrund eines Invaliditätsgrads von 58 % rückwirkend eine halbe Invalidenrente ab 1. September 2004 zugesprochen (IV-Nr. 26 f.).

1.2 Im Oktober 2008 nahm die Beschwerdegegnerin vom Amtes wegen eine Revision vor (IV-Nr. 29) und führte mit der Beschwerdeführerin am 5. November 2008 ein Revisionsgespräch durch. Daraufhin veranlasste sie eine psychiatrische Verlaufsbeurteilung bei Dr. med. C.____ (Gutachten vom 12. Juni 2009, IV-Nr. 38). Mit rechtskräftiger Verfügung vom 16. Februar 2010 wurde die bisher gewährte halbe Invalidenrente aufgrund einer gesundheitlichen Verbesserung aus psychiatrischer Sicht bei einem Invaliditätsgrad von nurmehr 15 % auf Ende März 2010 eingestellt (IV-Nr. 48).

1.3 Am 22. Dezember 2010 liess die Beschwerdeführerin bei der Beschwerdegegnerin ein Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen stellen (IV-Nr. 51). Mit Verfügung vom 7. März 2011 trat die Beschwerdegegnerin auf dieses Leistungsbegehren mangels glaubhafter Darlegung einer Veränderung des Gesundheitszustands nicht ein (IV-Nr. 54). Am 19. Mai 2016 wurde die Beschwerdeführerin in der orthopädischen Klinik D.____ an der Lendenwirbelsäule operiert (vgl. IV-Nr. 64 S. 12 f. und 67 S. 8 f.). Am 8. Februar 2017 stellte die Beschwerdeführerin erneut ein Leistungsgesuch (IV-Nr. 59). Auch darauf trat die Beschwerdegegnerin mit rechtskräftiger Verfügung vom 12. Mai 2017 wegen nicht glaubhaft gemachter Veränderung des Gesundheitszustands nicht ein (IV-Nr. 69).

1.4 Am 20. Juni 2017 liess sich die Beschwerdeführerin am linken Knie in der Klinik E.____, [...], operieren (Knie-totalprothesenimplantation) und am 6. August 2018 erfolgte eine Operation an der Halswirbelsäule im F.____-Spital [...]. Im Weiteren wurde am 11. Dezember 2018 eine Knie-totalprothesenimplantation rechts durchgeführt. Bereits am 7. September 2018 (Eingang bei der Beschwerdegegnerin: 11. September 2018) hatte sich die Beschwerdeführerin zum Leistungsbezug neu angemeldet. Sie gab an, sie leide zunehmend an Wirbelsäulen-, Knie-, Schulter-, Finger- und Fusschmerzen (IV-Nr. 74). Nach Rücksprache mit dem Regionalen Ärztlichen Dienst (RAD) veranlasste die Beschwerdegegnerin am 29. April 2019 eine polydisziplinäre (allgemein-internistische, rheumatologische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Begutachtung in der

Gutachterstelle G.____, [...] (im Folgenden: G.____; Gutachten vom 12. Februar 2020, IV-Nr. 101). Nach Durchführung des Vorbescheidverfahrens, Beizug weiterer medizinischer Berichte und erneuter Konsultation des RAD sprach die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Verfügung vom 26. August 2021 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % rückwirkend eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. März 2019 bis 30. September 2019 zu; ab 1. Oktober 2019 wurde ein Rentenanspruch bei einem Invaliditätsgrad von nurmehr 28 % verneint. Ein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen wurde abgewiesen. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den erfolgten Abklärungen habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in somatischer Hinsicht gegenüber dem Jahr 2010 verschlechtert. Es sei zu einer Degeneration ihres Bewegungsapparates gekommen. Die Beschwerdeführerin habe sich verschiedenen operativen Eingriffen am Rücken und an den Knien unterziehen müssen. Seit dem lumbalen Wirbelsäuleneingriff am 19. Mai 2016 bestehe auch für angepasste leichte Tätigkeit keine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit betrage 20 % bei einem ganztägigen Pensum. Während den postoperativen Rehabilitationsphasen von je sechs bis neun Monaten sei die Beschwerdeführerin gänzlich arbeits- und leistungsunfähig gewesen. Spätestens ab dem 10. Juni 2019 (sechs Monate nach dem rechtsseitigen Kniegelenkseinsatz vom 11. Dezember 2018) bestehe für angepasste Tätigkeiten wieder andauernd eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (ganztägiges Pensum mit um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs). Die koronare Herzerkrankung begründe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Berufliche Massnahmen könnten angesichts der Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin nicht erfolgversprechend durchgeführt werden (IV-Nr. 114 S. 7 ff.; Aktenseiten [A.S.] 1 ff.).

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gelten gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein.

Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c).

2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad

bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

3.1 Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG).

3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205).

3.3 Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeeinflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung kann auch ohne wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eine Rentenrevision rechtfertigen. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhaltes auch hier unbeachtlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_678/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 3.2., 8C_132/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.2.2., 8C_458/2017 vom 6. August 2018 E. 2. und 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2., je mit Hinweisen).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender BeE._____tungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 26. August 2021 rückwirkend eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. März 2019 bis 30. September 2019 zu; ab 1. Oktober 2019 wurde ein Rentenanspruch verneint. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ab

1. Oktober 2019 weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Wie erwähnt, gilt Art. 17 Abs. 1 ATSG auch im Rahmen der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden. In solchen Fällen ist der Sachverhalt zum Zeitpunkt des Beginns der Rente mit demjenigen anlässlich der Herauf- oder Herabsetzung bzw. der Aufhebung der Rente zu vergleichen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2. mit Hinweisen). Nach erfolgter Neuanmeldung der Beschwerdeführerin vom 7. September 2018 (IV-Nr. 74) ist somit der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt des Rentenbeginns (1. März 2019) mit demjenigen im Zeitpunkt der Anspruchsänderung vom 10. Juni 2019 (sechs Monate nach dem rechtsseitigen Kniegelenkersatz vom 11. Dezember 2018 [vgl. IV-Nr. 89 S. 4 f.]; Art. 88a Abs. 1 IVV) zu vergleichen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

5.1 Im Bericht der Orthopädie D.____ (Dr. med. H.____, leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie; Prof. Dr. med. I.____, Leiter Wirbelsäulenchirurgie) vom 5. September 2016 (Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie) wurden folgende Diagnosen gestellt: «Status nach Dekompression und Stabilisation, interkorporeller Spondylodese als auch dorsaler Spondylodese mit zusätzlicher percutaner Stabilisation L3 ■ L5 mit VIPER CFX-Schrauben vom 19.05.2016 bei Spinalkanalstenose L4/L5 bei degenerativer Olisthesis und relativer bis absoluter Stenose L3/L4; Gonarthrose beidseits». Zur Zwischenanamnese wurde dargelegt, die Patientin komme zur geplanten klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle. Die Rückenschmerzen seien insgesamt gut unter Kontrolle und auch die ausstrahlenden Schmerzen ins Bein seien komplett regredient. Trotzdem sei die Lebensqualität der Patientin äusserst schlecht, da sie kaum noch gehen könne aufgrund von massiven Kniebeschwerden. Bezüglich des Rückens werde noch Physiotherapie durchgeführt. Die aktuelle Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen zeige stabile Verhältnisse ohne Materiallockerung oder ■bruch. Es bestünden keine Hinweise für eine Anschlusssegmentdegeneration. Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde dargelegt, bezüglich der LWS liege ein zufriedenstellendes Ergebnis vor. Es mache sicher Sinn, hier weiter physiotherapeutisch dranzubleiben und die Aktivitäten zu erhöhen, wie z.B. auch mit der Wassertherapie. Hinsichtlich der Knie scheine eine zeitnahe endoprothetische Versorgung wahrscheinlich unausweichlich zu sein. Von Seiten des Rückens sei vorerst keine Nachkontrolle vorgesehen (IV-Nr. 64 S. 12 f. bzw. 78 S. 7 f.).

5.2 Dr. med. J.____, FMH Rheumatologie und allgemeine innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 28. Januar 2017 die Diagnosen «Fibromyalgie-Syndrom (psychiatrisch DD somatoforme Schmerzstörung)», «Generalisierte Osteoarthrosen/vertebral Osteochondrosen», «Mangel an Vitamin D3» sowie «Adipositas und arterielle Hypertonie» und hielt im Rahmen der Beurteilung im Wesentlichen fest, die Patientin klage über chronische Beschwerden in beiden Kniegelenken, im operierten unteren Rücken, in den Schultern und den Händen sowie generell über Schmerzen in den Knochen. Zur Charakterisierung dieser Beschwerden bediene sich die Patientin des Vergleichs mit einem «kaputten Glas» und «einschiessenden Stromschlägen». Die Schmerzintensität sei für die Patientin derart, dass ihre Lebensqualität zerstört werde und sie alltäglich auf die Hilfe ihrer Familienmitglieder angewiesen sei. Stehen oder Gehen gelinge nur bedingt, die Patientin erscheine in der Praxis mit einem Rollator. Bei der klinischen Untersuchung falle zuerst die

ausgeprägte Adipositas auf. Entsprechend der Gewichtsbelastung imponierten erhebliche Schwierigkeiten bezüglich der Mobilität. Beide Kniegelenke wiesen Extensionsdefizite auf. Die Sonographie bestätige links einen moderaten Erguss, das rechte Kniegelenk sei ergussfrei. Ansonsten finde man bezüglich der peripheren Gelenke keine objektivierbare pathologischen Befunde. Dieser Eindruck bestätige die veranlasste Skelettszintigraphie. Bezüglich der Wirbelsäule falle die Patientin durch ihre leicht nach vorne geneigte Haltung auf. Die lumbal operierte Wirbelsäule werde klinisch nicht weiter untersucht, vorbestehende Kernspintomographien gäben ausreichend Einblick in deren Strukturen. Die veranlasste Laboruntersuchung zum Ausschluss einer rheumatologischen Grunderkrankung falle einzig durch ein diskret erhöhtes C-reaktives Protein und Kreatinkinase auf. Das diskret erhöhte C-reaktive Protein sei angesichts der Adipositas mit Sicherheit nicht als pathologisch zu qualifizieren, der Wert der Kreatinkinase begründe für sich allein keine Muskelpathologie. Die Skelettszintigraphie sei zum Ausschluss einer bis aktuell okkulten Knochenerkrankung veranlasst worden, nicht zuletzt auch, um der ängstlich wirkenden Patientin mehr Sicherheit zu vermitteln. Zwölf Jahre nach der ersten rheumatologischen Abklärung und Behandlung könne eine entzündliche Grunderkrankung so zuverlässig wie praktisch möglich ausgeschlossen werden. Ein Teil der Beschwerden sei sicher den bilateralen Gonarthrosen und vertebral den Segmentdegenerationen zuzuschreiben, dies werde nachteilig beeinflusst von einer morbiden Adipositas. Hauptsächlich für die Beschwerden sei ein Fibromyalgie-Syndrom zu sehen, wenn nicht von psychiatrischer Seite eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei. Rheumatologischerseits seien die Klassifikationskriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom zweifelsohne erfüllt, andere plausible Ursachen seien nebst den Degenerationen mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen (IV-Nr. 64 S. 6 ff.).

5.3 Dr. med. K.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte in seinem Bericht vom 13. Februar 2017 die Diagnosen «Pangonarthrose beidseits mit/bei Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmenishektomie links 2009, Status nach medialer Teilmenishektomie und Knorpelglättung rechts 2014», «Status nach Dekompression, Spondylodese und perkutaner Stabilisation L3/4 5/16», «Fibromyalgie Syndrom», «Chronifizierte depressive Episoden», «Arterielle Hypertonie» und «Adipositas». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin äussere sich unzufrieden über den aktuellen Befund der Wirbelsäule, linksseitig habe sie wieder vermehrt Schmerzen, dies teilweise immobilisierend. Zudem bestünden Schmerzen in beiden Knien und Handgelenken sowie eine generelle Schwäche. Die Patientin habe von einem traumatisierenden Todesfall der Mutter sowie multiplen anderen psychosozialen Aspekten berichtet. Die Gehstrecke sei aktuell auch aufgrund der Kniegelenke auf wenige 100 Meter reduziert, eine normale Funktion im Alltag sei nicht möglich. Zum «Procedere» wurde angegeben, mit der Patientin und dem begleitenden Ehemann sei besprochen worden, dass klinisch und radiologisch eine ausgedehnte Gonarthrose vorliege, welche die Beschwerden im Bereich beider Knie verursache. Eine arthroskopische Operation bringe keinen Mehrwert. Die einzige Lösung wäre die Implantation einer Knie-Totalprothese zunächst links beim symptomatischen Knie und im weiteren Verlauf dann rechtsseitig. Die Patientin sei darauf hingewiesen worden, dass eine Implantation einer Knie-Totalprothese keine ganzheitliche Lösung, sondern nur ein kleiner Schritt auf dem Gesamtweg sein könne. Sie sei darüber orientiert worden, dass die Operation mit postoperativen Beschwerden und Physiotherapie sowie Training verbunden sei und ein Mitarbeiten für das gute «Outcome» wichtig sei (IV-Nr. 64 S. 4 f. bzw. 89 S. 15 f.).

5.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 22. Februar 2017 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittleren Grades, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1). Die depressive Störung bestehe seit Januar 2016. Unter den geschilderten Umständen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit der Patientin von zwischen 70 und 100 % (IV-Nr. 64 S. 2 f.).

5.5 Im Bericht der Orthopädie D.____ vom 16. März 2017 wurde im Rahmen der Beurteilung und des Procedere dargelegt, es zeige sich hier wieder ein zunehmender tiefsitzender Rückenschmerz. Vom konventionell-radiologischen Bild her zeigten sich keine Veränderungen. Eine leichte Mehranreicherung in der Skelettszintigraphie erachte man als normal. Um konklusiv objektivierbare Pathologien im Bereich der Wirbelsäulenversteifung und auch darüber auszuschliessen, werde eine CT-Untersuchung empfohlen. Bezüglich der Kniegelenke wolle die Patientin abwarten, wie sich der Rücken entwickle (IV-Nr. 67 S. 8 f.).

5.6 Im Bericht der Orthopädie D.____ zu Handen der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2017 wurde angegeben, es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 18. Mai 2016 bis 3. Juli 2016 bestanden. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei angezeigt (IV-Nr. 67 S. 1 ff.).

5.7 Am 20. Juni 2017 führte Dr. med. K.____ eine Operation am linken Knie (Implantation einer Totalprothese, subtotale Synovektomie) in der Privatklinik E.____, [...], durch (vgl. Operationsbericht, IV-Nr. 89 S. 6). Im Austrittsbericht vom 26. Juni 2017 (Hospitalisation vom 20. Juni bis 26. Juni 2017) wurde dargelegt, intra- und postoperativ sei ein komplikationsloser Verlauf festzustellen gewesen. Die radiologische Stellungskontrolle der Knie-Totalprothese links habe achsengerechte Stellungsverhältnisse gezeigt. Die Patientin habe mit reizfreien Wundverhältnissen in die weitere Rehabilitation entlassen werden können (IV-Nr. 89 S. 2 f.).

5.8 Dr. med. K.____ stellte in seinem Bericht vom 9. August 2017 folgende Diagnosen: «Status nach Knie-TP links am 20.06.2017, Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmenishektomie links 2009; Pangenarthrose rechts, Status nach medialer Teilmenishektomie und Knorpelglättung rechts 2014; Status nach Dekompression, Spondylodese und perkutaner Stabilisation L3/4 5/16; Fibromyalgie Syndrom; Chronifizierte depressive Episode; Arterielle Hypertonie; Adipositas». Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin sei postoperativ zwei Wochen in der Rehabilitation gewesen, dies habe ihr gutgetan. Die Beweglichkeit habe sie deutlich steigern können, sie laufe aktuell nicht immer in Beugstellung beider Kniegelenke. Physiotherapie werde durchgeführt. Die Patientin mobilisiere bei langen Wegstrecken mittels Rollator oder an Unterarmgehstöcken. Zum Prozedere wurde vermerkt, es bestehe ein erfreulicher Verlauf, die Patientin habe von der Operation sehr profitiert. Die Beweglichkeit werde sich noch verbessern, ebenfalls die Mobilisationsfähigkeit. Es sollte auf eine gute Gangart geachtet werden, dies mit voller Flexion beider Kniegelenke. Die Physiotherapie sei fortzusetzen (IV-Nr. 89 S. 12 f.).

5.9 Im Bericht von Dr. med. K.____ vom 20. September 2017 wurde angegeben, die Patientin sei sehr zufrieden, die Schmerzen seien deutlich regredient gegenüber der Situation bei der letzten Konsultation im August 2017. Eine fixe Analgesie nehme sie nicht

mehr wegen des linken Kniegelenks. Aktuell spüre die Patientin wieder vermehrt den Rücken; deswegen werde sie physiotherapeutisch behandelt. Zum Befund wurde angegeben, es bestehe ein gleichschrittiges, stabiles Gangbild am Rollator. Es seien reizlose Narbenverhältnisse am Knie links vorhanden, eine periartikuläre Überwärmung bestehe nicht. Das Kniegelenk sei stabil, ein Kniegelenkserguss sei nicht feststellbar. Zum Prozedere wurde dargelegt, es bestehe ein erfreulicher Verlauf mit deutlichen Fortschritten und guter Mobilisation des linken Kniegelenkes. Beim rechten Kniegelenk werde aktuell mit einer Operation noch zugewartet (IV-Nr. 78 S. 13 bzw. 89 S. 14).

5.10 Dr. med. M.____ (Neurologische Praxis [...]) stellte in ihrem Bericht vom 1. Februar 2018 folgende Diagnosen: «Senso-motorisches Carpaltunnelsyndrom bds., auf der rechten Seite mässiggradig mit Progredienz im Vergleich zum Dezember 2016, auf der linken Seite leichtgradig mit tendenzieller Verbesserung; Dekompression und Stabilisation durch Spondylodese LWK 3 ■ 5 bei symptomatischer degenerativer Spinalkanalstenose L(3) ■ L5 re; Adipositas; Art Hypertonie». Zur aktuellen Anamnese wurde angegeben, trotz konsequenten Tragens der Handgelenksschienen bds. zur Nacht leide die Patientin unter einer Zunahme der Beschwerden, mit Einschlafen der Hände und Schmerzen vor allem nachts, aber auch tagsüber, teilweise mit Ausstrahlung bis zum Oberarm. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe ein senso-motorisches Carpaltunnelsyndrom beidseits, auf der rechten Seite mässiggradig mit Progredienz im Vergleich zum Dezember 2016, auf der linken Seite leichtgradig mit tendenzieller Verbesserung. Klinisch und elektrophysiologisch bestünden keine Hinweise für eine Radikulopathie. Angesichts der Progredienz auf der rechten Seite trotz konsequenten Tragens einer Schiene werde entweder zusätzlich zur Schiene eine Infiltration des Karpaltunnels mit Cortison oder aber eine CTS-Operation (ev. linke Seite gleichzeitig operieren) erwogen (IV-Nr. 78 S. 11 f.).

5.11 Am 14. Mai 2018 wurde eine Karpaltunnelspaltung links durchgeführt. Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, speziell Handchirurgie, hielt in seinem Bericht vom 5. Juni 2018 folgende Diagnosen fest: «Status nach Carpaltunnelspaltung links mit Besserung des neurologischen Befundes an der linken Hand und Persistieren einer radikulären Schmerzsymptomatik C5/6 links mit Ausstrahlung zum dorsalen Daumen; vorgesehen zur Carpaltunnelspaltung auch rechts». Im Weiteren legte er dar, nach der Operation links habe sich eine leichte Wundheilungsstörung der Narbe ergeben, welche jetzt stabil sei. Die periphere Sensibilität im Bereich habe sich normalisiert; diesbezüglich bestünden auch keine Nachtruhestörungen mehr. Jedoch seien weiterhin die Parästhesien und Kribbel-Missempfindungen über der Schulter mit Ausstrahlung bis in den Daumen vorhanden (IV-Nr. 78 S. 9 f.).

5.12 Im Bericht von Dr. med. O.____, Neurochirurgie FMH, vom 28. Juni 2018 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Verdacht auf chronische Zervikobrachialgie beidseits» und «Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei: Osteochondrose, Spondylarthrose und Spinalkanalstenose L2/3, Spondylarthrose L5/S1, St.n. Dekompression, TLIF und transpedikuläre Spondylodese L3-5 beidseits vor 2 Jahren an der Klinik D.____, Lumbosakrale Übergangsanomalie Castellvi Typ II A, Übergangswirbel L5, Nearthros links». Als «weitere Diagnosen» wurden ein «St.n. Karpaltunnelspaltung links am 14.05.2018, Karpaltunnelspaltung rechts geplant», «Platzangst», ein «St.n. Knie-TP links bei medialer Gonarthrose bei Valgusstellung» und «Auch fortgeschrittene Gonarthrose rechts bei Valgusstellung» aufgelistet. Zur Anamnese wurde dargelegt, bei der Patientin sei vor vier Wochen ein Karpaltunnelsyndrom operiert worden. Postoperativ sei es gemäss den

Angaben der Patientin zu einer kompletten Erholung von Gefühlsstörungen in Zeige-, Mittel-, Ring- und Kleinfinger der linken Hand gekommen und zu einer partiellen Erholung von Gefühlsstörungen im Daumen. Auch in der rechten Hand habe sie Gefühlsstörungen mit Kribbeln in allen fünf Fingern. Auch hier sei offenbar eine Karpaltunnelspaltung vorgesehen. Anamnestisch habe die Patientin auch seit Jahren eine Zervikobrachialgie beidseits mit Ausstrahlung bis in den Daumen. Die Patientin kenne diesbezüglich seit langem keine schmerzfreien Momente mehr. Sie leide auch an einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom bei Zustand nach Dekompression und Stabilisation L3 ■ 5. Postoperativ seien zwei Infiltrationen im D. ___-Spital erfolgt, wobei die erste keine wesentliche Besserung, die zweite eine wesentliche Besserung für ein bis zwei Wochen gebracht habe. Auch im rechten Knie habe die Patientin anhaltend starke Schmerzen und sei hauptsächlich deshalb in der Gehfähigkeit massiv eingeschränkt.

Zum CT der LWS vom 27. März 2017 wurde angegeben, es bestünden regelrechte postoperative Verhältnisse ohne Hinweise auf Lockerungen oder einen Bruch der Schrauben. Es seien radiologische Zeichen des intervertebralen Durchbaus L3/4 und L4/5 vorhanden. Es bestünden eine Osteochondrose, eine Spondylarthrose und eine Spinalkanalstenose L2/3 sowie eine Spondylarthrose L5/S1. Dr. med. O. ___ führte aus, in der Tat könne er den klinischen Verdacht auf eine chronische Zervikobrachialgie beidseits bestätigen. Er habe der Patientin vorerst die bildgebende Abklärung der Halswirbelsäule empfohlen. Falls die Indikation für die Operation des CTS rechts eindeutig sei, bestehe kein Grund, diese zu verschieben (IV-Nr. 86 S. 17 f.).

5.13 Aus dem Bericht von Dr. med. O. ___ vom 4. Juli 2018 geht hervor, die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule bestätige das Vorliegen von schweren Degenerationen mit fortgeschrittenen Osteochondrosen, Spondylosen und Unkovertebralarthrosen C4/5, C5/6 und C6/7 mit Foramenstenosen C4/5 rechts, C5/6 und C6/7 beidseits. Auch der Spinalkanal sei bei C5/6 fortgeschritten stenosiert; es liege aber noch keine Myelopathie vor. Diese eindrücklichen Befunde könnten die langjährigen Nacken- und Schulterschmerzen und auch die Ausstrahlungen in beide Arme mit Kribbelgefühlen natürlich sehr gut erklären. Die geplante CTS-Operation auf der rechten Seite habe die Patientin nun etwas voreilig abgesagt. An sich hätte durchaus zuerst die ohnehin nötige Karpaltunnel-Spaltung erfolgen können, bevor die umfangreichere Operation an der Halswirbelsäule mit Dekompression und ACIF C4/5, C5/6 und C6/7 durchgeführt werde. Die Patientin wünsche nun aber ein umgekehrtes Vorgehen (IV-Nr. 86 S. 15 f.).

5.14 Am 6. August 2018 nahm Dr. med. O. ___ im F. ___-Spital, [...], den zervikalen Wirbelsäuleneingriff vor (Mikrochirurgische Dekompression und ACIF C4/5, C5/6 und C6/7; vgl. Operationsbericht vom 6. August 2018, IV-Nr. 86 S. 12 ff.). Im Bericht vom 11. August 2018 wurde ausgeführt, der Eingriff sei komplikationslos erfolgt. Intraoperativ habe eine schöne Dekompression und Stabilisation erreicht werden können. Der postoperative Frühverlauf sei ausgesprochen erfreulich gewesen. Die Patientin habe über eine weitgehende Progredienz der radikulären Beschwerden berichten können. Sie sei problemlos mobil geworden. Sie habe im Verlauf mehrfach noch persistierende Gefühlsstörungen im linken Daumen und Zeigefinger ähnlich präoperativ bei ansonsten deutlich verbesserten Beschwerden in beiden Armen erwähnt. Die Röntgenkontrolle mit Halswirbelsäule a.p./seitlich vom 7. August 2018 habe regelrechte postoperative Befunde mit einer sehr schönen Dekompression gezeigt (Entfernung des Processus uncinatus C4-7

beidseits) und Wiederherstellung der Segmenthöhen und Segmentlordosen C4-7). Bei Austritt sei die Patientin schmerzarm, vollmobilisiert und weitgehend selbstständig gewesen (IV-Nr. 86 S. 10 f.).

5.15 Dr. med. K. ___ hielt in seinem Bericht vom 12. September 2018 folgende Diagnosen fest: «Pangonarthrose rechts, Status nach Knie-TP links am 20.06.2017, Pangonathrose beidseits mit/bei Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie links 2009, Status nach medialer Teilmeniskektomie und Knorpelglättung rechts 2014; Status nach Dekompression, Spondylodese und perkutaner Stabilisation L3/4/ 5/16; Fibromyalgie Syndrom; Chronifizierte depressive Episode; Arterielle Hypertonie; Adipositas; Status nach Mikrodiskektomie, Dekompression, intervertebrale Cage-Version C4/5, C5/6, C6/7 am 06.08.2018; CTS rechts». Zur Anamnese wurde vermerkt, die Patientin berichte über Schmerzen im Bereich der unteren LWS, des rechten Kniegelenkes sowie in der rechten Hand. Die nächtliche Ruhe sei deutlich gestört, hier vor allem durch die Schmerzen im Bereich der rechten Hand. Der Rücken und das rechte Knie schmerzten bei der Mobilisation. Hier seien langfristig Operationen für Hand, Knie und Rücken geplant. Zudem leide die Patientin unter einer Inkontinenz, welche auch operiert werden müsste. Zum Procedere wurde festgehalten, der Patientin sei geraten worden, zuerst die Operation der Harnblase durchführen zu lassen und anschliessend das rechte Karpaltunnelsyndrom «releasen» zu lassen. Hierdurch werde sich wahrscheinlich für die weiteren Operationen mit stationärem Verlauf eine Linderung der Symptomatik und ein einfacheres Handling nach möglicher Knie-TP-Implantation erzielen lassen (IV-Nr. 78 S. 5 f. bzw. 89 S. 7 f.).

5.16 Im Bericht von Dr. med. O. ___ vom 20. September 2018 wurde zur Verlaufs-anamnese angegeben, es sei erfreulich, dass es der Patientin besser gehe als vor der Operation. Die brachialgiformen Schmerzen im linken Arm und die Parästhesien («Ameisen») in beiden Armen seien seit der Operation komplett regredient. In den ersten zwei Wochen nach der Operation habe die Patientin auch im rechten Arm keine Schmerzen gehabt, danach hätten sich erneut altbekannte Beschwerden mit «Einschlafen» und «Stromgefühl» in der gesamten rechten Hand (alle Finger betroffen) und gelegentliche, einschliessende Schmerzen im rechten Arm ventral («wie eine Linie») eingestellt. Am linken Daumen beschreibe die Patientin nach wie vor ein subjektives Beugedefizit. Im Weiteren beschreibe sie ein noch störendes Fremdkörpergefühl im Hals bei normaler Stimme. Am Nacken habe sie weniger Schmerzen als vor der Operation, doch im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule habe sie starke Schmerzen. Im rechten Bein habe die Patientin von lumbal her ausstrahlende Schmerzen in den lateralen Ober- und Unterschenkel. Das rechte Knie mache beim Belasten zusätzliche Schmerzen bei bekannter fortgeschrittener Gonarthrose. Unter dem Vermerk «Beurteilung und Prozedere» wurde dargelegt, postoperativ komplett regredient seien die Brachialgie links und die Parästhesien in beiden Armen. Rezidiert nach zweiwöchigem beschwerdefreiem Intervall seien allerdings Gefühlsstörungen der rechten Hand mit Beteiligung aller Finger und eine intermittierende Brachialgie rechts. Zur Verlaufskontrolle und sicheren Bestätigung der ausreichenden Dekompression sei ein nochmaliges MRI der Halswirbelsäule angemeldet worden (IV-Nr. 78 S. 3 f. bzw. 86 S. 8 f.).

5.17 Im Bericht vom 25. September 2018 hielt Dr. med. O. ___ zum Verlauf fest, die radiologischen Verlaufskontrollen der Halswirbelsäule bestätigten, dass die Platzverhältnisse in den Neuroforaminae postoperativ deutlich besser seien als präoperativ. Er finde anhand der Bildgebung keine Erklärung für die noch vorhandenen

brachialgiformen Beschwerden im rechten Arm und das «Einschlafen» sowie das «Stromgefühl» in der gesamten rechten Hand. Die eingebrachten Cages zeigten eine korrekte Implantat-Lage, unverändert zur unmittelbar postoperativen Röntgen-Kontrolle. An der Lendenwirbelsäule bestätigten sich die Degenerationen der Anschlusssegmente mit Spondylarthrose L5/S1 beidseits, Osteochondrose und Spondylarthrose L2/3 mit mässiger Spinalkanalstenose, weniger auch bei L1/2. Erhebliche Nervenwurzelkompressionen seien aber nicht vorhanden. Die Patientin habe offenbar aktuell mit der Hausärztin die bevorstehenden Operationen an der Blase, der Hand rechts und am Knie besprochen. Aus seiner Sicht sei weder an der Hals- noch an der Lendenwirbelsäule eine dringliche Massnahme erforderlich. Bei Bedarf wären infiltrative Behandlungsversuche möglich (IV-Nr. 86 S. 6 f.).

5.18 Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. P.____, Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 27. September 2018 fest, seit der letzten Ablehnung des Leistungsanspruchs hätten sich bei der Patientin tatsächlich neue und erheblich beeinträchtigende medizinisch nachvollziehbare Beschwerden ergeben. Die Art der medizinisch begründeten Leistungsminderungen seien in diesem Fall nicht akut, sondern über die Jahre entstanden und hätten sich in den letzten Monaten / Jahren so verschlechtert, dass nun nachweisbar strukturelle, die zunehmenden Schmerzen begründende Veränderungen vorhanden seien (IV-Nr. 78 S. 1 f.).

5.19 Laut dem Bericht von Dr. med. K.____ vom 27. November 2018 berichtete die Patientin über progrediente Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks, sodass sie aktuell mit dem Wunsch der baldigen Knie-Totalprothesen-Implantation komme. Sie leide unter einem nächtlichen Ruheschmerz nicht nur im Bereich des rechten Kniegelenkes, sondern auch im Rücken und der HWS. Zudem bestünden belastungsabhängige Schmerzen im rechten Knie, unter Belastung könne sie das rechte Kniegelenk nicht mehr strecken. Zum Procedere wurde dargelegt, mit der Patientin und dem begleitenden Ehemann sei die Knie-Totalprothesen-Implantation rechts besprochen worden. Geplant sei der Eingriff am 11. Dezember 2018 in der Privatklinik E.____ (IV-Nr. 85 S. 8 bzw. 89 S. 9).

5.20 In ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 27. November 2018 gab die Hausärztin Dr. med. P.____ an, sie behandle die Patientin seit Januar 2015. Sie habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, da nie ein Arbeitsverhältnis bestanden und die Patientin sich auch nicht in der Lage gefühlt habe, in ein Arbeitsverhältnis einzutreten. Hätte sich die Frage nach einer Arbeitsunfähigkeit gestellt, hätte sie aus verschiedenen, sich zum Teil summierenden Gründen durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zur medizinischen Situation legte die Hausärztin dar, bei der Patientin dominierten körperliche Beschwerden, welche jedoch begleitet seien von zum Teil erheblichen psychischen Beeinträchtigungen. Im Laufe der Jahre hätten sich die körperlichen Beschwerden durch die Zunahme der Polyarthrosen erheblich verstärkt. In den letzten Jahren seien die LWS versteift, die HWS operiert, eine Knieprothese eingesetzt, ein CTS operiert und eine gynäkologische Operation durchgeführt worden. Die Patientin leide unter Schmerzen in der LWS, den Beinen, im Kopf und in den Händen und unter reduzierter Gehfähigkeit sowie eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit. Es bestünden eine ausgeprägte Adipositas, ein Gangbild in leichter Hüft- und Knieflexion beidseits sowie ein Schonhinken rechts, ein paravertebraler Muskelhartspann sowie eine eingeschränkte LWS- und HWS-Beweglichkeit. Soweit beurteilbar, sei eine schwach ausgeprägte Skelettmuskulatur bei einer schmerzbedingt erheblichen Dekonditionierung vorhanden. Als Diagnosen (mit

Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) wurden Polyarthrosen wahrscheinlich primär und sekundär metabolisch mit teils schweren degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Gonarthrosen, Fingerpolyarthrosen, ein CTS beidseits sowie eine chronische depressive Störung gemischt mit Angst und eine morbid Adipositas angegeben. Die Stress- und Urgeinkontinenz wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit wurde mit «schlecht» angegeben. Zur beruflichen Situation wurde angegeben, die Patientin habe ehemals zu 100 % als Betriebsmitarbeiterin gearbeitet, aktuell sei sie nicht auf Arbeitssuche wegen der schlechten gesundheitlichen Situation. Aufgrund der Schmerzzunahme unter Belastung und schlechter Gehfähigkeit sowie reduzierter Beweglichkeit und Schmerzen in den Fingern bestehe aktuell keine Möglichkeit, die angestammte Tätigkeit weiterhin auszuüben. Hinzu kämen Konzentrationsschwierigkeiten wegen der Schmerzen. Die Patientin spreche recht gut Deutsch und sei freundlich. Eine angepasste Tätigkeit sei nicht zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht. Schmerzen, Funktionseinschränkungen und eine Dekonditionierung stünden einer Eingliederung im Weg (IV-Nr. 85 S. 1 ff.).

5.21 Am 11. Dezember 2018 wurde die Beschwerdeführerin am rechten Knie operiert (Knie-Totalprothesen-Implantation rechts; Hospitalisation vom 11. bis 17. Dezember 2018). Zur Operationsindikation wurde angegeben, bei der Patientin hätten jegliche konservativen Massnahmen nicht mehr angeschlagen, sodass eine Knie-Totalprothesen-Implantation indiziert gewesen sei. Zum postoperativen Verlauf wurde festgehalten, es sei intra- und postoperativ ein komplikationsloser Verlauf festzustellen gewesen. Es bestehe eine problemlose Mobilisation an Unterarmgehstöcken. Es seien achsengerechte Stellungsverhältnisse der Knie-Totalprothese im postoperativen Röntgenbild ersichtlich. Als Nachbehandlung wurden Physiotherapie und klinische sowie radiologische Kontrollen angegeben (vgl. Operations- und Austrittsbericht vom 14. Dezember 2018, IV-Nr. 89 S. 4 f.).

5.22 Dr. med. O. ___ stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2019 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronische Zervikobrachialgie beidseits, links regredient, bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS» und «Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS». Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete wie folgt: Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei insbesondere längerfristig nicht realistisch. Zweifel an der Fahreignung gebe es nicht. Zum Potenzial für die Eingliederung wurde dargelegt, leichte Arbeiten wären während weniger Stunden pro Tag denkbar und auch zumutbar. Eine Wiedereingliederung dürfte bei chronischem Schmerzsyndrom an der HWS und LWS sehr schwierig sein (IV-Nr. 86 S. 2 ff.).

5.23 RAD-Ärztin Dr. med. Q. ___, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. April 2019 fest, insgesamt sei es seit den Jahren 2005 und 2010 zu einer Verschlechterung der somatischen Situation gekommen. Wegen der fortgeschrittenen Degenerationen hätten in den Jahren 2016 und 2018 Operationen an der Wirbelsäule stattgefunden. Es persistierten seither weiterhin Schmerzen, die jedoch nicht vollständig durch die somatischen Befunde alleine erklärt werden könnten. Bezüglich der psychischen Situation seien keine aktuellen fachärztlichen Berichte vorhanden. Von der wirbelsäulenchirurgischen Seite her werde eine Tätigkeit in einem angepassten Tätigkeitsbereich für wenige Stunden pro Tag als zumutbar erachtet. Die Hausärztin schätze die Versicherte für jegliche Tätigkeiten als nicht mehr arbeitsfähig ein. Aufgrund

der Unstimmigkeiten und der komplexen gesundheitlichen Situation müsse die Einschätzung der möglicherweise verbleibenden zumutbaren Restarbeitsfähigkeit im interdisziplinären Kontext erfolgen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit seien erst nach der polydisziplinären Begutachtung möglich (IV-Nr. 90 S. 3 f.).

5.24 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der G.____ vom 12. Februar 2020 (Untersuchungen vom 30. und 31. Juli, 13. August, 18. September sowie 4. Dezember 2019) können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden:

«1. Chronisches lumbogluteales (lumbosakrales) Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5, M79.65, Z98.8), Status nach Dekompression und interkorporeller sowie dorsaler Spondylodese LWK3/4/5 am 19.05.2016 bei Spinalkanalstenose LWK4/5 bei degenerativer Olisthese und Stenose LWK3/4 (Orthopädie D.____ [...]), radiologisch mässige Spondylarthrose LWK5/SWK1 und weniger LWK2/3 ohne sicheren Hinweis für Neurokompression (CT 27.03.2017, Röntgen und MRI 25.09.2018); 2. Chronische zervikospondylogene Schmerzen beidseits (ICD-10 M54.2, M79.61, Z98.8), Status nach mikrochirurgischer Dekompression und ACIF HWK4/5/6/7 über einen antero-lateralen Zugang von links am 09.08.2018 bei fortgeschrittener Osteochondrose, Spondylose und Unkovertebralarthrose HWK4/5/6/7 mit foraminale Stenose HWK4/5 rechts und HWK5/6/7 beidseits (Dr. S. O.____, F.____), radiologisch kein sicherer Hinweis für radikuläre Affektion (Röntgen und MRI 25.09.2018); 3. Gonalgie beidseits, am ehesten bei CPPD (aktenanamnestische Diagnose) (ICD-10 M25.56, M11.2), Status nach arthroskopischer medialer Teilmenispektomie sowie Knorpelglättung am medialen Femurkondylus links am 12.05.2009, Status nach arthroskopischer medialer Teilmenispektomie und Knorpelglättung rechts am 04.03.2014, Status nach Knie-Teilprothese [recte: Totalprothese] links am 20.07.2017 bei Pangonarthrose, Status nach Knie-Totalprothese rechts am 11.12.2018 bei Pangonarthrose; 4. Osteoarthrose (ICD-10 M19.99) mit Fingerpolyarthrose, Status nach Gonarthrose, Talonavikulararthrose, Facettengelenksarthrose». Die weiteren gestellten Diagnosen (1. Episodischer Kopfschmerz seit fünf Jahren, wahrscheinlich zervikogen bedingt [ICD-10 G44.8]; 2. Status nach Medianusneurolyse links 05/2018 und rechts 03/2019 [ICD-10 G56.0]; 3. Adipositas Grad III [ICD-10 E66.92]; 4. Arterielle Hypertonie [ICD-10 I10.90]; 5. Hyperlipidämie [ICD-10 E78.5]; 6. Hepathopathie [ICD-10 K76.9]; 7. Vitamin D-Mangel [ICD-10 E55.9]; 8. Eisenmangel [ICD-10 E61.1]; 9. Gastroösophagealer Reflux [ICD-10 K21.9]; 10. Urgeinkontinenz [ICD-10 N39.42]; 11. Anamnestisch Stuhlinkontinenz [ICD-10 R15]; 12. Nikotinabusus [ICD-10 F17.1]; 13. Status nach Hysterektomie 2012 [ICD-10 Z41.9]; 14. Leichte depressive Episode [ICD-10 F32.0]; 15. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Die Krankheitsentwicklung wurde wie folgt zusammengefasst: Im Jahr 2003 seien Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule aufgetreten. Radiologisch seien degenerative Veränderungen und Diskushernien (C5/6 und L4/5) festgestellt worden. Spondylitisverdächtige Läsionen hätten sich mittels Skelettszintigraphie (2004 und 2017) und anhand von Entzündungsparametern nicht bestätigen lassen. Im Jahr 2016 seien wegen einer Spinalkanalstenose LWK4/5 bei einer degenerativen Olisthese und einer Stenose bei LWK3/4 eine Dekompression und Stabilisation mit interkorporeller und dorsaler

Spondylodese erfolgt. Im Jahr 2018 seien bei fortgeschrittener Osteochondrose, Spondylose und Unkovertebralarthrose HWK4/5/6/7 mit foraminale Stenose HWK4/5 rechts und HWK5/6/7 beidseits eine mikrochirurgische Dekompression und ACIF HWK4/5/6/7 (Anterior Cervical Interbody Fusion) durchgeführt worden. Rheumatologischerseits sei die Diagnose Fibromyalgie-Syndrom gestellt worden. Im Jahr 2005 seien Schmerzen an den Kniegelenken und Händen aufgetreten. Radiologisch bestehe der Verdacht auf eine Kalziumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung (CPPD) bei möglichem Hyperparathyreoidismus. Zunehmende Knieschmerzen hätten im Jahr 2009 am linken und im Jahr 2014 am rechten Knie zu arthroskopischen Eingriffen an den Menisci und am Gelenkknorpel geführt. Wegen einer fortschreitenden Kniegelenksarthrose sei es im Jahr 2017 am rechten (recte: linken) und im Jahr 2018 am linken (recte: rechten) Kniegelenk zur Implantation von Kniegelenktotalprothesen gekommen. Im Jahr 2018 sei das Karpaltunnelsyndrom links und im Jahr 2019 das Karpaltunnelsyndrom rechts operiert worden.

Zur Herleitung der aktuellen Diagnosen wurde dargelegt, die Explorandin verspüre seit vielen Jahren Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule und der Extremitäten. Aktenanamnestisch finde man als Beleg dafür, nebst einer Vielzahl von allgemein-internistischen und fachärztlich rheumatologischen, neurologischen/neurochirurgischen und orthopädischen Berichten, dazu passende radiologische Befunde. Aufgrund der aktuellen klinischen rheumatologischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen und der vorhandenen radiologischen postoperativen Röntgenbefunde liessen sich die Beschwerden der Explorandin im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule nicht vollumfänglich erklären. Weder liessen sich an der Hals- und Lendenwirbelsäule gravierende Einschränkungen in der Beweglichkeit feststellen, noch bestünden radiologisch nach den mehrsegmental durchgeführten Eingriffen im zervikalen oder lumbalen Wirbelsäulenbereich höhergradige Veränderungen im Sinne von Anschlussdegenerationen oder Zeichen einer radikulären Affektion. Auch aus neurologischer Sicht könnten keine eindeutigen sensomotorischen Defizite im Bereich der oberen und unteren Extremitäten nachgewiesen werden. Es sei jedoch nachvollziehbar, dass nach den mehrsegmentalen Eingriffen an der Hals- und Lendenwirbelsäule und infolge der ungünstigen Statik im Sinne einer vermehrten Beckenkipfung bzw. Fehlhaltung der LWS eine verminderte Belastbarkeit im Bereich der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule bestehe.

In den Jahren 2008/2009 seien zunehmend Beschwerden an beiden Kniegelenken aufgetreten und die Explorandin habe über vermehrte Schulter-, Hand-, Hüft- und Fusschmerzen geklagt. Nach arthroskopischer Teilmeniskektomie und Knorpelglättung im Jahr 2009 links sowie Teilmeniskektomie und Knorpelglättung im Jahr 2014 rechts hätten im Jahr 2017 (links) und im Jahr 2018 (rechts) bei Pangenarthrosen beidseits Knie-Totalprothesen implantiert werden müssen. Bei der aktuellen Untersuchung bestehe sowohl orthopädischerseits als auch rheumatologischerseits ein Flexionsdefizit und rheumatologischerseits zusätzlich eine leichte Überwärmung des rechten Kniegelenks, die, wie auch die Beschwerden an den Händen, auf eine Chondrokalzinose (CPPD/Kalziumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit) zurückzuführen sei. Dabei werde zwischen primären (unbekannte Ursache) und sekundären Formen unterschieden. Die primäre Form trete vorwiegend im Alter auf, vor allem bei Frauen und insbesondere nach operativen Eingriffen, wie bei der Explorandin. Für die sekundäre Form fehle eine

endokrinologische Ursache für die vermehrte Kalziumpyrophosphat-Ablagerung, ebenso fehlten Hinweise für andere assoziierte Begleiterkrankungen. Die aktuell eingeschränkte Beweglichkeit und die rezidivierend auftretenden Entzündungen infolge der Kristallarthropathie führten zu Einschränkungen bei der Belastbarkeit der Kniegelenke mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit.

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die neurologischerseits diagnostizierten, episodisch auftretenden Kopfschmerzen. Letztere bestünden erst seit fünf Jahren und könnten damit nicht einer Migräne zugeordnet werden. Sie seien wahrscheinlich zervikogen bedingt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei auch das im Jahr 2018 links und im Jahr 2019 rechts mittels Medianusneurolyse operierte Karpaltunnelsyndrom. Ebenso hätten die allgemein-internistischen Diagnosen einer Adipositas Grad III, einer arteriellen Hypertonie, Hyperlipidämie, Hepatopathie, eines Vitamin D- und Eisenmangels sowie der gastroösophageale Reflux, die Urin-(Urge)Inkontinenz, die anamnestische Stuhlinkontinenz, der Nikotinabusus und der Status nach Hysterektomie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Psychiatrischerseits werde aufgrund der Tatsache, dass sich das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, deswegen nicht mehr arbeiten zu können, mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren liessen, eine psychische Überlagerung der Schmerzen angenommen und die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt. Es bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, die bei der vorliegenden chronischen Schmerzproblematik eine Rolle spielen könnten. Im Vordergrund stehe eine angespannte finanzielle Situation und eine distanzierte Beziehung zum Ehemann, der bereits seit längerem krank sei und eine IV-Rente beziehe, mit dem die Explorandin jedoch eher weniger Gemeinsamkeiten habe, wie sie angegeben habe. Zusätzlich werde eine leichte depressive Episode diagnostiziert, die sich durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, aber auch durch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und frühmorgendliches Erwachen sowie Konzentrationsstörungen äussere. Die Depression habe sich bald nach der Schmerzproblematik und der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit entwickelt. In der Hamilton Depressionsskala erreiche die Explorandin einen Punktwert von 12, was einer leichten Depression entspreche, die keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe.

Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wurde Folgendes angegeben: Bedingt durch die operative Behandlung der Hals- und Lendenwirbelsäule bestünden Einschränkungen beim Tragen und Heben von Gewichten, sowohl beim Heben vom Boden bis auf Lendenhöhe wie auch beim Heben über Brusthöhe. Einschränkungen bestünden zusätzlich bei der Rotation der Hals- und Lendenwirbelsäule, beim vorgeneigten Sitzen und Stehen sowie bei längerem Sitzen und Stehen. Ebenfalls bestünden Einschränkungen beim Hantieren mit Werkzeugen. Die Kniegelenksbeschwerden verunmöglichten langes Gehen, Gehen auf unebenem Gelände und es komme zu Einschränkungen beim Treppensteigen. Die Einschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie im Bereich beider Kniegelenke wirkten sich in ihrer Kombination ungünstig auf die Gesamtbelastbarkeit aus, was zu einer mittelschweren Beeinträchtigung führe.

Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde vermerkt, im Verlauf der letzten 16 Jahre sei es zu einer progredienten Gewichtszunahme gekommen, was sich ungünstig auf die Schmerzen im Lumbalbereich sowie die Kniebeschwerden auswirke. Weitere Belastungsfaktoren seien die schwierige häusliche Situation mit dem kranken Ehemann und

IV-Rentenbezüger sowie die angespannte finanzielle Situation. Unterstützung erhalte die Explorandin von ihren beiden Kindern, die auch Eigentümer der Liegenschaft seien, in der die Explorandin zusammen mit ihrem Ehemann zu günstigen Bedingungen eine 5,5-Zimmer-Wohnung bewohne, sowie von einer guten Freundin, die sie zum Teil zu den Gutachtern begleitet habe. Ressourcen bestünden in einer Gewichtsabnahme, die sich positiv auf das Rückenleiden und die Kniebeschwerden, auf den Blutdruck, die Fettstoffwechselstörung, die Refluxbeschwerden und die Inkontinenzprobleme auswirken würde. Trotz ihrer Beschwerden sei die Explorandin in der Lage, selbstständig zu reisen (Reise in die Türkei) und kurze Strecken selbstständig Auto zu fahren. Die Explorandin selbst sehe sich aufgrund ihrer Beschwerden als nicht arbeitsfähig. Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor.

Die Konsistenzprüfung lautete wie folgt: Aus orthopädischer Sicht könnten die Druckdolenz am Stamm sowie im Schulter- und Hüftbereich beiderseits nicht klar nachvollzogen werden. Aus rheumatologischer Sicht dürfte es sich dabei um Verhärtungen in der Schultergürtelmuskulatur, im Nacken und im oberen Rückenbereich sowie um Verspannungen bei der Armabduktion handeln. Ansonsten gebe es aus somatischer Sicht keine Anhaltspunkte für wesentliche Inkonsistenzen. Im Rahmen der Begutachtung könne eine gewisse Verdeutlichung der Beschwerden beobachtet werden (häufiges Aufstehen und Herumgehen während der Untersuchung). Hinweise für eine Aggravation oder Simulation gebe es jedoch nicht. Hingegen erschienen die Einschränkungen des Aktivitätsniveaus zwischen dem beruflichen und privaten Bereich nicht als homogen und vergleichbar, weil sich die Explorandin einerseits sei vielen Jahren beruflich überhaupt nicht mehr betätige, andererseits durchaus aktiv sei im Haushalt und in der Freizeit. Trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen sei der Explorandin ein relativ hohes Aktivitätsniveau sogar mit Reisen in die Türkei möglich. Die bisher von somatischer Seite durchgeführten Therapiemassnahmen dürften als angemessen beurteilt werden. Die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln deute auf einen gewissen Leidensdruck hin. Psychiatrischerseits sei die Explorandin früher in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Gemäss ihren Angaben habe eine solche seit längerer Zeit nicht mehr stattgefunden. Eine medikamentöse antidepressive Behandlung werde durchgeführt. Die praktisch nicht bestimmbareren Medikamentenspiegel der antidepressiven Medikation im Rahmen der aktuellen Untersuchung wiesen aber auf eine schlechte Compliance hin.

Sodann wurde dargelegt, in den Akten werde über das Vorliegen einer Fibromyalgie und einer Spondylarthritis berichtet. Aus Sicht des rheumatologischen Teilgutachters bestünden bei der Explorandin die für eine Spondylarthritis typischen Symptome eines entzündlichen, tiefsitzenden Rückenschmerzes nicht und es fehlten vor allem die radiologisch nachweisbaren Entzündungen an der Wirbelsäule, dem Sakrum und den Gelenken (Szintigraphie 2004/2017 negativ). Die bestehenden chronischen Schmerzen seien durch die degenerativen Veränderungen erklärbar. Als Grunderkrankung werde von einer Osteoarthrose ausgegangen, die an verschiedenen Körperstellen in unterschiedlicher Ausprägung vorliege. Somit könne die Diagnose einer Spondylarthritis als überwiegend unwahrscheinlich beurteilt werden. Gegen das Vorliegen einer Fibromyalgie spreche, dass es sich dabei um eine Ausschlussdiagnose handle, d.h., es dürften keine anderen Erkrankungen vorliegen, die die Beschwerden der Explorandin anderweitig erklärten. Dies sei beim vorliegenden Krankheitsbild nicht der Fall. Die Beschwerden der Explorandin könnten durch die degenerativen osteoarthrotischen Gelenksveränderungen und die dadurch

bedingten Schmerzen in Form von myofaszialen Verspannungen und auch mit der durch die Kristallablagerung in den Gelenken getriggerten, vorübergehend auftretenden Entzündungen erklärt werden. Ferner sei es gut möglich, dass früher, wie in Austrittsberichten beschrieben worden sei, gegenüber der aktuell leichten depressiven Episode eine ausgeprägtere depressive Störung vorgelegen habe. Ein deutlich rezidivierender Verlauf mit Phasen von Verbesserung/Verschlechterung und symptomfreien Intervallen lasse sich jedoch nicht nachweisen. Auch die im interdisziplinären Gutachten aus dem Jahr 2005 beschriebene Klaustrophobie mit Angst vor Dunkelheit bestehe aktuell nicht mehr.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest, von 1989 bis 2003 sei die Explorandin als Betriebsarbeiterin mit der Montage von Telefonanlagen beschäftigt gewesen. Seit dem Jahr 2003 sei sie keiner geregelten Tätigkeit mehr nachgegangen. Für die frühere Montagetätigkeit ■ sofern diese dem Belastungsprofil gemäss rheumatologischem Fachgutachten entsprochen habe, körperlich sehr leicht und nicht mit Zwangshaltungen oder repetitiven, monotonen Bewegungsabläufen verbunden gewesen sei ■ sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Diese Einschränkung bestehe seit der Rückenoperation im Mai 2016. Dabei gelte es zu beachten, dass ab Mai 2016 (lumbaler Wirbelsäuleneingriff) für neun Monate, ab Juni 2017 (linksseitiger Kniegelenksersatz) für sechs Monate, ab Oktober (recte: August) 2018 (zervikaler Wirbelsäuleneingriff) für sechs Monate und ab Dezember 2018 (rechtsseitiger Kniegelenksersatz) für sechs Monate für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Über die weiter zurückliegenden Arbeitsfähigkeiten liessen sich aufgrund der vorhandenen Akten keine genauen Angaben machen.

In einer angepassten Tätigkeit ohne Überkopfarbeit mit nur seltenem Heben und Tragen von Gewichten bis 2 kg und ohne Tragen von Gewichten über 2 kg, ohne schwer grobmanuelle Tätigkeit, ohne Hand- und Schulterrotation sowie Vibration, ohne Arbeit über Kopfhöhe, ohne Rotation der Halswirbelsäule und des Rumpfes, ohne Knien und Kniebeuge, ohne länger dauerndes Sitzen und Stehen, ohne Gehen von längeren Strecken, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne Treppensteigen sowie ohne Arbeit in Kälte und Nässe bestehe aufgrund des rheumatologischen Leidens und dem damit verbundenen vermehrten Pausenbedarf wegen der belastungsabhängigen Schmerzen ebenfalls eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die gesamte Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bisherigen Tätigkeit sowie die 20%ige Arbeitsunfähigkeit in einer angepassten Tätigkeit seien vor allem durch das rheumatologische Leiden am Bewegungsapparat begründet.

Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 16. Februar 2010 wesentlich verändert hätten, hielten die Gutachter fest, gegenüber dem Jahr 2010 sei es zu einer weiteren Degeneration des Bewegungsapparates gekommen. Zwar seien die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und den Kniegelenken zwischenzeitlich chirurgisch behandelt worden, jedoch bestünden aufgrund der Grunderkrankung der Arthrose mit wahrscheinlicher Calciumpyrophosphaterkrankung, die in den arthrotischen Gelenken und in den Gelenken mit Gelenkersatz Entzündungen verursache, weiterhin Einschränkungen. Eine Arbeitstätigkeit im Umfang von 80 % sei daher nur bei Einhaltung des rheumatologischen Belastungsprofils zumutbar. Aus neurologischer Sicht sei der Explorandin bis anhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden, sodass

zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit von Seiten des Nervensystems nicht näher Stellung genommen werden könne. Aus allgemein-internistischer Sicht sei es seit dem Jahr 2010 zu einem Anstieg des Übergewichts von einem BMI von 35 kg/m² auf einen solchen von 40 kg/m² gekommen. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit dem 16. Februar 2010 in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 101.2 S. 5 ff.).

5.24.1 Der allgemein-internistische Teilgutachter, Dr. med. R. ____, FMH Allgemeine Innere Medizin, konnte in seinem Teilgutachten vom 13. August 2019 (Untersuchung vom 31. Juli 2019) aus allgemein-internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die diagnostizierten Leiden (Adipositas Grad III, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hepatopathie, Vitamin-D- und Eisenmangel, Gastroösophagealer Reflux, Urgeinkontinenz, anamnestisch Stuhlinkontinenz, Nikotinabusus, Status nach Hysterektomie 2012) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. med. R. ____ kam zum Schluss, die allgemein-internistischen Diagnosen seien plausibel und konsistent. Sie führten zu keinen Funktionseinbußen und hätten somit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Ressourcen für eine Teilnahme am beruflichen und privaten Leben seien nicht eingeschränkt. Im Längsschnittverlauf habe das Gewicht im Verlauf der letzten 16 Jahre laufend zugenommen. Die Explorandin sehe sich aufgrund ihrer derzeitigen Beschwerden als nicht arbeitsfähig. Aus allgemeininternistischer Sicht sei die Explorandin sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsarbeiterin in der Elektronikbranche als auch in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 101.4 S. 14 ff.).

5.24.2 Die rheumatologische Teilgutachterin, Dr. med. S. ____, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, stellte in ihrem Teilgutachten vom 21. Januar 2020 (Untersuchung vom 4. Dezember 2019) die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronische lumbosakrale Schmerzen (ICD-10 M54)», «Chronische cervicospondylogene Schmerzen beidseits (ICD-10 M54.2)», «Gonalgie bds. am ehesten bei CPPD (aktenanamnestische Diagnose) (ICD-10 M25.56, M11.2)» und «Osteoarthrose (ICD-10 M19.99)». Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, die Explorandin sei bereits seit vielen Jahren durch Schmerzen an den verschiedenen Körperlokalisationen auffällig gewesen. Mögliche Ursachen habe man im Bereich der Halswirbelsäule in Form einer deutlichen Bandscheibenprotrusion mit Eindellung des Myelons, Unkovertebralarthrosen und Osteochondrosen sowie Foraminalstenosen gefunden. Zusammenfassend seien die Segmente HWK 4 bis HWK 7 betroffen gewesen. Klare Radikulopathien hätten neurologischerseits nicht nachgewiesen werden können. Die Explorandin lasse offen, inwieweit diese Operation geholfen habe; zumindest sei es nicht schlechter geworden.

In der rheumatologischen Untersuchung finde man keine gravierenden Einschränkungen in der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und auch im Gespräch wirke die Explorandin hier nicht bewegungseingeschränkt. Auffällig seien Verhärtungen in der Schultergürtelmuskulatur, im Nacken und in der oberen Rückenregion. Dies führe auch zu Spannungen bei der Armabduktion beidseits. Die angegebenen Beschwerden in diesem Bereich könnten in der rheumatologischen Untersuchung nur durch die etwas auffällige Muskulatur abgeleitet werden. Sensomotorische Ausfälle an der oberen Extremität seien nicht klar den Halsoperationen zuzuordnen. Die Kraftminderung der rechten Hand sei einer lokalen Arthrose im Daumengrundgelenk zuzuordnen und dem bestandenen

Karpaltunnelsyndrom mit Hypothenaratrophy (vgl. neurologisches Teilgutachten).

Bei der Explorandin habe eine Spinalkanalstenose im Segment LWK 3 / LWK 4 multifaktorieller Ursache (degenerative Olisthese, Diskusprotrusion, Facettengelenkarthrose) bestanden. Auch hier lasse die Explorandin offen, ob die stattgehabte Operation ihr geholfen habe. In der aktuellen Untersuchung zeige die Explorandin keine Auffälligkeiten in der Beweglichkeit der LWS. Man finde hier eher leichte Schmerzen im Sakralbereich. Aufgrund des hohen Gewichts und des operierten Rückens seien lokale Schmerzen möglich, radikuläre Ausstrahlungen in die Beine und sensomotorische Ausfälle seien aber nicht mehr vorhanden. Hinsichtlich der Knie habe eine Pangoarthrose bestanden. Bereits in früheren Jahren sei zusätzlich eine Kalziumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit in den Händen und Knien ohne weitere endokrinologische Begleiterkrankungen festgestellt worden. Ein Vorliegen dieser Erkrankung in den Knien nach Meniskusoperationen und Implantation einer Knie-Totalprothese sei daher möglich. Aufgrund der Diagnose in bereits früheren Jahren seien anhaltende Beschwerden in den Knien sogar wahrscheinlich. Zum aktuellen Zeitpunkt habe man eine leichte Erwärmung rechts gefunden, beide Knie seien schmerzbedingt bewegungseingeschränkt gewesen durch eine Schwellung der Gelenke. Eine weitere Erklärung für persistierende Knieschmerzen wäre eine andere Kristallarthritis. Hinweise für Prothesenlockerungen oder chronische Protheseninfekte seien derzeit nicht ersichtlich. Die Kalziumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung gehöre ■ wie auch die Gicht ■ zu den Kristallarthritis. Vorzugsorte seien bereits von der Osteoarthrose betroffene Gelenke. Das Risiko für diese Erkrankung erhöhe sich nach Operationen und Arthroskopien, typischerweise an den Knien, wie dies auch bei der Explorandin der Fall sei. Insgesamt finde man keine Hinweise für genetische Erkrankungen in der Familienanamnese. Der für eine Spondylarthritis vorausgesetzte entzündliche Rückenschmerz liege bei der Explorandin nicht vor. Die chronischen Rückenschmerzen seien nachvollziehbar auf degenerative Veränderungen am Rücken zurückzuführen. Als Grunderkrankung sei die Osteoarthrose zu nennen, welche an verschiedenen Körperlokalisationen verschieden stark ausgeprägt vorliege. Eine entzündliche Veränderung habe von radiologischer Seite nicht beschrieben werden können und sich nach einem vorübergehenden ärztlichen Verdacht szintigrafisch in den Jahren 2004 und auch 2007 nicht bestätigen lassen. Die Diagnose einer Spondylarthritis könne als überwiegend unwahrscheinlich beurteilt werden. Gegen eine Fibromyalgie sprächen die fehlenden Fibromyalgie-Druckpunkte. Aktuell liessen sich die Beschwerden eher nachvollziehbar auf myofasziale Befunde zurückführen im Rahmen einer verspannten Muskulatur und degenerativer osteoarthrotischer Gelenkbeschwerden. Die Schmerzen in den Gelenken würden vorübergehend verstärkt durch eine Pyrophosphatkristalleinlagerung und durch diese getriggerte Entzündungen. Auffällige Gelenke seien zum Zeitpunkt der Exploration das CMC 1-Gelenk rechts und die Knie gewesen. Die Fibromyalgie sei eine Ausschlussdiagnose, die Beschwerden der Explorandin liessen sich in der Hauptsache durch die degenerativen Befunde am Bewegungsapparat erklären, insbesondere bei einer zusätzlich vorliegenden Calciumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit.

Der bisherige Verlauf wurde wie folgt beurteilt: Die anfängliche Verdachtsdiagnose einer Spondylarthropathie habe im weiteren Verlauf nicht standhalten können und habe verworfen werden müssen. Die Verdachtsdiagnose einer Calciumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit sei dagegen nachvollziehbar. Eine stringente symptomorientierte analgetische Behandlung sei wahrscheinlich nicht ausreichend

gewesen. Konsequente Steroidbehandlungen in Gelenken in Abständen seien nicht erfolgt. Eine Aufklärung über diese Erkrankung sei ebenfalls nicht erfolgt. Die Schmerzen an der HWS seien therapierefraktär gewesen unter der konservativen Behandlung. Bei neurokompressiven Befunden im MRI habe dies in eine operative Sanierung gemündet, von welcher die Explorandin nicht eindeutig habe profitieren können. Prinzipiell könne die Calciumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit auch an der Wirbelsäule Symptome verursachen, daneben kämen aber auch generelle Arthroseschmerzen sowie myofasziale Beschwerden, die in Abständen bedarfsangepasst analgetisch behandelt werden sollten, als chronische Schmerzverursacher in Frage.

Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, Inkonsistenzen habe man nicht finden können. Insgesamt sei die Darstellung der Beschwerden als übersteigert und übertrieben erschienen. Es sei von einer Symptomverdeutlichung auszugehen, was in Anbetracht der Situation, die Beschwerden dem Gutachter in relativ kurzer Zeit klar zu machen, menschlich nachvollziehbar sei. Eine Ressource wäre die Gewichtsreduktion und eine Verbesserung der körperlichen Aktivität. Von einer diesbezüglich niedrigen Kooperation sei auszugehen. Die Selbsteinschätzung der Explorandin und das Zutrauen in den eigenen Körper seien eher niedrig. Insgesamt hätten die operativen Sanierungen das allgemeine Schmerzempfinden nicht verbessern, aber auch nicht verschlechtern können, was nachvollziehbar sei, wenn die Hauptbeschwerden von der Osteoarthritis selbst herkämen mit zeitweiligen Exazerbationen durch die Kristallarthritis. Eine übersteigerte Schmerzwahrnehmung und Fehlverarbeitung seien aufgrund der übersteigerten und übertrieben wirkenden Darstellungsweise denkbar.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, in einer mittelschweren und schweren Tätigkeit (z.B. als Fabrikmitarbeiterin mit Zwangshaltungen und mit repetitiven monotonen Bewegungsabläufen) bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkung gelte seit der Rückenoperation im Jahr 2016 und werde aufrechterhalten durch die weiter entstandenen osteoarthrotischen Verschlechterungen am Bewegungsapparat und deren Konsequenzen. In einer angepassten, sehr leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung sei die Explorandin gemäss den nachfolgend ausgeführten Belastungsangaben 80 % arbeitsfähig; dies bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Gegenüber dem Jahr 2010 sei es zu einer weiteren Degeneration des Bewegungsapparates gekommen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr gegeben aufgrund der Grunderkrankung der Arthrose mit wahrscheinlicher Calciumpyrophosphaterkrankung, die in den arthrotischen Gelenken und in den Gelenken mit Gelenkersatz Entzündungen verursache (IV-Nr. 101.4 S. 47 ff.).

5.24.3 Der orthopädische Teilgutachter, Dr. med. T. ____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Teilgutachten vom 30. September 2019 (Untersuchung vom 18. September 2019) die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronisches lumbogluteales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/M79.65/Z98.8) und «Chronische Nacken-Schulterbeschwerden beidseits (ICD-10 M54.2/M79.61/Z98.8)». Die «Chronischen Kniebeschwerden beidseits (ICD-10 M79.66/Z98.8/Z96.6)» und der «Verdacht auf Schmerzausweitung (ICD-10 F45.41)» wurden als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Der orthopädische Teilgutachter gab zur Herleitung der Diagnosen an, die Explorandin beklage chronische Beschwerden an der lumbalen Wirbelsäule sowie am Gesäss beider Seiten, wobei es rechts

zur Ausstrahlung bis in den lateralen Unterschenkel komme. Nach dem bei Spinalkanalstenose und einer degenerativen Olisthese LWK4/5 sowie einer Stenose LWK3/4 vor drei Jahren durchgeführten mehrsegmentalen Eingriff sei es nur zu einer geringen Besserung gekommen. Auch nach an den Knien durchgeführtem arthroskopischem Eingriff sowie Gelenkersatz sei es nur zu einer Besserung von etwa 50 % gekommen. Geringer ausgeprägte Beschwerden bestünden im Nacken-Schulterbereich. Die bei mehrsegmentaler zervikaler Degeneration vor dreizehn Monaten durchgeführte Spondylodese habe zur mässigen Verbesserung geführt, wogegen ein Ameisenlaufen entlang des Rückens nachgelassen habe. Weiterhin ziehe die Symptomatik aber bis in die Schulterblätter. Im Verlauf nachgelassen hätten Beschwerden an den Endgelenken der Daumen und Zeigefinger beider Seiten. Im Alltag sei sie etwa bei Überkopfverrichtungen oder körperlich höheren Belastungen eingeschränkt. Sie könne keine klar lindernden Faktoren nennen. Nach der letztmals vor wenigen Wochen an der lumbalen Wirbelsäule durchgeführten Infiltration habe sich nur eine geringe Besserung eingestellt. Aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: Es bestehe ein rechtsseitiges, nicht klar reproduzierbares Hinken. Während der Zehengang knapp demonstriert worden sei, bleibe unklar, warum der Fersengang nicht gelinge. Bei der Untersuchung der thorako-lumbalen Wirbelsäule habe sich unter Gegenhalten eine klar eingeschränkte Beweglichkeit gezeigt, doch könne der initial deutlich vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine verbesserte Auslenkung im Langsitz relativiert werden. Auch an der Halswirbelsäule zeige sich kein höhergradiges funktionelles Defizit. An den Kniegelenken bestehe nach beidseitigem Gelenkersatz eine verminderte Flexion bei reizlosen Verhältnissen sowie rechts sehr straffer Bandführung und links vergleichsweise vermehrtem Gelenkspiel in der Frontalebene. Die übrigen Abschnitte der unteren sowie die oberen Extremitäten seien frei beweglich.

Im Weiteren legte der orthopädische Teilgutachter dar, die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden. Auffallend seien bezüglich Lokalisation und Intensität ebenso ausgedehnte wie schwer fassbar angegebene Druckdolenzen an der thorakolumbalen Wirbelsäule, an Rippen, Flanken, und in der Beckenregion beider Seiten. Die Explorandin setze die oberen Extremitäten im Langsitz spontan dazu ein, ihre Position zu wechseln, was mit einer höhergradigen Veränderung etwa im Handbereich kaum vereinbar sei. Auf radiologischer Ebene zeigten sich an der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule nach mehrsegmental durchgeführtem Eingriff keine höhergradigen Veränderungen im Sinne einer Anschlussdegeneration und keine Zeichen einer radikulären Affektion. Der Befund an den Iliosakralgelenken sei regelrecht. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollumfänglich begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei eine Minderbelastbarkeit der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule nach mehrsegmentalem Eingriff einerseits sowie bei ungünstiger Statik im Sinne einer vermehrten Beckenkipfung bzw. Fehlhaltung andererseits. Die im Sinne einer Ausstrahlung an Schulter und Gesäss beider Seiten angegebenen Beschwerden könnten auf rein orthopädischer Ebene allerdings nicht nachvollzogen werden. Insgesamt könne aufgrund der anamnestischen und klinischen Präsentation durchaus von einer gewissen nicht-organischen Beschwerdekomponente ausgegangen werden. Aufgrund der an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule durchgeführten Eingriffe sei durchaus eine

verminderte Funktion dieser Abschnitte mit entsprechendem Leistungsdefizit im Alltag und bei der Arbeit nachvollziehbar. Es resultierten daraus sowohl quantitative als auch qualitative Einschränkungen.

Bei der Beurteilung des bisherigen Verlaufs wurde ausgeführt, die Indikationsstellung zu den erfolgten Eingriffen könne soweit nachvollzogen werden. Insgesamt sei die Prognose hinsichtlich des weiteren Verlaufes aber angesichts der Hinweise für ein nicht-organisches Geschehen eher verhalten zu stellen. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, insbesondere die ausgedehnten und bezüglich Lokalisation und Intensität nicht klar fassbaren Druckdolenz an Stamm sowie Schulter- und Hüftbereich beider Seiten könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht klar nachvollzogen werden. Aufgrund der an der Wirbelsäule bestehenden Veränderungen sei durchaus eine Funktionsstörung samt quantitativer und qualitativer Einschränkung für Alltags- und Berufsausübung ableitbar.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, für körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau sowie die Einnahme von Zwangshaltungen sollten dabei vermieden werden. In diesem Sinne sei auch die zuletzt bei der Firma U. ___ ausgeübte Tätigkeit in diesem Umfang zumutbar. Die Beurteilung des Verlaufs der Arbeitsfähigkeit anhand anamnestischer Angaben und vorliegender Akten sei schwierig. Nach dem am 19. Mai 2016 durchgeführten lumbalen Wirbelsäuleneingriff sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, spätestens neun Monate postoperativ aber von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung für genannte Verrichtungen auszugehen. Nach dem am 20. Juni 2017 erfolgten linksseitigen Kniegelenksersatz sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, spätestens sechs Monate postoperativ aber wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum auszugehen. Auch nach dem am 6. August 2018 durchgeführten zervikalen Wirbelsäulengriff sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber sechs Monate nach dem am 11. Dezember 2018 erfolgten rechtsseitigen Kniegelenksersatz wiederum von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung auszugehen. Auch für andere körperlich sehr leichte Tätigkeiten im genannten Sinne bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Es könne seit dem Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 16. Februar 2010 im Wesentlichen von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Zwar dürfte es im Verlauf zur Zunahme der degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und Kniegelenken gekommen sein, doch seien diese zwischenzeitlich chirurgisch behandelt worden (IV-Nr. 101.5 S. 19 ff.).

5.24.4 Der neurologische Teilgutachter, Dr. med. V. ___, Facharzt FMH für Neurologie, konnte in seinem Teilgutachten vom 23. August 2019 (Untersuchung vom 30. Juli 2019) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm festgehaltenen Diagnosen «Episodische Kopfschmerzen seit fünf Jahren, wahrscheinlich zervikogen bedingt (ICD-10 G44.8)» und «Status nach Medianusneurolyse links 5/18 und rechts 3/19 (ICD-10 G56.0)» haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen legte der neurologische Teilgutachter dar,

die aktuelle klinisch neurologische Untersuchung zeige keine eindeutigen relevanten und objektivierbaren sensomotorischen Defizite. Man finde einige unspezifische Auffälligkeiten wie ein Absinken beidseits im Armhalteversuch ohne gleichzeitige Pronation, ein Vorbeizeigen im Fingernaseversuch beidseits sowie ein unsicherer Rombergversuch mit einem unsicheren Strichgang und einem Schonhinken beim Normalgang bei Status nach Knieprothesenoperation im Dezember 2018 auf der rechten Seite. Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht aktuell festgestellt werden, dass bei der Explorandin weiterhin keine eindeutigen sensomotorischen Defizite im Bereich der oberen oder unteren Extremitäten nachgewiesen werden könnten. Dementsprechend sei davon auszugehen, dass die Operationen an der Lenden- und Halswirbelsäule nicht zu bleibenden neurologischen Defiziten geführt hätten. Die Kopfschmerzen schildere die Explorandin im Prinzip wie eine Migräne, sie bestünden aber offenbar erst seit rund fünf Jahren, sodass ein zervikogener Kopfschmerz in dieser Situation als wahrscheinlicher angenommen werden könne. Diese Kopfschmerzen hätten aber keinen erkennbaren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten. Dies gelte ebenfalls für das beidseits operierte Karpaltunnelsyndrom, welches aktuell zu keinen erkennbaren negativen Konsequenzen für die Arbeitsfähigkeit mehr führe. Die Arbeitsfähigkeit sei für sämtliche Tätigkeiten von Seiten des Nervensystems zum aktuellen Zeitpunkt uneingeschränkt vorhanden bei ebenfalls normaler Leistungsfähigkeit.

Bei der Explorandin seien bis anhin zahlreiche Operationen am Bewegungsapparat, so an der oberen und unteren Wirbelsäule, an beiden Kniegelenken und auch am Karpaltunnel beidseits, durchgeführt worden. Die Interventionen hätten aber bis anhin nicht zu einer erkennbaren Verbesserung des subjektiven Beschwerdebildes geführt. Das von der Explorandin angegebene Beschwerdebild sei durchaus bunt und komplex, als gesundheitliches Hauptproblem beklage sie ihre Inaktivität und Probleme mit den Knochen im Sinne einer Arthrose. Aus neurologischer Sicht könnten diese Angaben nicht objektiviert werden. Die aktuelle klinisch neurologische Untersuchung zeige so wie die bisherigen neurologischen Voruntersuchungen keine objektivierbaren sensomotorischen Defizite. Die leichtgradigen Abnormitäten in der klinisch-neurologischen Untersuchung seien als unspezifisch einzustufen. Die Einschränkungen des Aktivitätenniveaus zwischen dem beruflichen und privaten Bereich erschienen nicht als homogen und vergleichbar, weil die Explorandin beruflich überhaupt nicht mehr aktiv sei seit vielen Jahren, andererseits aber die Haushaltsarbeiten weiterhin gemäss ihren Ausführungen gut erledigen könne. Aus neurologischer Sicht seien die körperlichen Ressourcen der Explorandin zurzeit nicht eingeschränkt. Sie fühle sich gesamthaft nicht gesund und dementsprechend auch nicht arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht könne diese Argumentation nicht nachvollzogen werden.

Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bis zum September 2003 habe in der Produktion von Telefonapparaten am Fließband bestanden, es habe sich hierbei um eine körperlich nicht schwere Tätigkeit gehandelt. Für diese Tätigkeit bestehe aktuell aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit und der Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht betrage aktuell die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit dementsprechend 100 %. Aus neurologischer Sicht sei aktuell keine angepasste Tätigkeit erforderlich, weil die Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht eingeschränkt sei (IV-Nr. 101.6 S. 13 ff.).

5.24.5 Der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. W.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte in seinem Teilgutachten vom 25. August 2019 (Untersuchung vom 13. August 2019) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm angegebenen Diagnosen «Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)» und «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen legte er dar, die Explorandin leide vor allem unter ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, weshalb sie sich nicht arbeitsfähig fühle. Das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Gemäss ICD-10 stünden dabei seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, deren Ausgangspunkt ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung sei, im Vordergrund des klinischen Bildes. Psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für den Schmerzgrad, die Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Vorliegend bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, welche eine Rolle spielen könnten bei einer chronischen Schmerzproblematik, die sich trotz Behandlungen auch mit verschiedenen operativen Eingriffen nicht bessere, einer angespannten finanziellen Situation und einer etwas distanzierten Beziehung zum seit längerer Zeit kranken Ehemann, der eine IV-Rente beziehe und mit dem sie gemäss ihren Angaben eher wenig Gemeinsamkeiten habe.

Es bestehe diagnostisch auch eine leichte depressive Episode. Bei der Beschwerdeführerin sei das Beschwerdebild gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen und Konzentrationsstörungen. Die Diagnose einer leichten depressiven Episode werde auch durch das Ergebnis der «Hamilton Depression Scale»-Testung gestützt. Die Depression habe sich bald nach der Schmerzproblematik und der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit entwickelt. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit, was gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Weder die leichte depressive Episode noch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren beeinträchtigten die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit. Die Schmerzproblematik werde bereits in den somatischen Fachgutachten ausreichend berücksichtigt, sodass sich aus psychiatrischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse. Eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit sei namentlich auch mit den täglichen Aktivitäten (weitgehende Besorgung der Haushaltsarbeiten, Kochen, Spaziergänge, Treffen mit Kollegin, Einkaufen, Reisen), die der Explorandin möglich seien und die sich auch im Mini-ICF-APP abbilden liessen, nicht vereinbar.

Zum Verlauf wurde erläutert, die Explorandin sei in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, wobei sie nun schon länger keinen Termin mehr wahrgenommen habe wegen der Schwierigkeiten, alleine mit dem Auto zur Behandlung zu fahren. Gemäss ihren Angaben wolle sie diese Behandlung aber weiterführen. Es bestehe eine antidepressive Medikation. Mit der Explorandin sollte aber

auch die regelmässige Medikamenteneinnahme besprochen werden. Die praktisch nicht bestimmbareren Medikamentenspiegel im Rahmen der aktuellen Untersuchung wiesen auf eine schlechte Compliance hin. Auch unter einer optimalen Behandlung werde kaum erreicht werden können, dass die Explorandin in absehbarer Zeit wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen werde, obschon sie durchaus Hoffnung auf eine Besserung habe. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung für die Wiederaufnahme einer Arbeit ungünstig.

Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, die Anamnese habe gut erhoben werden können. Die Explorandin habe sich gut helfen können, indem sie ihr Notizbüchlein bei der genauen Angabe von Lebensdaten zu Hilfe genommen habe. Die Explorandin fahre auch nach wie vor selber kürzere Strecken mit dem Auto, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Die Einschränkungen des Aktivitätensniveaus im beruflichen und privaten Bereich erschienen unterschiedlich. Die Explorandin betätige sich seit vielen Jahren beruflich überhaupt nicht mehr, sei aber weiterhin durchaus aktiv im Haushalt und in der Freizeit. Trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen sei ihr ein relativ hohes Aktivitätsniveau sogar mit Reisen in die Türkei möglich. Insgesamt lasse sich daher die subjektiv wahrgenommene eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht mit dem von der Explorandin geschilderten täglichen Aktivitätsniveau in Einklang bringen. Die Explorandin sei nie psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Eine Klaustrophobie und Angst vor Dunkelheit seien nicht ausgeprägt. Eine zusätzliche psychiatrische Arbeitsunfähigkeit könne nicht attestiert werden. Auch die täglichen Aktivitäten, denen die Explorandin nachgehe, liessen eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel erscheinen. Zu den Ressourcen und Belastungen wurde angegeben, arbeitsrelevante psychiatrische Funktionsstörungen liessen sich aktuell nicht feststellen. Die Explorandin sei dekonditioniert und es bestehe ein sozialer Rückzug. Indes bestünden auch Ressourcen, die ■ trotz einer deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung in der Selbsteinschätzung ■ eine Kompensation von dysfunktionalen Bewältigungsmustern und unzureichenden Behandlungserfolgen ermöglichen würden. So verfüge die Explorandin über Ressourcen bezüglich angelernter Arbeiten mit mehrjähriger ausserhäuslicher Berufserfahrung. Auch im Längsschnittverlauf zeige sich, dass die Explorandin durchaus über Ressourcen verfüge. So habe sie zusammen mit ihrem Ehemann eine Familie gegründet und zwei Kinder grossgezogen. Nach den Geburten der Kinder habe sie im Haushalt Hilfe von ihrer Mutter erhalten, sie habe dann aber langjährig ausserhäuslich zu 100 % gearbeitet. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs habe sie noch regelmässig Kontakte zu einer Kollegin, wie sie angegeben habe. Auch innerhalb der Familie habe sie gute Kontakte und erfahre Unterstützung durch ihre Kinder.

Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, die Explorandin könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 8 Stunden pro Tag anwesend sein. Dabei bestehe während dieser Anwesenheitszeit keine Einschränkung der Leistung. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 100 % (bezogen auf ein 100 %-Pensum). Auch im Verlauf könne eine anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Dies gelte auch für alle somatisch angepassten und den Fähigkeiten entsprechenden Verweistätigkeiten. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der Rentenaufhebung vom 16. Februar 2010 nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 101.6 S. 34 ff.).

5.25 Dem Bericht des X.____, Klinik für Kardiologie, vom 2. April 2020 können die Hauptdiagnose «V.a. koronare Herzerkrankung» sowie die Nebendiagnosen «Generalisierte Osteoarthrosen/vertebrale Osteochondrosen», «St.n. CTS Operation links 05/2018, rechts 04/2019», «Belastungsinkontinenz (Urin)» und «Chronische affektive Störung (Angst und Depression gemischt)» entnommen werden. Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin stelle sich für eine kardiologische Standortbestimmung wegen rascher Dyspnoe, nächtlicher Atemnotattacken und intermittierenden Anschwellens der Beine vor. Anamnestisch beschreibe die Patientin repetitives panisches Aufwachen in der Nacht mit stark verspürtem Herzpochen sowie ausgeprägter Atemnot. Auch bei psychischer Aufregung verspüre sie ihren Herzschlag stärker. Zur Beurteilung bzw. zum Verlauf wurde angegeben, klinisch sei die Patientin kardiopulmonal kompensiert. In der transthorakalen Echokardiographie (TTE) könne ein konzentrisch remodelter linker Ventrikel mit einer normalen systolischen LV-Funktion ohne Regionalitäten dargestellt werden. Es bestünden ebenfalls keine relevanten Klappenvitien. Um die körperliche Leistungsfähigkeit und einen eventuellen Sättigungsabfall objektivieren zu können, sei aktuell eine Ergometrie durchgeführt worden. Unerwartet sei die Untersuchung sowohl klinisch als auch elektrisch eindeutig positiv gewesen, mit rascher Besserung der Thorax-schmerzen nach einem Nitrohub, aber persistierender T-Wellen-Negativierung über der Vorderwand. Wegen der Persistenz der Repolarisationsstörung nach 6 Minuten sowie angesichts des ausgeprägten kardiovaskulären Risikoprofils sei der Patientin geraten worden, sich zur Durchführung einer Koronarographie direkt hospitalisieren zu lassen (IV-Nr. 107 S. 12 ff.).

5.26 Aus dem Austrittsbericht des X.____, Kardiologische Schwerpunktstation, vom 6. April 2020 über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1. bis 3. April 2020 gehen die Hauptdiagnosen «Koronare Herzerkrankung» und «Prä-Diabetes» sowie die Nebendiagnosen «Chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom», «Generalisierte Osteoarthrose», «V.a. anhaltende, somatoforme Schmerzstörung», «Belastungsinkontinenz», «Chronisch affektive Störung», «St.n. CTS Release links 05/2018, rechts 04/2019» und «St.n. Knie-TP links 2017, rechts 2018» hervor. Zur Beurteilung wurde dargelegt, die Patientin sei aus der hausinternen kardiologischen Sprechstunde zugewiesen worden, nachdem sie sich dort bei rezidivierenden Atemnotattacken, vor allem nachts, vorgestellt habe. Typische Thoraxschmerzen seien hingegen verneint worden. Die klinische Untersuchung sei nicht richtungsweisend gewesen. In der Herzkatheteruntersuchung vom 2. April 2020 sei eine koronare Herzerkrankung vorgelegen, mit einer hochgradigen Stenose des grossen proximalen RCx und einem Verschluss des mittleren RCx, der jedoch kollateralisiert gewesen sei mit einem relativ kleinen Versorgungsgebiet. Zusätzlich habe sich eine Stenose der proximalen RCA gezeigt. Die proximale RCx-Stenose und die RCA-Stenose seien mittels eines Drug-Eluting-Stents versorgt worden. Postinterventionell sei die Patientin auf der kardiologischen Schwerpunktstation überwacht worden, wobei keine nennenswerten Komplikationen aufgetreten seien. Die bei der Patientin bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren seien mit ihr besprochen worden. Eine Rauchstoppberatung sei von der Patientin nicht gewünscht worden. Bei einem festgestellten HbA1c-Wert von 6,2 % sei sie bezüglich Lifestyle-Massnahmen beraten worden. Eine Ernährungsberatung sei aktuell von der Patientin nicht gewünscht worden. Aufgrund der Dyslipidämie sei eine Therapie eingeleitet worden. Die Patientin habe am 3. April 2020 in gutem Allgemeinzustand in die weitere ambulante Behandlung der Hausärztin entlassen werden können (IV-Nr. 107 S. 3 ff.; vgl. auch Bericht über die Koronarangiographie, PTCA und Stentimplantation vom

2. April 2020, IV-Nr. 107 S. 8 ff.).

5.27 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. August 2020 fest, bei der Versicherten seien im April 2020 eine koronare Herzerkrankung mit der Verengung dreier Herzkranzgefässe festgestellt worden. Im Rahmen einer Koronar-angiographie seien zwei dieser Engstellen mittels Stent aufgeweitet worden, die dritte Engstelle sei konservativ behandelt worden. Die Pumpleistung des Herzens sei mit einer linksventrikulären Auswurfraction (LVEF) von 65 % gut (als Normalwert gelte eine LVEF von über 55 %). Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei durch die vorliegende koronare Herzerkrankung nicht begründet. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Gutachten der G.____ vom 12. Februar 2020 verändere sich dadurch nicht (IV-Nr. 109).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar. Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). Der Einkommensvergleich hat in der Regel in der Weise zu erfolgen, dass die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen ziffernmässig möglichst genau ermittelt und einander gegenübergestellt werden, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad bestimmen lässt (BGE 130 V 343 E. 3.4 S. 348 f., 128 V 29 E. 1 S. 30, 104 V 135 E. 2a und b S. 136 f.).

E. 3.1

Ändert sich der Invaliditätsgrad eines Rentenbezügers erheblich, so wird die Rente von Amtes wegen oder auf Gesuch hin für die Zukunft entsprechend erhöht, herabgesetzt oder aufgehoben (Art. 17 Abs. 1 ATSG). 3.2 Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 134 V 131 E. 3 S. 132 mit Hinweisen). Die Invalidenrente ist deshalb nicht nur bei einer wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes revidierbar, sondern auch dann, wenn sich die erwerblichen Auswirkungen des an sich gleich gebliebenen Gesundheitszustandes erheblich verändert haben. Ein Revisionsgrund ist ferner unter Umständen auch dann gegeben, wenn eine andere Art der Bemessung der Invalidität zur Anwendung gelangt oder eine Wandlung des Aufgabenbereichs eingetreten ist (BGE 130 V 343 E. 3.5 S. 349 f. mit Hinweisen). Unerheblich unter revisionsrechtlichem Gesichtswinkel ist dagegen nach ständiger Rechtsprechung die unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen unverändert gebliebenen Sachverhaltes (BGE 112 V 371 E. 2b S. 372; vgl. auch BGE 135 V 201 E. 5.2 S. 205). 3.3 Nach der Rechtsprechung sind diese Revisionsbestimmungen bei der rückwirkenden Zusprechung einer abgestuften oder befristeten Rente analog anwendbar, weil noch vor Erlass der ersten Rentenverfügung eine anspruchsbeflussende Änderung eingetreten ist mit der Folge, dass dann gleichzeitig die Änderung mitberücksichtigt wird. Wird rückwirkend eine abgestufte oder befristete Rente zugesprochen, sind einerseits der

Zeitpunkt des Rentenbeginns und andererseits der in Anwendung der Dreimonatsfrist von Art. 88a der Verordnung über die Invalidenversicherung (IVV, SR 831.201) festzusetzende Zeitpunkt der Anspruchsänderung die massgebenden Vergleichszeitpunkte. Die Verbesserung der Arbeitsfähigkeit aufgrund einer Angewöhnung oder Anpassung an die Behinderung kann auch ohne wesentliche Änderung des Gesundheitszustandes eine Rentenrevision rechtfertigen. Hingegen ist die lediglich unterschiedliche Beurteilung eines im Wesentlichen gleich gebliebenen Sachverhalts auch hier unbeachtlich (vgl. Urteile des Bundesgerichts 8C_678/2020 vom 10. Dezember 2020 E. 3.2., 8C_132/2020 vom 18. Juni 2020 E. 4.2.2., 8C_458/2017 vom 6. August 2018 E. 2. und 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2., je mit Hinweisen).

E. 4

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

4.2 Der Versicherungsträger und das Gericht haben die Beweise frei, das heisst ohne Bindung an förmliche Beweisregeln, sowie umfassend und pflichtgemäss zu würdigen. Für das Beschwerdeverfahren bedeutet dies, dass das Gericht alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden hat, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf es bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum es auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352; vgl. auch BGE 132 V 393 E. 2.1 S. 396). Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob dieser 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 Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 134 V 231 E. 5.1 S. 232).

4.3 Die Rechtsprechung erachtet es als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So ist einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender BeE._____tungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

5. Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 26. August 2021 rückwirkend eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. März 2019 bis 30. September 2019 zu; ab 1. Oktober 2019 wurde ein Rentenanspruch verneint. Streitig und zu prüfen ist, ob die Beschwerdeführerin ab 1. Oktober 2019 weiterhin Anspruch auf eine Invalidenrente hat. Wie erwähnt, gilt Art. 17 Abs. 1 ATSG auch im Rahmen der rückwirkenden Zusprechung einer befristeten

und/oder abgestuften Rente, also dort, wo rückwirkend aus einem einheitlichen Beschluss der IV-Stelle heraus gleichzeitig für verschiedene Zeitabschnitte Renten unterschiedlicher Höhe zuerkannt oder allenfalls aufgehoben werden. In solchen Fällen ist der Sachverhalt zum Zeitpunkt des Beginns der Rente mit demjenigen anlässlich der Herauf- oder Herabsetzung bzw. der Aufhebung der Rente zu vergleichen (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_375/2017 vom 25. August 2017 E. 2.2. mit Hinweisen). Nach erfolgter Neuanschreibung der Beschwerdeführerin vom 7. September 2018 (IV-Nr. 74) ist somit der medizinische Sachverhalt im Zeitpunkt des Rentenbeginns (1. März 2019) mit demjenigen im Zeitpunkt der Anspruchsänderung vom 10. Juni 2019 (sechs Monate nach dem rechtsseitigen Kniegelenkersatz vom 11. Dezember 2018 [vgl. IV-Nr. 89 S. 4 f.]; Art. 88a Abs. 1 IVV) zu vergleichen (vgl. E. II. 3.3 hiervor). Der aktuelle medizinische Sachverhalt präsentiert sich wie folgt:

5.1 Im Bericht der Orthopädie D. ___ (Dr. med. H. ___, leitender Arzt Wirbelsäulenchirurgie; Prof. Dr. med. I. ___, Leiter Wirbelsäulenchirurgie) vom 5. September 2016 (Sprechstunde für Wirbelsäulenchirurgie) wurden folgende Diagnosen gestellt: «Status nach Dekompression und Stabilisation, interkorporeller Spondylodese als auch dorsaler Spondylodese mit zusätzlicher percutaner Stabilisation L3 – L5 mit VIPER CFX-Schrauben vom 19.05.2016 bei Spinalkanalstenose L4/L5 bei degenerativer Olisthese und relativer bis absoluter Stenose L3/L4; Gonarthrose beidseits». Zur Zwischenanamnese wurde dargelegt, die Patientin komme zur geplanten klinisch-radiologischen Verlaufskontrolle. Die Rückenschmerzen seien insgesamt gut unter Kontrolle und auch die ausstrahlenden Schmerzen ins Bein seien komplett regredient. Trotzdem sei die Lebensqualität der Patientin äusserst schlecht, da sie kaum noch gehen könne aufgrund von massiven Kniebeschwerden. Bezüglich des Rückens werde noch Physiotherapie durchgeführt. Die aktuelle Röntgenuntersuchung der Lendenwirbelsäule in zwei Ebenen zeige stabile Verhältnisse ohne Materiallockerung oder -bruch. Es bestünden keine Hinweise für eine Anschlusssegmentdegeneration. Unter dem Titel «Beurteilung und Procedere» wurde dargelegt, bezüglich der LWS liege ein zufriedenstellendes Ergebnis vor. Es mache sicher Sinn, hier weiter physiotherapeutisch dranzubleiben und die Aktivitäten zu erhöhen, wie z.B. auch mit der Wassertherapie. Hinsichtlich der Knie scheine eine zeitnahe endoprothetische Versorgung wahrscheinlich unausweichlich zu sein. Von Seiten des Rückens sei vorerst keine Nachkontrolle vorgesehen (IV-Nr. 64 S. 12 f. bzw. 78 S. 7 f.).

5.2 Dr. med. J. ___, FMH Rheumatologie und allgemeine innere Medizin, stellte in seinem Bericht vom 28. Januar 2017 die Diagnosen «Fibromyalgie-Syndrom (psychiatrisch DD somatoforme Schmerzstörung)», «Generalisierte Osteoarthrosen/vertebral Osteochondrosen», «Mangel an Vitamin D3» sowie «Adipositas und arterielle Hypertonie» und hielt im Rahmen der Beurteilung im Wesentlichen fest, die Patientin klage über chronische Beschwerden in beiden Kniegelenken, im operierten unteren Rücken, in den Schultern und den Händen sowie generell über Schmerzen in den Knochen. Zur Charakterisierung dieser Beschwerden bediene sich die Patientin des Vergleichs mit einem «kaputten Glas» und «einschiessenden Stromschlägen». Die Schmerzintensität sei für die Patientin derart, dass ihre Lebensqualität zerstört werde und sie alltäglich auf die Hilfe ihrer Familienmitglieder angewiesen sei. Stehen oder Gehen gelinge nur bedingt, die Patientin erscheine in der Praxis mit einem Rollator. Bei der klinischen Untersuchung falle zuerst die ausgeprägte Adipositas auf. Entsprechend der Gewichtsbelastung imponierten erhebliche Schwierigkeiten bezüglich der Mobilität. Beide Kniegelenke wiesen Extensionsdefizite auf. Die Sonographie bestätige links einen moderaten Erguss, das rechte Kniegelenk sei ergussfrei. Ansonsten finde man bezüglich der peripheren Gelenke keine objektivierbare

pathologischen Befunde. Dieser Eindruck bestätige die veranlasste Skelettszintigraphie. Bezüglich der Wirbelsäule falle die Patientin durch ihre leicht nach vorne geneigte Haltung auf. Die lumbal operierte Wirbelsäule werde klinisch nicht weiter untersucht, vorbestehende Kernspintomographien gäben ausreichend Einblick in deren Strukturen. Die veranlasste Laboruntersuchung zum Ausschluss einer rheumatologischen Grunderkrankung falle einzig durch ein diskret erhöhtes C-reaktives Protein und Kreatinkinase auf. Das diskret erhöhte C-reaktive Protein sei angesichts der Adipositas mit Sicherheit nicht als pathologisch zu qualifizieren, der Wert der Kreatinkinase begründe für sich allein keine Muskelpathologie. Die Skelettszintigraphie sei zum Ausschluss einer bis aktuell okkulten Knochenerkrankung veranlasst worden, nicht zuletzt auch, um der ängstlich wirkenden Patientin mehr Sicherheit zu vermitteln. Zwölf Jahre nach der ersten rheumatologischen Abklärung und Behandlung könne eine entzündliche Grunderkrankung so zuverlässig wie praktisch möglich ausgeschlossen werden. Ein Teil der Beschwerden sei sicher den bilateralen Gonarthrosen und vertebral den Segmentdegenerationen zuzuschreiben, dies werde nachteilig beeinflusst von einer morbidem Adipositas. Hauptsächlich für die Beschwerden sei ein Fibromyalgie-Syndrom zu sehen, wenn nicht von psychiatrischer Seite eine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert worden sei. Rheumatologischerseits seien die Klassifikationskriterien für ein Fibromyalgie-Syndrom zweifelsohne erfüllt, andere plausible Ursachen seien nebst den Degenerationen mit ausreichender Sicherheit ausgeschlossen (IV-Nr. 64 S. 6 ff.).

5.3 Dr. med. K.____, Orthopädische Chirurgie und Traumatologie, stellte in seinem Bericht vom 13. Februar 2017 die Diagnosen «Pangonarthrose beidseits mit/bei Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie links 2009, Status nach medialer Teilmeniskektomie und Knorpelglättung rechts 2014», «Status nach Dekompression, Spondylodese und perkutaner Stabilisation L3/4 5/16», «Fibromyalgie Syndrom», «Chronifizierte depressive Episoden», «Arterielle Hypertonie» und «Adipositas». Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin äussere sich unzufrieden über den aktuellen Befund der Wirbelsäule, linksseitig habe sie wieder vermehrt Schmerzen, dies teilweise immobilisierend. Zudem bestünden Schmerzen in beiden Knien und Handgelenken sowie eine generelle Schwäche. Die Patientin habe von einem traumatisierenden Todesfall der Mutter sowie multiplen anderen psychosozialen Aspekten berichtet. Die Gehstrecke sei aktuell auch aufgrund der Kniegelenke auf wenige 100 Meter reduziert, eine normale Funktion im Alltag sei nicht möglich. Zum «Procedere» wurde angegeben, mit der Patientin und dem begleitenden Ehemann sei besprochen worden, dass klinisch und radiologisch eine ausgedehnte Gonarthrose vorliege, welche die Beschwerden im Bereich beider Knie verursache. Eine arthroskopische Operation bringe keinen Mehrwert. Die einzige Lösung wäre die Implantation einer Knie-Totalprothese zunächst links beim symptomatischen Knie und im weiteren Verlauf dann rechtsseitig. Die Patientin sei darauf hingewiesen worden, dass eine Implantation einer Knie-Totalprothese keine ganzheitliche Lösung, sondern nur ein kleiner Schritt auf dem Gesamtweg sein könne. Sie sei darüber orientiert worden, dass die Operation mit postoperativen Beschwerden und Physiotherapie sowie Training verbunden sei und ein Mitarbeiten für das gute «Outcome» wichtig sei (IV-Nr. 64 S. 4 f. bzw. 89 S. 15 f.).

5.4 Der behandelnde Psychiater Dr. med. L.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, stellte in seinem Bericht vom 22. Februar 2017 die Diagnosen einer rezidivierenden depressiven Störung, aktuell mittleren Grades, mit somatischem Syndrom (ICD-10 F33.11) und einer generalisierten Angststörung (ICD-10 F41.1). Die depressive Störung bestehe seit Januar 2016. Unter den geschilderten Umständen bestehe eine Arbeitsunfähigkeit der Patientin von zwischen 70 und 100 %

(IV-Nr. 64 S. 2 f.). 5.5 Im Bericht der Orthopädie D.____ vom 16. März 2017 wurde im Rahmen der Beurteilung und des Procedere dargelegt, es zeige sich hier wieder ein zunehmender tiefsitzender Rückenschmerz. Vom konventionell-radiologischen Bild her zeigten sich keine Veränderungen. Eine leichte Mehranreicherung in der Skelettszintigraphie erachte man als normal. Um konklusiv objektivierbare Pathologien im Bereich der Wirbelsäulenversteifung und auch darüber auszuschliessen, werde eine CT-Untersuchung empfohlen. Bezüglich der Kniegelenke wolle die Patientin abwarten, wie sich der Rücken entwickle (IV-Nr. 67 S. 8 f.). 5.6 Im Bericht der Orthopädie D.____ zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 21. März 2017 wurde angegeben, es habe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit vom 18. Mai 2016 bis 3. Juli 2016 bestanden. Der Gesundheitszustand verschlechtere sich. Eine ergänzende medizinische Abklärung sei angezeigt (IV-Nr. 67 S. 1 ff.). 5.7 Am 20. Juni 2017 führte Dr. med. K.____ eine Operation am linken Knie (Implantation einer Totalprothese, subtotale Synovektomie) in der Privatklinik E.____, [...], durch (vgl. Operationsbericht, IV-Nr. 89 S. 6). Im Austrittsbericht vom 26. Juni 2017 (Hospitalisation vom 20. Juni bis 26. Juni 2017) wurde dargelegt, intra- und postoperativ sei ein komplikationsloser Verlauf festzustellen gewesen. Die radiologische Stellungskontrolle der Knie-Totalprothese links habe achsengerechte Stellungsverhältnisse gezeigt. Die Patientin habe mit reizfreien Wundverhältnissen in die weitere Rehabilitation entlassen werden können (IV-Nr. 89 S. 2 f.). 5.8 Dr. med. K.____ stellte in seinem Bericht vom 9. August 2017 folgende Diagnosen: «Status nach Knie-TP links am 20.06.2017, Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmeniscektomie links 2009; Pangonarthrose rechts, Status nach medialer Teilmeniscektomie und Knorpelglättung rechts 2014; Status nach Dekompression, Spondylodese und perkutaner Stabilisation L3/4 5/16; Fibromyalgie Syndrom; Chronifizierte depressive Episode; Arterielle Hypertonie; Adipositas». Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin sei postoperativ zwei Wochen in der Rehabilitation gewesen, dies habe ihr gutgetan. Die Beweglichkeit habe sie deutlich steigern können, sie laufe aktuell nicht immer in Beugestellung beider Kniegelenke. Physiotherapie werde durchgeführt. Die Patientin mobilisiere bei langen Wegstrecken mittels Rollator oder an Unterarmgehstöcken. Zum Prozedere wurde vermerkt, es bestehe ein erfreulicher Verlauf, die Patientin habe von der Operation sehr profitiert. Die Beweglichkeit werde sich noch verbessern, ebenfalls die Mobilisationsfähigkeit. Es sollte auf eine gute Gangart geachtet werden, dies mit voller Flexion beider Kniegelenke. Die Physiotherapie sei fortzusetzen (IV-Nr. 89 S. 12 f.). 5.9 Im Bericht von Dr. med. K.____ vom 20. September 2017 wurde angegeben, die Patientin sei sehr zufrieden, die Schmerzen seien deutlich regredient gegenüber der Situation bei der letzten Konsultation im August 2017. Eine fixe Analgesie nehme sie nicht mehr wegen des linken Kniegelenks. Aktuell spüre die Patientin wieder vermehrt den Rücken; deswegen werde sie physiotherapeutisch behandelt. Zum Befund wurde angegeben, es bestehe ein gleichschrittiges, stabiles Gangbild am Rollator. Es seien reizlose Narbenverhältnisse am Knie links vorhanden, eine periartikuläre Überwärmung bestehe nicht. Das Kniegelenk sei stabil, ein Kniegelenkserguss sei nicht feststellbar. Zum Prozedere wurde dargelegt, es bestehe ein erfreulicher Verlauf mit deutlichen Fortschritten und guter Mobilisation des linken Kniegelenkes. Beim rechten Kniegelenk werde aktuell mit einer Operation noch zugewartet (IV-Nr. 78 S. 13 bzw. 89 S. 14). 5.10 Dr. med. M.____ (Neurologische Praxis [...]) stellte in ihrem Bericht vom 1. Februar 2018 folgende Diagnosen: «Senso-motorisches Carpaltunnelsyndrom bds., auf der rechten Seite mässiggradig mit Progredienz im Vergleich zum Dezember 2016, auf der linken Seite

leichtgradig mit tendenzieller Verbesserung; Dekompression und Stabilisation durch Spondylodese LWK 3 – 5 bei symptomatischer degenerativer Spinalkanalstenose L(3) – L5 re; Adipositas; Art Hypertonie». Zur aktuellen Anamnese wurde angegeben, trotz konsequenten Tragens der Handgelenksschienen bds. zur Nacht leide die Patientin unter einer Zunahme der Beschwerden, mit Einschlafen der Hände und Schmerzen vor allem nachts, aber auch tagsüber, teilweise mit Ausstrahlung bis zum Oberarm. Die Beurteilung lautete wie folgt: Es bestehe ein senso-motorisches Carpaltunnelsyndrom beidseits, auf der rechten Seite mässiggradig mit Progredienz im Vergleich zum Dezember 2016, auf der linken Seite leichtgradig mit tendenzieller Verbesserung. Klinisch und elektrophysiologisch bestünden keine Hinweise für eine Radikulopathie. Angesichts der Progredienz auf der rechten Seite trotz konsequenten Tragens einer Schiene werde entweder zusätzlich zur Schiene eine Infiltration des Carpaltunnels mit Cortison oder aber eine CTS-Operation (ev. linke Seite gleichzeitig operieren) erwogen (IV-Nr. 78 S. 11 f.). 5.11 Am 14. Mai 2018 wurde eine Carpaltunnelspaltung links durchgeführt. Dr. med. N.____, Facharzt FMH für Orthopädische Chirurgie, speziell Handchirurgie, hielt in seinem Bericht vom 5. Juni 2018 folgende Diagnosen fest: «Status nach Carpaltunnelspaltung links mit Besserung des neurologischen Befundes an der linken Hand und Persistieren einer radikulären Schmerzsymptomatik C5/6 links mit Ausstrahlung zum dorsalen Daumen; vorgesehen zur Carpaltunnelspaltung auch rechts». Im Weiteren legte er dar, nach der Operation links habe sich eine leichte Wundheilungsstörung der Narbe ergeben, welche jetzt stabil sei. Die periphere Sensibilität im Bereich habe sich normalisiert; diesbezüglich bestünden auch keine Nachtruhestörungen mehr. Jedoch seien weiterhin die Parästhesien und Kribbel-Missempfindungen über der Schulter mit Ausstrahlung bis in den Daumen vorhanden (IV-Nr. 78 S. 9 f.). 5.12 Im Bericht von Dr. med. O.____, Neurochirurgie FMH, vom 28. Juni 2018 wurden folgende Diagnosen angegeben: «Verdacht auf chronische Zervikobrachialgie beidseits» und «Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei: Osteochondrose, Spondylarthrose und Spinalkanalstenose L2/3, Spondylarthrose L5/S1, St.n. Dekompression, TLIF und transpedikuläre Spondylodese L3-5 beidseits vor 2 Jahren an der Klinik D.____, Lumbosakrale Übergangsanomalie Castellvi Typ II A, Übergangswirbel L5, Nearthros links». Als «weitere Diagnosen» wurden ein «St.n. Carpaltunnelspaltung links am 14.05.2018, Carpaltunnelspaltung rechts geplant», «Platzangst», ein «St.n. Knie-TP links bei medialer Gonarthrose bei Valgusstellung» und «Auch fortgeschrittene Gonarthrose rechts bei Valgusstellung» aufgelistet. Zur Anamnese wurde dargelegt, bei der Patientin sei vor vier Wochen ein Carpaltunnelsyndrom operiert worden. Postoperativ sei es gemäss den Angaben der Patientin zu einer kompletten Erholung von Gefühlsstörungen in Zeige-, Mittel-, Ring- und Kleinfinger der linken Hand gekommen und zu einer partiellen Erholung von Gefühlsstörungen im Daumen. Auch in der rechten Hand habe sie Gefühlsstörungen mit Kribbeln in allen fünf Fingern. Auch hier sei offenbar eine Carpaltunnelspaltung vorgesehen. Anamnestisch habe die Patientin auch seit Jahren eine Zervikobrachialgie beidseits mit Ausstrahlung bis in den Daumen. Die Patientin kenne diesbezüglich seit langem keine schmerzfreien Momente mehr. Sie leide auch an einem chronischen lumbalen Schmerzsyndrom bei Zustand nach Dekompression und Stabilisation L3 – 5. Postoperativ seien zwei Infiltrationen im D.____-Spital erfolgt, wobei die erste keine wesentliche Besserung, die zweite eine wesentliche Besserung für ein bis zwei Wochen gebracht habe. Auch im rechten Knie habe die Patientin anhaltend starke Schmerzen und sei hauptsächlich deshalb in der Gehfähigkeit massiv eingeschränkt. Zum CT der LWS vom 27. März 2017 wurde angegeben, es bestünden regelrechte postoperative

Verhältnisse ohne Hinweise auf Lockerungen oder einen Bruch der Schrauben. Es seien radiologische Zeichen des intervertebralen Durchbaus L3/4 und L4/5 vorhanden. Es bestünden eine Osteochondrose, eine Spondylarthrose und eine Spinalkanalstenose L2/3 sowie eine Spondylarthrose L5/S1. Dr. med. O. ___ führte aus, in der Tat könne er den klinischen Verdacht auf eine chronische Zervikobrachialgie beidseits bestätigen. Er habe der Patientin vorerst die bildgebende Abklärung der Halswirbelsäule empfohlen. Falls die Indikation für die Operation des CTS rechts eindeutig sei, bestehe kein Grund, diese zu verschieben (IV-Nr. 86 S. 17 f.). 5.13 Aus dem Bericht von Dr. med. O. ___ vom 4. Juli 2018 geht hervor, die MRI-Untersuchung der Halswirbelsäule bestätige das Vorliegen von schweren Degenerationen mit fortgeschrittenen Osteochondrosen, Spondylosen und Unkovertebralarthrosen C4/5, C5/6 und C6/7 mit Foramenstenosen C4/5 rechts, C5/6 und C6/7 beidseits. Auch der Spinalkanal sei bei C5/6 fortgeschritten stenosiert; es liege aber noch keine Myelopathie vor. Diese eindrücklichen Befunde könnten die langjährigen Nacken- und Schulterschmerzen und auch die Ausstrahlungen in beide Arme mit Kribbelgefühlen natürlich sehr gut erklären. Die geplante CTS-Operation auf der rechten Seite habe die Patientin nun etwas voreilig abgesagt. An sich hätte durchaus zuerst die ohnehin nötige Karpaltunnel-Spaltung erfolgen können, bevor die umfangreichere Operation an der Halswirbelsäule mit Dekompression und ACIF C4/5, C5/6 und C6/7 durchgeführt werde. Die Patientin wünsche nun aber ein umgekehrtes Vorgehen (IV-Nr. 86 S. 15 f.). 5.14 Am 6. August 2018 nahm Dr. med. O. ___ im F. ___-Spital, [...], den zervikalen Wirbelsäuleneingriff vor (Mikrochirurgische Dekompression und ACIF C4/5, C5/6 und C6/7; vgl. Operationsbericht vom 6. August 2018, IV-Nr. 86 S. 12 ff.). Im Bericht vom 11. August 2018 wurde ausgeführt, der Eingriff sei komplikationslos erfolgt. Intraoperativ habe eine schöne Dekompression und Stabilisation erreicht werden können. Der postoperative Frühverlauf sei ausgesprochen erfreulich gewesen. Die Patientin habe über eine weitgehende Progredienz der radikulären Beschwerden berichten können. Sie sei problemlos mobil geworden. Sie habe im Verlauf mehrfach noch persistierende Gefühlsstörungen im linken Daumen und Zeigefinger ähnlich präoperativ bei ansonsten deutlich verbesserten Beschwerden in beiden Armen erwähnt. Die Röntgenkontrolle mit Halswirbelsäule a.p./seitlich vom 7. August 2018 habe regelrechte postoperative Befunde mit einer sehr schönen Dekompression gezeigt (Entfernung des Processus uncinatus C4-7 beidseits) und Wiederherstellung der Segmenthöhen und Segmentlordosen C4-7). Bei Austritt sei die Patientin schmerzarm, vollmobilisiert und weitgehend selbstständig gewesen (IV-Nr. 86 S. 10 f.). 5.15 Dr. med. K. ___ hielt in seinem Bericht vom 12. September 2018 folgende Diagnosen fest: «Pangonarthrose rechts, Status nach Knie-TP links am 20.06.2017, Pangonathrose beidseits mit/bei Status nach Kniearthroskopie und medialer Teilmeniskektomie links 2009, Status nach medialer Teilmeniskektomie und Knorpelglättung rechts 2014; Status nach Dekompression, Spondylodese und perkutaner Stabilisation L3/4/ 5/16; Fibromyalgie Syndrom; Chronifizierte depressive Episode; Arterielle Hypertonie; Adipositas; Status nach Mikrodisektomie, Dekompression, intervertebrale Cage-Version C4/5, C5/6, C6/7 am 06.08.2018; CTS rechts». Zur Anamnese wurde vermerkt, die Patientin berichte über Schmerzen im Bereich der unteren LWS, des rechten Kniegelenkes sowie in der rechten Hand. Die nächtliche Ruhe sei deutlich gestört, hier vor allem durch die Schmerzen im Bereich der rechten Hand. Der Rücken und das rechte Knie schmerzten bei der Mobilisation. Hier seien langfristig Operationen für Hand, Knie und Rücken geplant. Zudem leide die Patientin unter einer Inkontinenz, welche auch operiert werden müsste. Zum Procedere wurde festgehalten, der Patientin sei geraten

worden, zuerst die Operation der Harnblase durchführen zu lassen und anschliessend das rechte Karpaltunnelsyndrom «releasen» zu lassen. Hierdurch werde sich wahrscheinlich für die weiteren Operationen mit stationärem Verlauf eine Linderung der Symptomatik und ein einfacheres Handling nach möglicher Knie-TP-Implantation erzielen lassen (IV-Nr. 78 S. 5 f. bzw. 89 S. 7 f.). 5.16 Im Bericht von Dr. med. O.____ vom 20. September 2018 wurde zur Verlaufs-anamnese angegeben, es sei erfreulich, dass es der Patientin besser gehe als vor der Operation. Die brachialgiformen Schmerzen im linken Arm und die Parästhesien («Ameisen») in beiden Armen seien seit der Operation komplett regredient. In den ersten zwei Wochen nach der Operation habe die Patientin auch im rechten Arm keine Schmerzen gehabt, danach hätten sich erneut altbekannte Beschwerden mit «Einschlafen» und «Stromgefühl» in der gesamten rechten Hand (alle Finger betroffen) und gelegentliche, einschliessende Schmerzen im rechten Arm ventral («wie eine Linie») eingestellt. Am linken Daumen beschreibe die Patientin nach wie vor ein subjektives Beugedefizit. Im Weiteren beschreibe sie ein noch störendes Fremdkörpergefühl im Hals bei normaler Stimme. Am Nacken habe sie weniger Schmerzen als vor der Operation, doch im Bereich der Brust- und Lendenwirbelsäule habe sie starke Schmerzen. Im rechten Bein habe die Patientin von lumbal her ausstrahlende Schmerzen in den lateralen Ober- und Unterschenkel. Das rechte Knie mache beim Belasten zusätzliche Schmerzen bei bekannter fortgeschrittener Gonarthrose. Unter dem Vermerk «Beurteilung und Prozedere» wurde dargelegt, postoperativ komplett regredient seien die Brachialgie links und die Parästhesien in beiden Armen. Rezidiert nach zweiwöchigem beschwerdefreiem Intervall seien allerdings Gefühlsstörungen der rechten Hand mit Beteiligung aller Finger und eine intermittierende Brachialgie rechts. Zur Verlaufskontrolle und sicheren Bestätigung der ausreichenden Dekompression sei ein nochmaliges MRI der Halswirbelsäule angemeldet worden (IV-Nr. 78 S. 3 f. bzw. 86 S. 8 f.). 5.17 Im Bericht vom 25. September 2018 hielt Dr. med. O.____ zum Verlauf fest, die radiologischen Verlaufskontrollen der Halswirbelsäule bestätigten, dass die Platzverhältnisse in den Neuroforaminae postoperativ deutlich besser seien als präoperativ. Er finde anhand der Bildgebung keine Erklärung für die noch vorhandenen brachialgiformen Beschwerden im rechten Arm und das «Einschlafen» sowie das «Stromgefühl» in der gesamten rechten Hand. Die eingebrachten Cages zeigten eine korrekte Implantat-Lage, unverändert zur unmittelbar postoperativen Röntgen-Kontrolle. An der Lendenwirbelsäule bestätigten sich die Degenerationen der Anschlusssegmente mit Spondylarthrose L5/S1 beidseits, Osteochondrose und Spondylarthrose L2/3 mit mässiger Spinalkanalstenose, weniger auch bei L1/2. Erhebliche Nervenwurzelkompressionen seien aber nicht vorhanden. Die Patientin habe offenbar aktuell mit der Hausärztin die bevorstehenden Operationen an der Blase, der Hand rechts und am Knie besprochen. Aus seiner Sicht sei weder an der Hals- noch an der Lendenwirbelsäule eine dringliche Massnahme erforderlich. Bei Bedarf wären infiltrative Behandlungsversuche möglich (IV-Nr. 86 S. 6 f.). 5.18 Die behandelnde Hausärztin, Dr. med. P.____, Innere Medizin FMH, hielt in ihrem Bericht zu Handen der IV-Stelle vom 27. September 2018 fest, seit der letzten Ablehnung des Leistungsanspruchs hätten sich bei der Patientin tatsächlich neue und erheblich beeinträchtigende medizinisch nachvollziehbare Beschwerden ergeben. Die Art der medizinisch begründeten Leistungsminderungen seien in diesem Fall nicht akut, sondern über die Jahre entstanden und hätten sich in den letzten Monaten / Jahren so verschlechtert, dass nun nachweisbar strukturelle, die zunehmenden Schmerzen begründende Veränderungen vorhanden seien (IV-Nr. 78 S. 1 f.). 5.19 Laut dem Bericht von Dr. med. K.____ vom 27. November 2018

berichtete die Patientin über progrediente Schmerzen im Bereich des rechten Kniegelenks, sodass sie aktuell mit dem Wunsch der baldigen Knie-Totalprothesen-Implantation komme. Sie leide unter einem nächtlichen Ruheschmerz nicht nur im Bereich des rechten Kniegelenkes, sondern auch im Rücken und der HWS. Zudem bestünden belastungsabhängige Schmerzen im rechten Knie, unter Belastung könne sie das rechte Kniegelenk nicht mehr strecken. Zum Procedere wurde dargelegt, mit der Patientin und dem begleitenden Ehemann sei die Knie-Totalprothesen-Implantation rechts besprochen worden. Geplant sei der Eingriff am 11. Dezember 2018 in der Privatklinik E.____ (IV-Nr. 85 S. 8 bzw. 89 S. 9). 5.20 In ihrem Bericht zu Händen der IV-Stelle vom 27. November 2018 gab die Hausärztin Dr. med. P.____ an, sie behandle die Patientin seit Januar 2015. Sie habe keine Arbeitsunfähigkeit attestiert, da nie ein Arbeitsverhältnis bestanden und die Patientin sich auch nicht in der Lage gefühlt habe, in ein Arbeitsverhältnis einzutreten. Hätte sich die Frage nach einer Arbeitsunfähigkeit gestellt, hätte sie aus verschiedenen, sich zum Teil summierenden Gründen durchgehend eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert. Zur medizinischen Situation legte die Hausärztin dar, bei der Patientin dominierten körperliche Beschwerden, welche jedoch begleitet seien von zum Teil erheblichen psychischen Beeinträchtigungen. Im Laufe der Jahre hätten sich die körperlichen Beschwerden durch die Zunahme der Polyarthrosen erheblich verstärkt. In den letzten Jahren seien die LWS versteift, die HWS operiert, eine Knieprothese eingesetzt, ein CTS operiert und eine gynäkologische Operation durchgeführt worden. Die Patientin leide unter Schmerzen in der LWS, den Beinen, im Kopf und in den Händen und unter reduzierter Gehfähigkeit sowie eingeschränkter Konzentrationsfähigkeit. Es bestünden eine ausgeprägte Adipositas, ein Gangbild in leichter Hüft- und Knieflexion beidseits sowie ein Schonhinken rechts, ein paravertebraler Muskelhartspann sowie eine eingeschränkte LWS- und HWS-Beweglichkeit. Soweit beurteilbar, sei eine schwach ausgeprägte Skelettmuskulatur bei einer schmerzbedingt erheblichen Dekonditionierung vorhanden. Als Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) wurden Polyarthrosen wahrscheinlich primär und sekundär metabolisch mit teils schweren degenerativen Veränderungen der Wirbelsäule, Gonarthrosen, Fingerpolyarthrosen, ein CTS beidseits sowie eine chronische depressive Störung gemischt mit Angst und eine morbide Adipositas angegeben. Die Stress- und Urgeinkontinenz wurden als Diagnosen ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit vermerkt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit wurde mit «schlecht» angegeben. Zur beruflichen Situation wurde angegeben, die Patientin habe ehemals zu 100 % als Betriebsmitarbeiterin gearbeitet, aktuell sei sie nicht auf Arbeitssuche wegen der schlechten gesundheitlichen Situation. Aufgrund der Schmerzzunahme unter Belastung und schlechter Gehfähigkeit sowie reduzierter Beweglichkeit und Schmerzen in den Fingern bestehe aktuell keine Möglichkeit, die angestammte Tätigkeit weiterhin auszuüben. Hinzu kämen Konzentrationsschwierigkeiten wegen der Schmerzen. Die Patientin spreche recht gut Deutsch und sei freundlich. Eine angepasste Tätigkeit sei nicht zumutbar. Die Prognose zur Eingliederung sei schlecht. Schmerzen, Funktionseinschränkungen und eine Dekonditionierung stünden einer Eingliederung im Weg (IV-Nr. 85 S. 1 ff.). 5.21 Am 11. Dezember 2018 wurde die Beschwerdeführerin am rechten Knie operiert (Knie-Totalprothesen-Implantation rechts; Hospitalisation vom 11. bis 17. Dezember 2018). Zur Operationsindikation wurde angegeben, bei der Patientin hätten jegliche konservativen Massnahmen nicht mehr angeschlagen, sodass eine Knie-Totalprothesen-Implantation indiziert gewesen sei. Zum postoperativen Verlauf wurde festgehalten, es sei intra- und postoperativ ein komplikationsloser Verlauf

festzustellen gewesen. Es bestehe eine problemlose Mobilisation an Unterarmgehstöcken. Es seien achsengerechte Stellungsverhältnisse der Knie-Totalprothese im postoperativen Röntgenbild ersichtlich. Als Nachbehandlung wurden Physiotherapie und klinische sowie radiologische Kontrollen angegeben (vgl. Operations- und Austrittsbericht vom 14. Dezember 2018, IV-Nr. 89 S. 4 f.). 5.22 Dr. med. O.____ stellte in seinem Bericht zu Händen der Beschwerdegegnerin vom 6. Januar 2019 die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronische Zervikobrachialgie beidseits, links regredient, bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen der HWS» und «Chronisches lumbales Schmerzsyndrom bei multisegmentalen degenerativen Veränderungen der LWS». Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit lautete wie folgt: Eine Wiederaufnahme der Arbeit sei insbesondere längerfristig nicht realistisch. Zweifel an der Fahreignung gebe es nicht. Zum Potenzial für die Eingliederung wurde dargelegt, leichte Arbeiten wären während weniger Stunden pro Tag denkbar und auch zumutbar. Eine Wiedereingliederung dürfte bei chronischem Schmerzsyndrom an der HWS und LWS sehr schwierig sein (IV-Nr. 86 S. 2 ff.). 5.23 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____, Fachärztin für Arbeitsmedizin, hielt in ihrer Stellungnahme vom 18. April 2019 fest, insgesamt sei es seit den Jahren 2005 und 2010 zu einer Verschlechterung der somatischen Situation gekommen. Wegen der fortgeschrittenen Degenerationen hätten in den Jahren 2016 und 2018 Operationen an der Wirbelsäule stattgefunden. Es persistierten seither weiterhin Schmerzen, die jedoch nicht vollständig durch die somatischen Befunde alleine erklärt werden könnten. Bezüglich der psychischen Situation seien keine aktuellen fachärztlichen Berichte vorhanden. Von der wirbelsäulenchirurgischen Seite her werde eine Tätigkeit in einem angepassten Tätigkeitsbereich für wenige Stunden pro Tag als zumutbar erachtet. Die Hausärztin schätze die Versicherte für jegliche Tätigkeiten als nicht mehr arbeitsfähig ein. Aufgrund der Unstimmigkeiten und der komplexen gesundheitlichen Situation müsse die Einschätzung der möglicherweise verbleibenden zumutbaren Restarbeitsfähigkeit im interdisziplinären Kontext erfolgen. Angaben zur Arbeitsfähigkeit seien erst nach der polydisziplinären Begutachtung möglich (IV-Nr. 90 S. 3 f.). 5.24 Dem polydisziplinären (allgemein-internistischen, rheumatologischen, orthopädischen, neurologischen und psychiatrischen) Gutachten der G.____ vom 12. Februar 2020 (Untersuchungen vom 30. und 31. Juli, 13. August, 18. September sowie 4. Dezember 2019) können im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung (Konsensbeurteilung) folgende Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Chronisches lumboglutales (lumbosakrales) Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5, M79.65, Z98.8), Status nach Dekompression und interkorporeller sowie dorsaler Spondylodese LWK3/4/5 am 19.05.2016 bei Spinalkanalstenose LWK4/5 bei degenerativer Olisthesis und Stenose LWK3/4 (Orthopädie D.____ [...]), radiologisch mässige Spondylarthrose LWK5/SWK1 und weniger LWK2/3 ohne sicheren Hinweis für Neurokompression (CT 27.03.2017, Röntgen und MRI 25.09.2018); 2. Chronische zervikospondylogene Schmerzen beidseits (ICD-10 M54.2, M79.61, Z98.8), Status nach mikrochirurgischer Dekompression und ACIF HWK4/5/6/7 über einen antero-lateralen Zugang von links am 09.08.2018 bei fortgeschrittener Osteochondrose, Spondylose und Unkovertebralarthrose HWK4/5/6/7 mit foraminale Stenose HWK4/5 rechts und HWK5/6/7 beidseits (Dr. S. O.____, F.____), radiologisch kein sicherer Hinweis für radikuläre Affektion (Röntgen und MRI 25.09.2018); 3. Gonalgie beidseits, am ehesten bei CPPD (aktenanamnestische Diagnose) (ICD-10 M25.56, M11.2), Status nach arthroskopischer medialer Teilmenisektomie sowie Knorpelglättung am medialen Femurkondylus links am 12.05.2009, Status nach

arthroskopischer medialer Teilmeniskektomie und Knorpelglättung rechts am 04.03.2014, Status nach Knie-Teilprothese [recte: Totalprothese] links am 20.07.2017 bei Pangoarthrose, Status nach Knie-Totalprothese rechts am 11.12.2018 bei Pangoarthrose; 4. Osteoarthrose (ICD-10 M19.99) mit Fingerpolyarthrose, Status nach Gonarthrose, Talonavikulararthrose, Facettengelenksarthrose». Die weiteren gestellten Diagnosen (1. Episodischer Kopfschmerz seit fünf Jahren, wahrscheinlich zervikogen bedingt [ICD-10 G44.8]; 2. Status nach Medianusneurolyse links 05/2018 und rechts 03/2019 [ICD-10 G56.0]; 3. Adipositas Grad III [ICD-10 E66.92]; 4. Arterielle Hypertonie [ICD-10 I10.90]; 5. Hyperlipidämie [ICD-10 E78.5]; 6. Hepathopathie [ICD-10 K76.9]; 7. Vitamin D-Mangel [ICD-10 E55.9]; 8. Eisenmangel [ICD-10 E61.1]; 9. Gastroösophagealer Reflux [ICD-10 K21.9]; 10. Urgeinkontinenz [ICD-10 N39.42]; 11. Anamnestic Stuhlinkontinenz [ICD-10 R15]; 12. Nikotinabusus [ICD-10 F17.1]; 13. Status nach Hysterektomie 2012 [ICD-10 Z41.9]; 14. Leichte depressive Episode [ICD-10 F32.0]; 15. Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren [ICD-10 F45.41]) haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Krankheitsentwicklung wurde wie folgt zusammengefasst: Im Jahr 2003 seien Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule aufgetreten. Radiologisch seien degenerative Veränderungen und Diskushernien (C5/6 und L4/5) festgestellt worden. Spondylitisverdächtige Läsionen hätten sich mittels Skelettszintigraphie (2004 und 2017) und anhand von Entzündungsparametern nicht bestätigen lassen. Im Jahr 2016 seien wegen einer Spinalkanalstenose LWK4/5 bei einer degenerativen Olisthese und einer Stenose bei LWK3/4 eine Dekompression und Stabilisation mit interkorporeller und dorsaler Spondylodese erfolgt. Im Jahr 2018 seien bei fortgeschrittener Osteochondrose, Spondylose und Unkovertebralarthrose HWK4/5/6/7 mit foraminaler Stenose HWK4/5 rechts und HWK5/6/7 beidseits eine mikrochirurgische Dekompression und ACIF HWK4/5/6/7 (Anterior Cervical Interbody Fusion) durchgeführt worden. Rheumatologischerseits sei die Diagnose Fibromyalgie-Syndrom gestellt worden. Im Jahr 2005 seien Schmerzen an den Kniegelenken und Händen aufgetreten. Radiologisch bestehe der Verdacht auf eine Kalziumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung (CPPD) bei möglichem Hyperparathyreoidismus. Zunehmende Knieschmerzen hätten im Jahr 2009 am linken und im Jahr 2014 am rechten Knie zu arthroskopischen Eingriffen an den Menisci und am Gelenkknorpel geführt. Wegen einer fortschreitenden Kniegelenksarthrose sei es im Jahr 2017 am rechten (recte: linken) und im Jahr 2018 am linken (recte: rechten) Kniegelenk zur Implantation von Kniegelenktotalprothesen gekommen. Im Jahr 2018 sei das Karpaltunnelsyndrom links und im Jahr 2019 das Karpaltunnelsyndrom rechts operiert worden. Zur Herleitung der aktuellen Diagnosen wurde dargelegt, die Explorandin verspüre seit vielen Jahren Schmerzen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule und der Extremitäten. Aktenanamnestisch finde man als Beleg dafür, nebst einer Vielzahl von allgemein-internistischen und fachärztlich rheumatologischen, neurologischen/neurochirurgischen und orthopädischen Berichten, dazu passende radiologische Befunde. Aufgrund der aktuellen klinischen rheumatologischen, orthopädischen und neurologischen Untersuchungen und der vorhandenen radiologischen postoperativen Röntgenbefunde liessen sich die Beschwerden der Explorandin im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule nicht vollumfänglich erklären. Weder liessen sich an der Hals- und Lendenwirbelsäule gravierende Einschränkungen in der Beweglichkeit feststellen, noch bestünden radiologisch nach den mehrsegmental durchgeführten Eingriffen im zervikalen oder lumbalen Wirbelsäulenbereich höhergradige Veränderungen

im Sinne von Anschlussdegenerationen oder Zeichen einer radikulären Affektion. Auch aus neurologischer Sicht könnten keine eindeutigen sensomotorischen Defizite im Bereich der oberen und unteren Extremitäten nachgewiesen werden. Es sei jedoch nachvollziehbar, dass nach den mehrsegmentalen Eingriffen an der Hals- und Lendenwirbelsäule und infolge der ungünstigen Statik im Sinne einer vermehrten Beckenkipfung bzw. Fehllhaltung der LWS eine verminderte Belastbarkeit im Bereich der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule bestehe. In den Jahren 2008/2009 seien zunehmend Beschwerden an beiden Kniegelenken aufgetreten und die Explorandin habe über vermehrte Schulter-, Hand-, Hüft- und Fusschmerzen geklagt. Nach arthroskopischer Teilmenishektomie und Knorpelglättung im Jahr 2009 links sowie Teilmenishektomie und Knorpelglättung im Jahr 2014 rechts hätten im Jahr 2017 (links) und im Jahr 2018 (rechts) bei Pagonarthrosen beidseits Knie-Totalprothesen implantiert werden müssen. Bei der aktuellen Untersuchung bestehe sowohl orthopädischerseits als auch rheumatologischerseits ein Flexionsdefizit und rheumatologischerseits zusätzlich eine leichte Überwärmung des rechten Kniegelenks, die, wie auch die Beschwerden an den Händen, auf eine Chondrokalzinose (CPPD/Kalziumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit) zurückzuführen sei. Dabei werde zwischen primären (unbekannte Ursache) und sekundären Formen unterschieden. Die primäre Form trete vorwiegend im Alter auf, vor allem bei Frauen und insbesondere nach operativen Eingriffen, wie bei der Explorandin. Für die sekundäre Form fehle eine endokrinologische Ursache für die vermehrte Kalziumpyrophosphat-Ablagerung, ebenso fehlten Hinweise für andere assoziierte Begleiterkrankungen. Die aktuell eingeschränkte Beweglichkeit und die rezidivierend auftretenden Entzündungen infolge der Kristallarthropathie führten zu Einschränkungen bei der Belastbarkeit der Kniegelenke mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit seien die neurologischerseits diagnostizierten, episodisch auftretenden Kopfschmerzen. Letztere bestünden erst seit fünf Jahren und könnten damit nicht einer Migräne zugeordnet werden. Sie seien wahrscheinlich zervikogen bedingt. Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei auch das im Jahr 2018 links und im Jahr 2019 rechts mittels Medianusneurolyse operierte Karpaltunnelsyndrom. Ebenso hätten die allgemein-internistischen Diagnosen einer Adipositas Grad III, einer arteriellen Hypertonie, Hyperlipidämie, Hepatopathie, eines Vitamin D- und Eisenmangels sowie der gastroösophageale Reflux, die Urin-(Urge)Inkontinenz, die anamnestiche Stuhlinkontinenz, der Nikotinabusus und der Status nach Hysterektomie keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Psychiatrischerseits werde aufgrund der Tatsache, dass sich das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, deswegen nicht mehr arbeiten zu können, mit den somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren liessen, eine psychische Überlagerung der Schmerzen angenommen und die Diagnose einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren gestellt. Es bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, die bei der vorliegenden chronischen Schmerzproblematik eine Rolle spielen könnten. Im Vordergrund stehe eine angespannte finanzielle Situation und eine distanzierte Beziehung zum Ehemann, der bereits seit längerem krank sei und eine IV-Rente beziehe, mit dem die Explorandin jedoch eher weniger Gemeinsamkeiten habe, wie sie angegeben habe. Zusätzlich werde eine leichte depressive Episode diagnostiziert, die sich durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, aber auch durch eine erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen und frühmorgendliches Erwachen sowie Konzentrationsstörungen äussere. Die Depression habe sich bald nach der Schmerzproblematik und der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit entwickelt. In der Hamilton Depressionsskala erreiche die Explorandin einen Punktwert von 12, was

einer leichten Depression entspreche, die keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit habe. Zu den funktionellen Auswirkungen der Befunde/Diagnosen auf die Arbeitsfähigkeit wurde Folgendes angegeben: Bedingt durch die operative Behandlung der Hals- und Lendenwirbelsäule bestünden Einschränkungen beim Tragen und Heben von Gewichten, sowohl beim Heben vom Boden bis auf Lendenhöhe wie auch beim Heben über Brusthöhe. Einschränkungen bestünden zusätzlich bei der Rotation der Hals- und Lendenwirbelsäule, beim vorgeneigten Sitzen und Stehen sowie bei längerem Sitzen und Stehen. Ebenfalls bestünden Einschränkungen beim Hantieren mit Werkzeugen. Die Kniegelenksbeschwerden verunmöglichten langes Gehen, Gehen auf unebenem Gelände und es komme zu Einschränkungen beim Treppensteigen. Die Einschränkungen im Bereich der Hals- und Lendenwirbelsäule sowie im Bereich beider Kniegelenke wirkten sich in ihrer Kombination ungünstig auf die Gesamtbelastbarkeit aus, was zu einer mittelschweren Beeinträchtigung führe. Zu den Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde vermerkt, im Verlauf der letzten 16 Jahre sei es zu einer progredienten Gewichtszunahme gekommen, was sich ungünstig auf die Schmerzen im Lumbalbereich sowie die Kniebeschwerden auswirke. Weitere Belastungsfaktoren seien die schwierige häusliche Situation mit dem kranken Ehemann und IV-Rentenbezüger sowie die angespannte finanzielle Situation. Unterstützung erhalte die Explorandin von ihren beiden Kindern, die auch Eigentümer der Liegenschaft seien, in der die Explorandin zusammen mit ihrem Ehemann zu günstigen Bedingungen eine 5,5-Zimmer-Wohnung bewohne, sowie von einer guten Freundin, die sie zum Teil zu den Gutachtern begleitet habe. Ressourcen bestünden in einer Gewichtsabnahme, die sich positiv auf das Rückenleiden und die Kniebeschwerden, auf den Blutdruck, die Fettstoffwechselstörung, die Refluxbeschwerden und die Inkontinenzprobleme auswirken würde. Trotz ihrer Beschwerden sei die Explorandin in der Lage, selbstständig zu reisen (Reise in die Türkei) und kurze Strecken selbstständig Auto zu fahren. Die Explorandin selbst sehe sich aufgrund ihrer Beschwerden als nicht arbeitsfähig. Eine Persönlichkeitsstörung liege nicht vor. Die Konsistenzprüfung lautete wie folgt: Aus orthopädischer Sicht könnten die Druckdolenzen am Stamm sowie im Schulter- und Hüftbereich beiderseits nicht klar nachvollzogen werden. Aus rheumatologischer Sicht dürfte es sich dabei um Verhärtungen in der Schultergürtelmuskulatur, im Nacken und im oberen Rückenbereich sowie um Verspannungen bei der Armabduktion handeln. Ansonsten gebe es aus somatischer Sicht keine Anhaltspunkte für wesentliche Inkonsistenzen. Im Rahmen der Begutachtung könne eine gewisse Verdeutlichung der Beschwerden beobachtet werden (häufiges Aufstehen und Herumgehen während der Untersuchung). Hinweise für eine Aggravation oder Simulation gebe es jedoch nicht. Hingegen erschienen die Einschränkungen des Aktivitätsniveaus zwischen dem beruflichen und privaten Bereich nicht als homogen und vergleichbar, weil sich die Explorandin einerseits sei vielen Jahren beruflich überhaupt nicht mehr betätige, andererseits durchaus aktiv sei im Haushalt und in der Freizeit. Trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen sei der Explorandin ein relativ hohes Aktivitätsniveau sogar mit Reisen in die Türkei möglich. Die bisher von somatischer Seite durchgeführten Therapiemassnahmen dürften als angemessen beurteilt werden. Die regelmässige Einnahme von Schmerzmitteln deute auf einen gewissen Leidensdruck hin. Psychiatrischerseits sei die Explorandin früher in ambulanter psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung gewesen. Gemäss ihren Angaben habe eine solche seit längerer Zeit nicht mehr stattgefunden. Eine medikamentöse antidepressive Behandlung werde durchgeführt. Die praktisch nicht bestimmbaren Medikamentenspiegel der antidepressiven Medikation im Rahmen der aktuellen Untersuchung wiesen aber auf

eine schlechte Compliance hin. Sodann wurde dargelegt, in den Akten werde über das Vorliegen einer Fibromyalgie und einer Spondylarthritis berichtet. Aus Sicht des rheumatologischen Teilgutachters bestünden bei der Explorandin die für eine Spondylarthritis typischen Symptome eines entzündlichen, tiefsitzenden Rückenschmerzes nicht und es fehlten vor allem die radiologisch nachweisbaren Entzündungen an der Wirbelsäule, dem Sakrum und den Gelenken (Szintigraphie 2004/2017 negativ). Die bestehenden chronischen Schmerzen seien durch die degenerativen Veränderungen erklärbar. Als Grunderkrankung werde von einer Osteoarthrose ausgegangen, die an verschiedenen Körperstellen in unterschiedlicher Ausprägung vorliege. Somit könne die Diagnose einer Spondylarthritis als überwiegend unwahrscheinlich beurteilt werden. Gegen das Vorliegen einer Fibromyalgie spreche, dass es sich dabei um eine Ausschlussdiagnose handle, d.h., es dürften keine anderen Erkrankungen vorliegen, die die Beschwerden der Explorandin anderweitig erklärten. Dies sei beim vorliegenden Krankheitsbild nicht der Fall. Die Beschwerden der Explorandin könnten durch die degenerativen osteoarthrotischen Gelenksveränderungen und die dadurch bedingten Schmerzen in Form von myofaszialen Verspannungen und auch mit der durch die Kristallablagerung in den Gelenken getriggerten, vorübergehend auftretenden Entzündungen erklärt werden. Ferner sei es gut möglich, dass früher, wie in Austrittsberichten beschrieben worden sei, gegenüber der aktuell leichten depressiven Episode eine ausgeprägtere depressive Störung vorgelegen habe. Ein deutlich rezidivierender Verlauf mit Phasen von Verbesserung/Verschlechterung und symptomfreien Intervallen lasse sich jedoch nicht nachweisen. Auch die im interdisziplinären Gutachten aus dem Jahr 2005 beschriebene Klaustrophobie mit Angst vor Dunkelheit bestehe aktuell nicht mehr. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit hielten die Gutachter fest, von 1989 bis 2003 sei die Explorandin als Betriebsarbeiterin mit der Montage von Telefonanlagen beschäftigt gewesen. Seit dem Jahr 2003 sei sie keiner geregelten Tätigkeit mehr nachgegangen. Für die frühere Montagetätigkeit – sofern diese dem Belastungsprofil gemäss rheumatologischem Fachgutachten entsprochen habe, körperlich sehr leicht und nicht mit Zwangshaltungen oder repetitiven, monotonen Bewegungsabläufen verbunden gewesen sei – sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen. Dies bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Diese Einschränkung bestehe seit der Rückenoperation im Mai 2016. Dabei gelte es zu beachten, dass ab Mai 2016 (lumbaler Wirbelsäuleneingriff) für neun Monate, ab Juni 2017 (linksseitiger Kniegelenksersatz) für sechs Monate, ab Oktober (recte: August) 2018 (zervikaler Wirbelsäuleneingriff) für sechs Monate und ab Dezember 2018 (rechtsseitiger Kniegelenksersatz) für sechs Monate für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. Über die weiter zurückliegenden Arbeitsfähigkeiten liessen sich aufgrund der vorhandenen Akten keine genauen Angaben machen. In einer angepassten Tätigkeit ohne Überkopfarbeit mit nur seltenem Heben und Tragen von Gewichten bis 2 kg und ohne Tragen von Gewichten über 2 kg, ohne schwer grobmanuelle Tätigkeit, ohne Hand- und Schulterrotation sowie Vibration, ohne Arbeit über Kopfhöhe, ohne Rotation der Halswirbelsäule und des Rumpfes, ohne Knien und Kniebeuge, ohne länger dauerndes Sitzen und Stehen, ohne Gehen von längeren Strecken, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne Treppensteigen sowie ohne Arbeit in Kälte und Nässe bestehe aufgrund des rheumatologischen Leidens und dem damit verbundenen vermehrten Pausenbedarf wegen der belastungsabhängigen Schmerzen ebenfalls eine 80%ige Arbeitsfähigkeit. Die gesamte Arbeitsfähigkeit von 80 % in der bisherigen Tätigkeit sowie die 20%ige Arbeitsunfähigkeit

in einer angepassten Tätigkeit seien vor allem durch das rheumatologische Leiden am Bewegungsapparat begründet. Zur Frage, ob sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 16. Februar 2010 wesentlich verändert hätten, hielten die Gutachter fest, gegenüber dem Jahr 2010 sei es zu einer weiteren Degeneration des Bewegungsapparates gekommen. Zwar seien die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und den Kniegelenken zwischenzeitlich chirurgisch behandelt worden, jedoch bestünden aufgrund der Grunderkrankung der Arthrose mit wahrscheinlicher Calciumpyrophosphaterkrankung, die in den arthrotischen Gelenken und in den Gelenken mit Gelenkersatz Entzündungen verursache, weiterhin Einschränkungen. Eine Arbeitstätigkeit im Umfang von 80 % sei daher nur bei Einhaltung des rheumatologischen Belastungsprofils zumutbar. Aus neurologischer Sicht sei der Explorandin bis anhin keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit attestiert worden, sodass zum zeitlichen Verlauf der Entwicklung der Arbeitsfähigkeit von Seiten des Nervensystems nicht näher Stellung genommen werden könne. Aus allgemein-internistischer Sicht sei es seit dem Jahr 2010 zu einem Anstieg des Übergewichts von einem BMI von 35 kg/m² auf einen solchen von 40 kg/m² gekommen. Aus psychiatrischer Sicht hätten sich der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit seit dem 16. Februar 2010 in der bisherigen und in einer angepassten Tätigkeit nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 101.2 S. 5 ff.).

5.24.1 Der allgemein-internistische Teilgutachter, Dr. med. R. ____, FMH Allgemeine Innere Medizin, konnte in seinem Teilgutachten vom 13. August 2019 (Untersuchung vom 31. Juli 2019) aus allgemein-internistischer Sicht keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die diagnostizierten Leiden (Adipositas Grad III, arterielle Hypertonie, Hyperlipidämie, Hepatopathie, Vitamin-D- und Eisenmangel, Gastroösophagealer Reflux, Urgeinkontinenz, anamnestic Stuhlinkontinenz, Nikotinabusus, Status nach Hysterektomie 2012) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Dr. med. R. ____ kam zum Schluss, die allgemein-internistischen Diagnosen seien plausibel und konsistent. Sie führten zu keinen Funktionseinbußen und hätten somit keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Die Ressourcen für eine Teilnahme am beruflichen und privaten Leben seien nicht eingeschränkt. Im Längsschnittverlauf habe das Gewicht im Verlauf der letzten 16 Jahre laufend zugenommen. Die Explorandin sehe sich aufgrund ihrer derzeitigen Beschwerden als nicht arbeitsfähig. Aus allgemein-internistischer Sicht sei die Explorandin sowohl in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Betriebsarbeiterin in der Elektronikbranche als auch in einer angepassten Verweistätigkeit zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 101.4 S. 14 ff.).

5.24.2 Die rheumatologische Teilgutachterin, Dr. med. S. ____, FMH Allgemeine Innere Medizin, FMH Rheumatologie, stellte in ihrem Teilgutachten vom 21. Januar 2020 (Untersuchung vom 4. Dezember 2019) die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronische lumbosakrale Schmerzen (ICD-10 M54)», «Chronische cervicospondylogene Schmerzen beidseits (ICD-10 M54.2)», «Gonalgie bds. am ehesten bei CPPD (aktenanamnestische Diagnose) (ICD-10 M25.56, M11.2)» und «Osteoarthritis (ICD-10 M19.99)». Zur Herleitung der Diagnosen wurde dargelegt, die Explorandin sei bereits seit vielen Jahren durch Schmerzen an den verschiedenen Körperlokalisationen auffällig gewesen. Mögliche Ursachen habe man im Bereich der Halswirbelsäule in Form einer deutlichen Bandscheibenprotrusion mit Eindellung des Myelons, Unkovertebralarthrosen und Osteochondrosen sowie Foraminalstenosen gefunden. Zusammenfassend seien die Segmente HWK 4 bis HWK 7 betroffen gewesen. Klare Radikulopathien hätten neurologischerseits nicht nachgewiesen werden können. Die Explorandin lasse offen,

inwieweit diese Operation geholfen habe; zumindest sei es nicht schlechter geworden. In der rheumatologischen Untersuchung finde man keine gravierenden Einschränkungen in der Beweglichkeit der Halswirbelsäule und auch im Gespräch wirke die Explorandin hier nicht bewegungseingeschränkt. Auffällig seien Verhärtungen in der Schultergürtelmuskulatur, im Nacken und in der oberen Rückenregion. Dies führe auch zu Spannungen bei der Armabduktion beidseits. Die angegebenen Beschwerden in diesem Bereich könnten in der rheumatologischen Untersuchung nur durch die etwas auffällige Muskulatur abgeleitet werden. Sensomotorische Ausfälle an der oberen Extremität seien nicht klar den Halsoperationen zuzuordnen. Die Kraftminderung der rechten Hand sei einer lokalen Arthrose im Daumengrundgelenk zuzuordnen und dem bestandenen Karpaltunnelsyndrom mit Hypothenaratrophie (vgl. neurologisches Teilgutachten). Bei der Explorandin habe eine Spinalkanalstenose im Segment LWK 3 / LWK 4 multifaktorieller Ursache (degenerative Olisthese, Diskusprotrusion, Facettengelenkarthrose) bestanden. Auch hier lasse die Explorandin offen, ob die stattgehabte Operation ihr geholfen habe. In der aktuellen Untersuchung zeige die Explorandin keine Auffälligkeiten in der Beweglichkeit der LWS. Man finde hier eher leichte Schmerzen im Sakralbereich. Aufgrund des hohen Gewichts und des operierten Rückens seien lokale Schmerzen möglich, radikuläre Ausstrahlungen in die Beine und sensomotorische Ausfälle seien aber nicht mehr vorhanden. Hinsichtlich der Knie habe eine Pangenarthrose bestanden. Bereits in früheren Jahren sei zusätzlich eine Kalziumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit in den Händen und Knien ohne weitere endokrinologische Begleiterkrankungen festgestellt worden. Ein Vorliegen dieser Erkrankung in den Knien nach Meniskusoperationen und Implantation einer Knie-Totalprothese sei daher möglich. Aufgrund der Diagnose in bereits früheren Jahren seien anhaltende Beschwerden in den Knien sogar wahrscheinlich. Zum aktuellen Zeitpunkt habe man eine leichte Erwärmung rechts gefunden, beide Knie seien schmerzbedingt bewegungseingeschränkt gewesen durch eine Schwellung der Gelenke. Eine weitere Erklärung für persistierende Knieschmerzen wäre eine andere Kristallarthritis. Hinweise für Prothesenlockerungen oder chronische Protheseninfekte seien derzeit nicht ersichtlich. Die Kalziumpyrophosphat-Ablagerungserkrankung gehöre – wie auch die Gicht – zu den Kristallarthritis. Vorzugsorte seien bereits von der Osteoarthrose betroffene Gelenke. Das Risiko für diese Erkrankung erhöhe sich nach Operationen und Arthroskopien, typischerweise an den Knien, wie dies auch bei der Explorandin der Fall sei. Insgesamt finde man keine Hinweise für genetische Erkrankungen in der Familienanamnese. Der für eine Spondylarthritis vorausgesetzte entzündliche Rückenschmerz liege bei der Explorandin nicht vor. Die chronischen Rückenschmerzen seien nachvollziehbar auf degenerative Veränderungen am Rücken zurückzuführen. Als Grunderkrankung sei die Osteoarthrose zu nennen, welche an verschiedenen Körperlokalisationen verschieden stark ausgeprägt vorliege. Eine entzündliche Veränderung habe von radiologischer Seite nicht beschrieben werden können und sich nach einem vorübergehenden ärztlichen Verdacht szintigrafisch in den Jahren 2004 und auch 2007 nicht bestätigen lassen. Die Diagnose einer Spondylarthritis könne als überwiegend unwahrscheinlich beurteilt werden. Gegen eine Fibromyalgie sprächen die fehlenden Fibromyalgie-Druckpunkte. Aktuell liessen sich die Beschwerden eher nachvollziehbar auf myofasziale Befunde zurückführen im Rahmen einer verspannten Muskulatur und degenerativer osteoarthrotischer Gelenksbeschwerden. Die Schmerzen in den Gelenken würden vorübergehend verstärkt durch eine Pyrophosphatkristalleinlagerung und durch diese getriggerte Entzündungen. Auffällige Gelenke seien zum Zeitpunkt der Exploration

das CMC 1-Gelenk rechts und die Knie gewesen. Die Fibromyalgie sei eine Ausschlussdiagnose, die Beschwerden der Explorandin liessen sich in der Hauptsache durch die degenerativen Befunde am Bewegungsapparat erklären, insbesondere bei einer zusätzlich vorliegenden Calciumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit. Der bisherige Verlauf wurde wie folgt beurteilt: Die anfängliche Verdachtsdiagnose einer Spondylarthropathie habe im weiteren Verlauf nicht standhalten können und habe verworfen werden müssen. Die Verdachtsdiagnose einer Calciumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit sei dagegen nachvollziehbar. Eine stringente symptomorientierte analgetische Behandlung sei wahrscheinlich nicht ausreichend gewesen. Konsequente Steroidbehandlungen in Gelenken in Abständen seien nicht erfolgt. Eine Aufklärung über diese Erkrankung sei ebenfalls nicht erfolgt. Die Schmerzen an der HWS seien therapierefraktär gewesen unter der konservativen Behandlung. Bei neurokompressiven Befunden im MRI habe dies in eine operative Sanierung gemündet, von welcher die Explorandin nicht eindeutig habe profitieren können. Prinzipiell könne die Calciumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit auch an der Wirbelsäule Symptome verursachen, daneben kämen aber auch generelle Arthroseschmerzen sowie myofasziale Beschwerden, die in Abständen bedarfsangepasst analgetisch behandelt werden sollten, als chronische Schmerzverursacher in Frage. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, Inkonsistenzen habe man nicht finden können. Insgesamt sei die Darstellung der Beschwerden als übersteigert und übertrieben erschienen. Es sei von einer Symptomverdeutlichung auszugehen, was in Anbetracht der Situation, die Beschwerden dem Gutachter in relativ kurzer Zeit klar zu machen, menschlich nachvollziehbar sei. Eine Ressource wäre die Gewichtsreduktion und eine Verbesserung der körperlichen Aktivität. Von einer diesbezüglich niedrigen Kooperation sei auszugehen. Die Selbsteinschätzung der Explorandin und das Zutrauen in den eigenen Körper seien eher niedrig. Insgesamt hätten die operativen Sanierungen das allgemeine Schmerzempfinden nicht verbessern, aber auch nicht verschlechtern können, was nachvollziehbar sei, wenn die Hauptbeschwerden von der Osteoarthrose selbst herkämen mit zeitweiligen Exazerbationen durch die Kristallarthropathie. Eine übersteigerte Schmerzwahrnehmung und Fehlverarbeitung seien aufgrund der übersteigerten und übertrieben wirkenden Darstellungsweise denkbar. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, in einer mittelschweren und schweren Tätigkeit (z.B. als Fabrikmitarbeiterin mit Zwangshaltungen und mit repetitiven monotonen Bewegungsabläufen) bestehe eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit. Die Einschränkung gelte seit der Rückenoperation im Jahr 2016 und werde aufrechterhalten durch die weiter entstandenen osteoarthrotischen Verschlechterungen am Bewegungsapparat und deren Konsequenzen. In einer angepassten, sehr leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung sei die Explorandin gemäss den nachfolgend ausgeführten Belastungsangaben 80 % arbeitsfähig; dies bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Gegenüber dem Jahr 2010 sei es zu einer weiteren Degeneration des Bewegungsapparates gekommen. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei nicht mehr gegeben aufgrund der Grunderkrankung der Arthrose mit wahrscheinlicher Calciumpyrophosphaterkrankung, die in den arthrotischen Gelenken und in den Gelenken mit Gelenkersatz Entzündungen verursache (IV-Nr. 101.4 S. 47 ff.).

5.24.3 Der orthopädische Teilgutachter, Dr. med. T. ____, Facharzt Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, stellte in seinem Teilgutachten vom 30. September 2019 (Untersuchung vom 18. September 2019) die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronisches

lumbogluteales Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5/M79.65/Z98.8) und «Chronische Nacken-Schulterbeschwerden beidseits (ICD-10 M54.2/M79.61/Z98.8)». Die «Chronischen Kniebeschwerden beidseits (ICD-10 M79.66/Z98.8/Z96.6)» und der «Verdacht auf Schmerzausweitung (ICD-10 F45.41)» wurden als Diagnosen ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Der orthopädische Teilgutachter gab zur Herleitung der Diagnosen an, die Explorandin beklage chronische Beschwerden an der lumbalen Wirbelsäule sowie am Gesäss beider Seiten, wobei es rechts zur Ausstrahlung bis in den lateralen Unterschenkel komme. Nach dem bei Spinalkanalstenose und einer degenerativen Olisthese LWK4/5 sowie einer Stenose LWK3/4 vor drei Jahren durchgeführten mehrsegmentalen Eingriff sei es nur zu einer geringen Besserung gekommen. Auch nach an den Knien durchgeführtem arthroskopischem Eingriff sowie Gelenkersatz sei es nur zu einer Besserung von etwa 50 % gekommen. Geringer ausgeprägte Beschwerden bestünden im Nacken-Schulterbereich. Die bei mehrsegmentaler zervikaler Degeneration vor dreizehn Monaten durchgeführte Spondylodese habe zur mässigen Verbesserung geführt, wogegen ein Ameisenlaufen entlang des Rückens nachgelassen habe. Weiterhin ziehe die Symptomatik aber bis in die Schulterblätter. Im Verlauf nachgelassen hätten Beschwerden an den Endgelenken der Daumen und Zeigefinger beider Seiten. Im Alltag sei sie etwa bei Überkopfvorrichtungen oder körperlich höheren Belastungen eingeschränkt. Sie könne keine klar lindernden Faktoren nennen. Nach der letztmals vor wenigen Wochen an der lumbalen Wirbelsäule durchgeführten Infiltration habe sich nur eine geringe Besserung eingestellt. Aktuell seien auf orthopädischer Ebene folgende Befunde objektivierbar: Es bestehe ein rechtsseitiges, nicht klar reproduzierbares Hinken. Während der Zehengang knapp demonstriert worden sei, bleibe unklar, warum der Fersengang nicht gelinge. Bei der Untersuchung der thorako-lumbalen Wirbelsäule habe sich unter Gegenhalten eine klar eingeschränkte Beweglichkeit gezeigt, doch könne der initial deutlich vermehrte Finger-Boden-Abstand später durch eine verbesserte Auslenkung im Langsitz relativiert werden. Auch an der Halswirbelsäule zeige sich kein höhergradiges funktionelles Defizit. An den Kniegelenken bestehe nach beidseitigem Gelenkersatz eine verminderte Flexion bei reizlosen Verhältnissen sowie rechts sehr straffer Bandführung und links vergleichsweise vermehrtem Gelenkspiel in der Frontalebene. Die übrigen Abschnitte der unteren sowie die oberen Extremitäten seien frei beweglich. Im Weiteren lege der orthopädische Teilgutachter dar, die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen könne bei ausreichender Kooperation problemlos durchgeführt werden. Auffallend seien bezüglich Lokalisation und Intensität ebenso ausgedehnte wie schwer fassbar angegebene Druckdolenz an der thorakolumbalen Wirbelsäule, an Rippen, Flanken, und in der Beckenregion beider Seiten. Die Explorandin setze die oberen Extremitäten im Langsitz spontan dazu ein, ihre Position zu wechseln, was mit einer höhergradigen Veränderung etwa im Handbereich kaum vereinbar sei. Auf radiologischer Ebene zeigten sich an der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule nach mehrsegmental durchgeführtem Eingriff keine höhergradigen Veränderungen im Sinne einer Anschlussdegeneration und keine Zeichen einer radikulären Affektion. Der Befund an den Iliosakralgelenken sei regelrecht. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollumfänglich begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei eine Minderbelastbarkeit der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule nach mehrsegmentalem Eingriff einerseits sowie bei ungünstiger Statik im

Sinne einer vermehrten Beckenkipfung bzw. Fehlhaltung andererseits. Die im Sinne einer Ausstrahlung an Schulter und Gesäss beider Seiten angegebenen Beschwerden könnten auf rein orthopädischer Ebene allerdings nicht nachvollzogen werden. Insgesamt könne aufgrund der anamnestischen und klinischen Präsentation durchaus von einer gewissen nicht-organischen Beschwerdekomponekte ausgegangen werden. Aufgrund der an zervikaler und lumbaler Wirbelsäule durchgeführten Eingriffe sei durchaus eine verminderte Funktion dieser Abschnitte mit entsprechendem Leistungsdefizit im Alltag und bei der Arbeit nachvollziehbar. Es resultierten daraus sowohl quantitative als auch qualitative Einschränkungen. Bei der Beurteilung des bisherigen Verlaufes wurde ausgeführt, die Indikationsstellung zu den erfolgten Eingriffen könne soweit nachvollzogen werden. Insgesamt sei die Prognose hinsichtlich des weiteren Verlaufes aber angesichts der Hinweise für ein nicht-organisches Geschehen eher verhalten zu stellen. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde dargelegt, insbesondere die ausgedehnten und bezüglich Lokalisation und Intensität nicht klar fassbaren Druckdolenzen an Stamm sowie Schulter- und Hüftbereich beider Seiten könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht klar nachvollzogen werden. Aufgrund der an der Wirbelsäule bestehenden Veränderungen sei durchaus eine Funktionsstörung samt quantitativer und qualitativer Einschränkung für Alltags- und Berufsausübung ableitbar. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, für körperlich sehr leichte, überwiegend sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, der wiederholte Einsatz der oberen Extremitäten oberhalb Schulterniveau sowie die Einnahme von Zwangshaltungen sollten dabei vermieden werden. In diesem Sinne sei auch die zuletzt bei der Firma U.____ ausgeübte Tätigkeit in diesem Umfang zumutbar. Die Beurteilung des Verlaufes der Arbeitsfähigkeit anhand anamnestischer Angaben und vorliegender Akten sei schwierig. Nach dem am 19. Mai 2016 durchgeführten lumbalen Wirbelsäuleneingriff sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten, spätestens neun Monate postoperativ aber von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung für genannte Verrichtungen auszugehen. Nach dem am 20. Juni 2017 erfolgten linksseitigen Kniegelenksersatz sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, spätestens sechs Monate postoperativ aber wieder von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum auszugehen. Auch nach dem am 6. August 2018 durchgeführten zervikalen Wirbelsäulengriff sei von einer vollständigen Arbeitsunfähigkeit, spätestens aber sechs Monate nach dem am 11. Dezember 2018 erfolgten rechtsseitigen Kniegelenksersatz wiederum von einer Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung auszugehen. Auch für andere körperlich sehr leichte Tätigkeiten im genannten Sinne bestehe eine Arbeitsfähigkeit von 80 % bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Es könne seit dem Zeitpunkt der Rentenaufhebung vom 16. Februar 2010 im Wesentlichen von einer unveränderten Arbeitsfähigkeit ausgegangen werden. Zwar dürfte es im Verlauf zur Zunahme der degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und Kniegelenken gekommen sein, doch seien diese zwischenzeitlich chirurgisch behandelt worden (IV-Nr. 101.5 S. 19 ff.). 5.24.4 Der neurologische Teilgutachter, Dr. med. V.____, Facharzt FMH für Neurologie, konnte in seinem Teilgutachten vom 23. August 2019 (Untersuchung vom 30. Juli 2019) keine Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm festgehaltenen Diagnosen

«Episodische Kopfschmerzen seit fünf Jahren, wahrscheinlich zervikogen bedingt (ICD-10 G44.8)» und «Status nach Medianusneurolyse links 5/18 und rechts 3/19 (ICD-10 G56.0)» haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen legte der neurologische Teilgutachter dar, die aktuelle klinisch neurologische Untersuchung zeige keine eindeutigen relevanten und objektivierbaren sensomotorischen Defizite. Man finde einige unspezifische Auffälligkeiten wie ein Absinken beidseits im Armhalteversuch ohne gleichzeitige Pronation, ein Vorbeizeigen im Fingernaseversuch beidseits sowie ein unsicherer Rombergversuch mit einem unsicheren Strichgang und einem Schonhinken beim Normalgang bei Status nach Knieprothesenoperation im Dezember 2018 auf der rechten Seite. Zusammenfassend könne aus neurologischer Sicht aktuell festgestellt werden, dass bei der Explorandin weiterhin keine eindeutigen sensomotorischen Defizite im Bereich der oberen oder unteren Extremitäten nachgewiesen werden könnten. Dementsprechend sei davon auszugehen, dass die Operationen an der Lenden- und Halswirbelsäule nicht zu bleibenden neurologischen Defiziten geführt hätten. Die Kopfschmerzen schildere die Explorandin im Prinzip wie eine Migräne, sie bestünden aber offenbar erst seit rund fünf Jahren, sodass ein zervikogener Kopfschmerz in dieser Situation als wahrscheinlicher angenommen werden könne. Diese Kopfschmerzen hätten aber keinen erkennbaren Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit in sämtlichen Tätigkeiten. Dies gelte ebenfalls für das beidseits operierte Karpaltunnelsyndrom, welches aktuell zu keinen erkennbaren negativen Konsequenzen für die Arbeitsfähigkeit mehr führe. Die Arbeitsfähigkeit sei für sämtliche Tätigkeiten von Seiten des Nervensystems zum aktuellen Zeitpunkt uneingeschränkt vorhanden bei ebenfalls normaler Leistungsfähigkeit. Bei der Explorandin seien bis anhin zahlreiche Operationen am Bewegungsapparat, so an der oberen und unteren Wirbelsäule, an beiden Kniegelenken und auch am Karpaltunnel beidseits, durchgeführt worden. Die Interventionen hätten aber bis anhin nicht zu einer erkennbaren Verbesserung des subjektiven Beschwerdebildes geführt. Das von der Explorandin angegebene Beschwerdebild sei durchaus bunt und komplex, als gesundheitliches Hauptproblem beklage sie ihre Inaktivität und Probleme mit den Knochen im Sinne einer Arthrose. Aus neurologischer Sicht könnten diese Angaben nicht objektiviert werden. Die aktuelle klinisch neurologische Untersuchung zeige so wie die bisherigen neurologischen Voruntersuchungen keine objektivierbaren sensomotorischen Defizite. Die leichtgradigen Abnormitäten in der klinisch-neurologischen Untersuchung seien als unspezifisch einzustufen. Die Einschränkungen des Aktivitätenniveaus zwischen dem beruflichen und privaten Bereich erschienen nicht als homogen und vergleichbar, weil die Explorandin beruflich überhaupt nicht mehr aktiv sei seit vielen Jahren, andererseits aber die Haushaltsarbeiten weiterhin gemäss ihren Ausführungen gut erledigen könne. Aus neurologischer Sicht seien die körperlichen Ressourcen der Explorandin zurzeit nicht eingeschränkt. Sie fühle sich gesamthaft nicht gesund und dementsprechend auch nicht arbeitsfähig. Aus neurologischer Sicht könne diese Argumentation nicht nachvollzogen werden. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde festgehalten, die zuletzt ausgeübte Tätigkeit bis zum September 2003 habe in der Produktion von Telefonapparaten am Fliessband bestanden, es habe sich hierbei um eine körperlich nicht schwere Tätigkeit gehandelt. Für diese Tätigkeit bestehe aktuell aus neurologischer Sicht keine Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit und der Leistungsfähigkeit. Aus neurologischer Sicht betrage aktuell die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit dementsprechend 100 %. Aus neurologischer Sicht sei aktuell keine angepasste Tätigkeit erforderlich, weil die Arbeitsfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten nicht eingeschränkt sei (IV-Nr. 101.6 S. 13 ff.).

5.24.5 Der psychiatrische Teilgutachter, Dr. med. W.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, konnte in seinem Teilgutachten vom 25. August 2019 (Untersuchung vom 13. August 2019) keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm angegebenen Diagnosen «Leichte depressive Episode (ICD-10 F32.0)» und «Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren (ICD-10 F45.41)» haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung der Diagnosen legte er dar, die Explorandin leide vor allem unter ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, weshalb sie sich nicht arbeitsfähig fühle. Das Ausmass der Beschwerden und die Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, liessen sich mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektivieren, sodass eine psychische Überlagerung angenommen werden müsse. Diagnostisch handle es sich um eine chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren. Gemäss ICD-10 stünden dabei seit mindestens sechs Monaten bestehende Schmerzen in einer oder mehreren anatomischen Regionen, deren Ausgangspunkt ein physiologischer Prozess oder eine körperliche Störung sei, im Vordergrund des klinischen Bildes. Psychischen Faktoren werde eine wichtige Rolle für den Schmerzgrad, die Exazerbation oder Aufrechterhaltung der Schmerzen beigemessen, jedoch nicht die ursächliche Rolle für deren Beginn. Der Schmerz verursache in klinisch bedeutsamer Weise Leiden und Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen und anderen wichtigen Funktionsbereichen. Vorliegend bestünden psychosoziale Belastungsfaktoren, welche eine Rolle spielen könnten bei einer chronischen Schmerzproblematik, die sich trotz Behandlungen auch mit verschiedenen operativen Eingriffen nicht bessere, einer angespannten finanziellen Situation und einer etwas distanzierten Beziehung zum seit längerer Zeit kranken Ehemann, der eine IV-Rente beziehe und mit dem sie gemäss ihren Angaben eher wenig Gemeinsamkeiten habe. Es bestehe diagnostisch auch eine leichte depressive Episode. Bei der Beschwerdeführerin sei das Beschwerdebild gekennzeichnet durch eine depressive Verstimmung mit verminderter Freude, aber auch durch erhöhte Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, frühmorgendliches Erwachen und Konzentrationsstörungen. Die Diagnose einer leichten depressiven Episode werde auch durch das Ergebnis der «Hamilton Depression Scale»-Testung gestützt. Die Depression habe sich bald nach der Schmerzproblematik und der anhaltenden Arbeitsunfähigkeit entwickelt. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit, was gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Weder die leichte depressive Episode noch die chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren beeinträchtigten die Explorandin in ihrer Arbeitsfähigkeit. Die Schmerzproblematik werde bereits in den somatischen Fachgutachten ausreichend berücksichtigt, sodass sich aus psychiatrischer Sicht keine zusätzliche Einschränkung der Arbeitsfähigkeit begründen lasse. Eine psychiatrisch begründete Arbeitsunfähigkeit sei namentlich auch mit den täglichen Aktivitäten (weitgehende Besorgung der Haushaltsarbeiten, Kochen, Spaziergänge, Treffen mit Kollegin, Einkaufen, Reisen), die der Explorandin möglich seien und die sich auch im Mini-ICF-APP abbilden liessen, nicht vereinbar. Zum Verlauf wurde erläutert, die Explorandin sei in einer ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung, wobei sie nun schon länger keinen Termin mehr wahrgenommen habe wegen der Schwierigkeiten, alleine mit dem Auto zur Behandlung zu fahren. Gemäss ihren Angaben wolle sie diese Behandlung aber weiterführen. Es bestehe eine antidepressive Medikation. Mit der Explorandin sollte aber auch die regelmässige Medikamenteneinnahme besprochen werden. Die praktisch nicht bestimmbareren Medikamentenspiegel im Rahmen der aktuellen

Untersuchung wiesen auf eine schlechte Compliance hin. Auch unter einer optimalen Behandlung werde kaum erreicht werden können, dass die Explorandin in absehbarer Zeit wieder einer Erwerbstätigkeit nachgehen werde, obschon sie durchaus Hoffnung auf eine Besserung habe. Die Prognose sei aufgrund des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung für die Wiederaufnahme einer Arbeit ungünstig. Zur Beurteilung von Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, die Anamnese habe gut erhoben werden können. Die Explorandin habe sich gut helfen können, indem sie ihr Notizbüchlein bei der genauen Angabe von Lebensdaten zu Hilfe genommen habe. Die Explorandin fahre auch nach wie vor selber kürzere Strecken mit dem Auto, was gegen das Vorliegen von deutlichen Konzentrationsstörungen spreche. Die Einschränkungen des Aktivitätsniveaus im beruflichen und privaten Bereich erschienen unterschiedlich. Die Explorandin betätige sich seit vielen Jahren beruflich überhaupt nicht mehr, sei aber weiterhin durchaus aktiv im Haushalt und in der Freizeit. Trotz subjektiv starker Beschwerden mit Schmerzen sei ihr ein relativ hohes Aktivitätsniveau sogar mit Reisen in die Türkei möglich. Insgesamt lasse sich daher die subjektiv wahrgenommene eingeschränkte Arbeitsfähigkeit nicht mit dem von der Explorandin geschilderten täglichen Aktivitätsniveau in Einklang bringen. Die Explorandin sei nie psychiatrisch hospitalisiert gewesen. Eine Klaustrophobie und Angst vor Dunkelheit seien nicht ausgeprägt. Eine zusätzliche psychiatrische Arbeitsunfähigkeit könne nicht attestiert werden. Auch die täglichen Aktivitäten, denen die Explorandin nachgehe, liessen eine höhergradige Arbeitsunfähigkeit nicht plausibel erscheinen. Zu den Ressourcen und Belastungen wurde angegeben, arbeitsrelevante psychiatrische Funktionsstörungen liessen sich aktuell nicht feststellen. Die Explorandin sei dekonditioniert und es bestehe ein sozialer Rückzug. Indes bestünden auch Ressourcen, die – trotz einer deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung in der Selbsteinschätzung – eine Kompensation von dysfunktionalen Bewältigungsmustern und unzureichenden Behandlungserfolgen ermöglichen würden. So verfüge die Explorandin über Ressourcen bezüglich angelernter Arbeiten mit mehrjähriger ausserhäuslicher Berufserfahrung. Auch im Längsschnittverlauf zeige sich, dass die Explorandin durchaus über Ressourcen verfüge. So habe sie zusammen mit ihrem Ehemann eine Familie gegründet und zwei Kinder grossgezogen. Nach den Geburten der Kinder habe sie im Haushalt Hilfe von ihrer Mutter erhalten, sie habe dann aber langjährig ausserhäuslich zu 100 % gearbeitet. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs habe sie noch regelmässig Kontakte zu einer Kollegin, wie sie angegeben habe. Auch innerhalb der Familie habe sie gute Kontakte und erfahre Unterstützung durch ihre Kinder. Zur Arbeitsfähigkeit wurde angegeben, die Explorandin könne in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit 8 Stunden pro Tag anwesend sein. Dabei bestehe während dieser Anwesenheitszeit keine Einschränkung der Leistung. Somit betrage die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit 100 % (bezogen auf ein 100 %-Pensum). Auch im Verlauf könne eine anhaltende psychiatrische Arbeitsunfähigkeit nicht begründet werden. Dies gelte auch für alle somatisch angepassten und den Fähigkeiten entsprechenden Verweistätigkeiten. Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich seit der Rentenaufhebung vom 16. Februar 2010 nicht wesentlich verändert (IV-Nr. 101.6 S. 34 ff.). 5.25 Dem Bericht des X.____, Klinik für Kardiologie, vom 2. April 2020 können die Hauptdiagnose «V.a. koronare Herzerkrankung» sowie die Nebendiagnosen «Generalisierte Osteoarthrosen/vertebrale Osteochondrosen», «St.n. CTS Operation links 05/2018, rechts 04/2019», «Belastungsinkontinenz (Urin)» und «Chronische affektive Störung (Angst und Depression gemischt)» entnommen werden. Zur Anamnese wurde dargelegt, die Patientin

stelle sich für eine kardiologische Standortbestimmung wegen rascher Dyspnoe, nächtlicher Atemnotattacken und intermittierenden Anschwellens der Beine vor. Anamnestisch beschreibe die Patientin repetitives panisches Aufwachen in der Nacht mit stark verspürtem Herzpochen sowie ausgeprägter Atemnot. Auch bei psychischer Aufregung verspüre sie ihren Herzschlag stärker. Zur Beurteilung bzw. zum Verlauf wurde angegeben, klinisch sei die Patientin kardiopulmonal kompensiert. In der transthorakalen Echokardiographie (TTE) könne ein konzentrisch remodelter linker Ventrikel mit einer normalen systolischen LV-Funktion ohne Regionalitäten dargestellt werden. Es bestünden ebenfalls keine relevanten Klappenvitien. Um die körperliche Leistungsfähigkeit und einen eventuellen Sättigungsabfall objektivieren zu können, sei aktuell eine Ergometrie durchgeführt worden. Unerwartet sei die Untersuchung sowohl klinisch als auch elektrisch eindeutig positiv gewesen, mit rascher Besserung der Thorax-schmerzen nach einem Nitrohub, aber persistierender T-Wellen-Negativierung über der Vorderwand. Wegen der Persistenz der Repolarisationsstörung nach 6 Minuten sowie angesichts des ausgeprägten kardiovaskulären Risikoprofils sei der Patientin geraten worden, sich zur Durchführung einer Koronarographie direkt hospitalisieren zu lassen (IV-Nr. 107 S. 12 ff.). 5.26 Aus dem Austrittsbericht des X.____, Kardiologische Schwerpunktstation, vom 6. April 2020 über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 1. bis 3. April 2020 gehen die Hauptdiagnosen «Koronare Herzerkrankung» und «Prä-Diabetes» sowie die Nebendiagnosen «Chronisches lumbales und zervikales Schmerzsyndrom», «Generalisierte Osteoarthritis», «V.a. anhaltende, somatoforme Schmerzstörung», «Belastungsinkontinenz», «Chronisch affektive Störung», «St.n. CTS Release links 05/2018, rechts 04/2019» und «St.n. Knie-TP links 2017, rechts 2018» hervor. Zur Beurteilung wurde dargelegt, die Patientin sei aus der hausinternen kardiologischen Sprechstunde zugewiesen worden, nachdem sie sich dort bei rezidivierenden Atemnotattacken, vor allem nachts, vorgestellt habe. Typische Thoraxschmerzen seien hingegen verneint worden. Die klinische Untersuchung sei nicht richtungsweisend gewesen. In der Herzkatheteruntersuchung vom 2. April 2020 sei eine koronare Herzerkrankung vorgelegen, mit einer hochgradigen Stenose des grossen proximalen RCx und einem Verschluss des mittleren RCx, der jedoch kollateralisiert gewesen sei mit einem relativ kleinen Versorgungsgebiet. Zusätzlich habe sich eine Stenose der proximalen RCA gezeigt. Die proximale RCx-Stenose und die RCA-Stenose seien mittels eines Drug-Eluting-Stents versorgt worden. Postinterventionell sei die Patientin auf der kardiologischen Schwerpunktstation überwacht worden, wobei keine nennenswerten Komplikationen aufgetreten seien. Die bei der Patientin bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren seien mit ihr besprochen worden. Eine Rauchstoppperatung sei von der Patientin nicht gewünscht worden. Bei einem festgestellten HbA1c-Wert von 6,2 % sei sie bezüglich Lifestyle-Massnahmen beraten worden. Eine Ernährungsberatung sei aktuell von der Patientin nicht gewünscht worden. Aufgrund der Dyslipidämie sei eine Therapie eingeleitet worden. Die Patientin habe am 3. April 2020 in gutem Allgemeinzustand in die weitere ambulante Behandlung der Hausärztin entlassen werden können (IV-Nr. 107 S. 3 ff.; vgl. auch Bericht über die Koronarangiographie, PTCA und Stentimplantation vom 2. April 2020, IV-Nr. 107 S. 8 ff.). 5.27 RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ hielt in ihrer Stellungnahme vom 20. August 2020 fest, bei der Versicherten seien im April 2020 eine koronare Herzerkrankung mit der Verengung dreier Herzkranzgefässe festgestellt worden. Im Rahmen einer Koronar-angiographie seien zwei dieser Engstellen mittels Stent aufgeweitet worden, die dritte Engstelle sei konservativ behandelt worden. Die

Pumpleistung des Herzens sei mit einer linksventrikulären Auswurffraktion (LVEF) von 65 % gut (als Normalwert gelte eine LVEF von über 55 %). Eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit sei durch die vorliegende koronare Herzerkrankung nicht begründet. Die Einschätzung der Leistungsfähigkeit im Gutachten der G. ___ vom 12. Februar 2020 verändere sich dadurch nicht (IV-Nr. 109).

E. 6.1.1

Die Beschwerdegegnerin sprach der Beschwerdeführerin mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 26. August 2021 aufgrund eines Invaliditätsgrads von 100 % rückwirkend eine ganze befristete Invalidenrente vom 1. März 2019 bis 30. September 2019 zu; ab 1. Oktober 2019 wurde ein Rentenanspruch bei einem IV-Grad von nurmehr 28 % verneint. Zur Begründung wurde im Wesentlichen dargelegt, gemäss den Abklärungen im Anschluss an die Neuanmeldung habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gegenüber dem Jahr 2010 in somatischer Hinsicht verschlechtert. Es sei zu einer Degeneration des Bewegungsapparates gekommen und die Beschwerdeführerin habe sich mehreren Operationen am Rücken und an den Knien unterziehen müssen. Seit dem lumbalen Wirbelsäuleneingriff vom 19. Mai 2016 bestehe auch für angepasste leichte Tätigkeiten keine volle Arbeits- und Leistungsfähigkeit mehr. Die Einschränkung der Leistungsfähigkeit betrage bei ganztägigem Pensum 20 %. Während der postoperativen Rehabilitationsphasen von je sechs bis neun Monaten sei die Beschwerdeführerin gänzlich arbeits- und leistungsunfähig gewesen. Vorübergehend sei ihr keine Erwerbstätigkeit mehr zuzumuten gewesen. Spätestens ab dem 10. Juni 2019 (sechs Monate nach dem rechtsseitigen Kniegelenkersatz vom 11. Dezember 2018) bestehe für angepasste Tätigkeiten wieder andauernd eine Arbeitsfähigkeit von 80 % (ganztägiges Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs). Als angepasst gelte eine körperlich sehr leichte, wechselbelastende Tätigkeit, ohne Hand- und Schulterrotation, ohne Rotation der Halswirbelsäule und des Rumpfes sowie ohne Arbeit in Kälte und Nässe. Mit Vorbescheid vom 24. April 2020 (IV-Nr. 104) sei die Ablehnung des Leistungsbegehrens in Aussicht gestellt worden. Die erneute Überprüfung habe nun ergeben, dass die Beschwerdeführerin Anspruch auf eine befristete ganze Rente habe. Nach Eingang der Neuanmeldung vom 11. September 2018 sei der 1. März 2019 der frühestmögliche Rentenbeginn. Zu diesem Zeitpunkt sei die einjährige Wartezeit erfüllt gewesen und es habe eine vollständige Erwerbsunfähigkeit bestanden. Unter Berücksichtigung der Dreimonatsregel bestehe ab 1. Oktober 2019 bei einem Invaliditätsgrad von nurmehr 28 % kein Rentenanspruch mehr. Die RAD-Ärztin komme nach einer Würdigung der eingeholten Berichte des X. ___ zum Schluss, dass sich keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit wegen der koronaren Herzerkrankung begründen lasse. Die Beurteilung im polydisziplinären G. ___-Gutachten vom 12. Februar 2020 sei weiterhin massgebend (IV-Nr. 113 bzw. 114 S. 7 ff.; A.S. 1 ff.).

E. 6.1.2

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie stehe im 60. Altersjahr, leide seit Jahren unter Knie-, Herz- und Wirbelsäulenbeschwerden und habe sich verschiedenen Operationen unterziehen müssen. Leider habe sich ihr Befinden in all diesen Jahren eindeutig verschlechtert. Die Beschwerdegegnerin beurteile sie als zu 80 % arbeitsfähig in einer angepassten, d.h. körperlich sehr leichten und wechselbelastenden Tätigkeit. Berufliche Massnahmen seien leider nicht umsetzbar. Es sei für sie im Alter von beinahe 60 Jahren nicht einfach, eine adaptierte Arbeitsstelle zu finden. Auch die aktuelle

arbeitsmarktliche Situation sowie die Folgen der Pandemie seien zu berücksichtigen. Ihre Chancen bei der Arbeitssuche seien gering. Weshalb sie unter den gegebenen gesundheitlichen Umständen keinen Anspruch auf eine IV-Rente habe, sei für sie unverständlich (A.S. 12 f.). In ihrer Replik weist sie noch darauf hin, bezüglich fehlender Bemühungen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt sei festzuhalten, dass sie in den vergangenen Jahren immer wieder operiert worden sei und ihre psychische und physische Belastung aufgrund dieser Eingriffe gross gewesen seien. Auch der Heilungsprozess habe Zeit beansprucht. Sie könne ihren Alltag nur mit mehreren Medikamenten bewältigen und benötige für den Haushalt Unterstützung von ihrem Ehemann. Sie besuche ab und zu ihre Freundin und empfangen Besuche von ihren Kindern. Da sie nicht in der Lage sei, aufgrund ihrer Wirbelsäulenoperation längere Strecken mit dem Auto zu fahren oder mit ihren Kniebeschwerden lange zu gehen, sei es nicht vorstellbar, ihre tägliche Routine anders zu gestalten. Sie habe versucht, ihren psychischen Gesundheitszustand mit Hilfe eines Psychiaters zu verbessern. Wegen der von ihm abgegebenen Medikation sei sie nun den ganzen Tag schlapp. Aktuell leide sie unter Diabetes, Herz- und Rückenbeschwerden und müsse täglich mehrere Medikamente einnehmen. Sie habe gelernt, mit den Beschwerden zu leben. Es scheine ihr bei der aktuellen Arbeitsmarktlage unmöglich, eine passende Stelle zu finden. Sie habe früher ausschliesslich in der Produktion gearbeitet und keine Büroerfahrung (A.S. 23 f.).

6.2 Soweit die Beschwerdeführerin mit ihren Einwänden den Beweiswert des polydisziplinären Gutachtens der G.____ vom 12. Februar 2020 in Zweifel zieht, ist Folgendes festzuhalten: Das von der Beschwerdegegnerin am 29. April 2019 im Sinne von Art. 72bisIVV (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen, vorliegend anwendbaren Fassung) veranlasste, umfassende interdisziplinäre (allgemeininternistische, rheumatologische, orthopädische, neurologische und psychiatrische) Gutachten der G.____ vom 12. Februar 2020 (IV-Nr. 101) wurde in Kenntnis der Vorakten erstellt und beruht auf allseitigen fachärztlichen Untersuchungen der Beschwerdeführerin vom 30. und 31. Juli, 13. August, 18. September und 4. Dezember 2019. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden durch die Gutachter berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wird ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Schliesslich wird im Rahmen einer interdisziplinären Gesamtbeurteilung eine Konsensbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen und am Schluss werden die gestellten Fragen beantwortet. Die Gesamtbeurteilung trägt die Unterschriften aller beteiligten Teilgutachter. Inhaltlich gelangen diese und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Das G.____-Gutachten wird nach dem Gesagten den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

6.3 Die G.____-Gutachter stellten im Rahmen der Konsensbeurteilung die Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «Chronisches lumbogluteales (lumbosakrales) Schmerzsyndrom (ICD-10 M54.5, M79.65, Z98.8)», «Chronische zervikospondylogene Schmerzen beidseits (ICD-10 M54.2, M79.61, Z98.8)», «Gonalgie beidseits, am ehesten bei

CPPD (aktenanamnestische Diagnose; ICD-10 M25.56, M11.2)» und «Osteoarthrose (ICD-10 M19.99)» und kamen zum Schluss, gegenüber dem Jahr 2010 (in welchem die der Beschwerdeführerin bisher gewährte halbe Invalidenrente aufgrund eines verbesserten psychischen Gesundheitszustands aufgehoben worden war; vgl. rechtskräftige Verfügung vom 16. Februar 2010, IV-Nr. 48; vgl. E. I. 1.2 hiervor) sei es zu einer weiteren Degeneration des Bewegungsapparates gekommen. Zwar seien die degenerativen Veränderungen an der Wirbelsäule und den Kniegelenken zwischenzeitlich chirurgisch behandelt worden, jedoch bestünden aufgrund der Grunderkrankung der Arthrose mit wahrscheinlicher Calciumpyrophosphaterkrankung, die in den arthrotischen Gelenken und in den Gelenken mit Gelenkersatz Entzündungen verursache, weiterhin Einschränkungen. Eine Arbeitstätigkeit im Umfang von 80 % wurde bei Einhaltung des rheumatologischen Belastungsprofils (vgl. IV-Nr. 101.4 S. 52 ff.) als zumutbar erachtet (IV-Nr. 101.2 S. 12 Ziff. 4.7 und 4.8, S. 14 Ziff. 4.11.3). Den Verlauf der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer bisherigen Tätigkeit beurteilten die Gutachter wie folgt: Die Beschwerdeführerin sei von 1989 bis 2003 als Betriebsarbeiterin mit der Montage von Telefonanlagen beschäftigt gewesen; danach sei sie keiner geregelten Tätigkeit mehr nachgegangen. Für die frühere Montagetätigkeit ■ sofern diese dem Belastungsprofil gemäss rheumatologischem Fachgutachten entsprochen habe, körperlich sehr leicht und nicht mit Zwangshaltungen oder repetitiven, monotonen Bewegungsabläufen verbunden gewesen sei ■ sei von einer 80%igen Arbeitsfähigkeit auszugehen, dies bei ganztägigem Pensum mit einer um 20 % reduzierten Leistungsfähigkeit aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs. Diese Einschränkung bestehe seit der Rückenoperation vom Mai 2016. Dabei gelte es zu beachten, dass ab Mai 2016 (lumbaler Wirbelsäuleneingriff) für neun Monate, ab Juni 2017 (linksseitiger Kniegelenkersatz) für sechs Monate, ab Oktober (recte: August) 2018 (zervikaler Wirbelsäuleneingriff; vgl. Operationsbericht vom 6. August 2018, IV-Nr. 86 S. 12 ff.) erneut für sechs Monate und ab Dezember 2018 (rechtsseitiger Kniegelenkersatz) wiederum für sechs Monate für sämtliche Tätigkeiten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit bestanden habe. In Bezug auf eine angepasste Verweistätigkeit stellten die Gutachter sodann fest, in einer solchen bestehe ■ ohne Überkopfarbeit mit nur seltenem Heben und Tragen von Gewichten bis 2 kg und ohne Tragen von Gewichten über 2 kg, ohne schwer grobmanuelle Tätigkeit, ohne Hand- und Schulterrotation sowie Vibration, ohne Arbeit über Kopfhöhe, ohne Rotation der Halswirbelsäule und des Rumpfes, ohne Knien und Kniebeuge, ohne länger dauerndes Sitzen und Stehen, ohne Gehen von längeren Strecken, ohne Gehen auf unebenem Gelände und ohne Treppensteigen sowie ohne Arbeit in Kälte und Nässe ■ aufgrund des rheumatologischen Leidens und dem damit verbundenen vermehrten Pausenbedarf wegen der belastungsabhängigen Schmerzen ebenfalls eine 80%ige Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 101.2 S. 12 Ziff. 4.7 und 4.8).

Diesen nachvollziehbaren und schlüssigen fachärztlichen Angaben der Gutachter ist zu folgen. Demnach ist aufgrund des beweismässigen G.____-Gutachtens vom 12. Februar 2020 davon auszugehen, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in den letzten Jahren aufgrund der fortschreitenden Degenerationen am Bewegungsapparat infolge der Arthrose mit wahrscheinlicher Calciumpyrophosphaterkrankung zwar grundsätzlich verschlechtert hat, nach vorübergehenden vollständigen Arbeitsunfähigkeiten infolge verschiedener operativer Eingriffe ist ab Mitte Juni 2019 (sechs Monate nach der Operation betreffend rechtsseitigem Kniegelenkersatz vom 11. Dezember 2018) jedoch wieder von einem andauernd verbesserten Gesundheitszustand auszugehen. Nach den überzeugenden

Angaben der G.____-Gutachter wird die Beschwerdeführerin ab Juni 2019 in einer im Sinne des vorerwähnten Funktionsprofils adaptierten Tätigkeit zu 80 % andauernd arbeits- und leistungsfähig beurteilt (ganztägiges Pensum mit einer um 20 % reduzierten Leistung aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs). Diese Beurteilung stützt sich im Wesentlichen auf die Untersuchungsergebnisse der rheumatologischen Teilgutachterin (vgl. IV-Nr. 101.4 S. 52 ff.) und des orthopädischen Teilgutachters (vgl. IV-Nr. 101.5 S. 23). Aus allgemein-internistischer, neurologischer und psychiatrischer Sicht ist nach den gutachterlichen Angaben sowohl in der bisherigen Tätigkeit als auch in einer adaptierten Verweistätigkeit von uneingeschränkten Arbeitsfähigkeiten auszugehen (vgl. IV-Nr. 101.4 S. 18, 101.6 S. 17 und 39).

6.4 Zum Einwand der Beschwerdeführerin, die vorerwähnte gutachterlich festgestellte Arbeits- und Leistungsfähigkeit in Höhe von 80 % in einer angepassten Tätigkeit sei zweifelhaft, da sie seit Jahren unter verschiedenen Knie-, Herz- und Wirbelsäulenproblemen leide und sich deswegen mehreren Operationen habe unterziehen müssen, ist zunächst Folgendes festzuhalten: Den von Versicherungsträgern im Verfahren nach Art. 44 ATSG eingeholten, den praxisgemässen Anforderungen entsprechenden Gutachten externer Spezialärzte darf Beweiswert zuerkannt werden, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (Urteile des Bundesgerichts 8C_634/2020 vom 4. Mai 2021 E. 4.2.2. und 8C_783/2020 vom 17. Februar 2021 E. 2.2., je mit Hinweisen auf BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 470; vgl. E. II. 4.3 hiervor). Solche Indizien werden von der Beschwerdeführerin nicht aufgezeigt. Das Gutachten der G.____ vom 12. Februar 2020 wurde im Sinne von Art. 44 ATSG (in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen, vorliegend anwendbaren Fassung) korrekt eingeholt (vgl. IV-Nr. 91 ff.), was von der Beschwerdeführerin nicht bestritten wird. Auch sonst sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen würden. Im Weiteren ist ein Administrativgutachten nicht stets dann in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu einem anderen Ergebnis gelangen; vorbehalten bleiben Fälle, in denen sich eine abweichende Beurteilung aufdrängt, weil behandelnde Ärzte wichtige Aspekte benennen, die im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt geblieben sind (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_634/2020 vom 4. Mai 2021 E. 4.2.2. mit Hinweisen). Solche Aspekte gehen weder aus den vorliegend ins Recht gelegten medizinischen Unterlagen hervor noch werden sie von der Beschwerdeführerin rechtsgenügend substantiiert. Dass die Hausärztin Dr. med. P.____ in ihrem Bericht vom 27. November 2018 bei Bestehen eines Arbeitsverhältnisses aus verschiedenen Gründen eine durchgehende 100%ige Arbeitsunfähigkeit attestiert hätte, eine leidensangepasste Tätigkeit für unzumutbar erklärte und darauf hinwies, die Prognose zur Eingliederung sei schlecht (IV-Nr. 85 S. 2; vgl. E. II. 5.20 hiervor), vermag den Beweiswert des G.____-Gutachtens nicht zu schmälern. Wichtige, im Rahmen der Begutachtung unerkannt oder ungewürdigt gebliebene Aspekte wurden von der Hausärztin nicht genannt. Dies gilt auch für die Angaben des behandelnden Neurochirurgen Dr. med. O.____ in seinem Bericht vom 6. Januar 2019, wonach leichte Arbeiten nur «über wenige Stunden pro Tag» denkbar und auch zumutbar seien (IV-Nr. 86 S. 5; E. II. 5.22 hiervor). Die unterschiedliche Beurteilung der Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit durch die behandelnden Ärzte stellt keinen neuen wichtigen Aspekt im vorerwähnten Sinn dar. Ferner ist für die Invaliditätsbemessung nicht massgebend, ob eine invalide Person unter den konkreten Arbeitsmarktverhältnissen vermittelt werden kann, sondern einzig, ob sie die ihr verbliebene Arbeitskraft noch wirtschaftlich nutzen könnte, wenn ein Gleichgewicht von

Angebot und Nachfrage nach Arbeitsplätzen bestünde (ausgeglichener Arbeitsmarkt, Art. 16 ATSG; vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_330/2021 vom 8. Juni 2021 E. 5.3.1. mit Hinweisen). Nach den hier massgebenden gutachterlichen Angaben besteht bei der Beschwerdeführerin ab Mitte Juni 2019 eine Restarbeitsfähigkeit von 80 % in einer angepassten Tätigkeit, welche sie auch unter Berücksichtigung ihres eingeschränkten Tätigkeitsprofils auf dem ausgeglichenen Arbeitsmarkt verwerten könnte. Dass es für eine im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung im 60. Altersjahr stehende Frau angesichts jüngerer stellensuchender Personen nicht einfach ist, auf dem ersten Arbeitsmarkt eine Arbeitsstelle zu finden, ist hier nicht relevant (vgl. dazu allerdings E. II. 9. hiernach). Ebenso wenig der Umstand, dass die Beschwerdeführerin seit Jahren keiner Erwerbstätigkeit mehr nachgeht und gemäss ihren Angaben nicht über «zeitgemässes Knowhow» verfügt. Der ausgeglichene Arbeitsmarkt enthält auch Stellenangebote, welche die Beschwerdeführerin im Rahmen der ihr gutachterlich attestierten Arbeits- und Leistungsfähigkeit ausüben könnte.

6.5 Die im Rahmen des Vorbescheidverfahrens beigezogenen Berichte des X.____, Klinik für Kardiologie bzw. Kardiologische Schwerpunktstation, vom 2. und 6. April 2020 vermögen die Einschätzung der G.____-Gutachter in Bezug auf die Arbeitsfähigkeit nicht in Frage zu stellen. Die Beschwerdeführerin gab in ihrem Einwand vom 20. Mai 2020 an, sie habe sich am 2. April 2020 im X.____ notfallmässig einer Herzoperation unterzogen, wobei man ihr zwei «Stents» implantiert habe. Der Chefarzt Kardiologie, Prof. Dr. med. Y.____, habe sie mehrmals darauf hingewiesen, dass Aufregungen und Stresssituationen ihr Leben gefährden könnten (IV-Nr. 105). Im Bericht des X.____, Klinik für Kardiologie, vom 2. April 2020 wurde dargelegt, die Ergometrie vom 1. April 2020 habe eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit ergeben. Die gleichentags durchgeführte transthorakale Echokardiographie (TTE) zeigte jedoch eine normale systolische LV- und RV-Funktion; auch relevante Klappenvitien hätten ausgeschlossen werden können. Die links-ventrikuläre Ejektionsfraktion (LVEF) betrug 65 % ohne Regionalitäten und war damit unauffällig (IV-Nr. 107 S. 9 und 12; vgl. E. II. 5.25 hiervor). Die im Rahmen der Hospitalisation auf der Kardiologischen Schwerpunktstation vom 1. bis 3. April 2020 erfolgte Koronarangiographie vom 2. April 2020 zeigte zwei Stenosen (grosser RCX proximal und RCA proximal), welche mit einem «Drug Eluting Stent» (DES) erfolgreich versorgt werden konnten; der Verschluss des mittleren RCX wurde konservativ behandelt. Unter dem Titel «Beurteilung» wurde im Wesentlichen vermerkt, zumindest die belastungsabhängigen Beschwerden im Alltag und die pathologische Ergometrie seien durch die koronare Herzerkrankung gut erklärt (vgl. IV-Nr. 107 S. 8 f.). Im Austrittsbericht vom 6. April 2020 wurde noch darauf hingewiesen, postinterventionell sei die Patientin auf der kardiologischen Schwerpunktstation ohne nennenswerte Komplikationen überwacht worden. Die bestehenden kardiovaskulären Risikofaktoren seien besprochen worden und die Beschwerdeführerin habe am 3. April 2020 in gutem Allgemeinzustand aus der Klinik in die ambulante Behandlung entlassen werden können (IV-Nr. 107 S. 4 f.). Dieser Verlauf lässt darauf schliessen, dass die koronare Herzerkrankung der Beschwerdeführerin im Rahmen ihres stationären Aufenthalts im X.____ erfolgreich behandelt werden konnte und damit kein weiterer Abklärungsbedarf besteht. Dies wird auch durch die Stellungnahme der RAD-Ärztin Dr. med. Q.____ vom 20. August 2020 erhärtet, worin dargelegt wurde, bei der Beschwerdeführerin sei im April 2020 eine koronare Herzerkrankung mit der Verengung dreier Herzkranzgefässe festgestellt worden. Im Rahmen der Koronarangiographie seien zwei dieser Engstellen mittels Stent aufgeweitet und die dritte Engstelle konservativ

behandelt worden. Die Pumpleistung des Herzens sei mit einer links-ventrikulären Auswurffraktion von 65 % gut (als Normalwert gelte eine LVEF von über 55 %). Aufgrund dieser koronaren Herzerkrankung bestehe keine Einschränkung der Leistungsfähigkeit. Die Koronarangiographie mit der Implantierung zweier Stents ändere nichts an der Einschätzung der Leistungsfähigkeit im G.____-Gutachten vom 12. Februar 2020 (IV-Nr. 109 S. 2; vgl. E. II. 5.27 hiervor). Demnach wird die gutachterliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin durch die im Vorbescheidverfahren beigezogenen kardiologischen Berichte des X.____ nicht in Frage gestellt.

7. Im Folgenden ist zu prüfen, ob die der Beschwerdeführerin ab 1. März 2019 aufgrund eines Invaliditätsgrades von 100 % zugesprochene ganze Invalidenrente zu Recht gewährt und per Ende September 2019 aufgehoben wurde.

7.1 Die Beschwerdeführerin meldete sich ■ nachdem die Beschwerdegegnerin auf die Neuanmeldungs Gesuche vom 22. Dezember 2010 (IV-Nr. 51) und 8. Februar 2017 (IV-Nr. 59) mit rechtskräftigen Verfügungen vom 7. März 2011 (IV-Nr. 54) und 12. Mai 2017 (IV-Nr. 69) nicht eingetreten war (vgl. E. I. 1.3 hiervor) ■ am 7. September 2018 bei der Beschwerdegegnerin erneut zum Leistungsbezug an (IV-Nr. 74). Frühestmöglicher Rentenbeginn war damit der 1. März 2019 (vgl. Art. 29 Abs. 1 IVG). Nachdem die Beschwerdegegnerin der Beschwerdeführerin mit Vorbescheid vom 24. April 2020 noch die Ablehnung eines Rentenanspruchs in Aussicht gestellt hatte (IV-Nr. 104 S. 2 f.), kam sie in der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. August 2021 zum Schluss, die einjährige Wartezeit gemäss Art. 28 Abs. 1 lit. b IVG (Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch) sei am 1. März 2019 erfüllt gewesen und es habe zu diesem Zeitpunkt eine vollständige Erwerbsunfähigkeit bestanden, weshalb ab 1. März 2019 ein Anspruch auf eine ganze Rente bestehe. Der Rentenbeginn mit einer ganzen Rente ab 1. März 2019 wird von keiner Seite bestritten und ist nicht zu beanstanden.

7.2 Die G.____-Gutachter kamen im Rahmen der Konsensbeurteilung zum Schluss, ab dem rechtsseitigen Kniegelenksersatz vom 11. Dezember 2018 habe für sechs Monate für sämtliche Tätigkeiten eine 100%ige Arbeitsunfähigkeit bestanden. Für die Zeit danach, d.h. spätestens ab Mitte Juni 2019, sei für angepasste Tätigkeiten erneut von einer andauernden Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % (ganztägiges Pensum mit um 20 % reduzierter Leistungsfähigkeit aufgrund des erhöhten Pausenbedarfs) auszugehen (IV-Nr. 101.2 S. 12 und 101.5 S. 23; vgl. E. II. 5.24 und 5.24.3 hiervor). Diese fachärztliche Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit spricht für einen erheblich verbesserten Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ab Mitte Juni 2019, nachdem infolge der Operation des rechten Knies vom 11. Dezember 2018 noch während sechs Monaten eine vollständige Arbeitsunfähigkeit für sämtliche Tätigkeiten bestanden hatte. Eine gesundheitliche Verbesserung ab Mitte Juni 2019 lässt sich dem orthopädischen Teilgutachten durchaus entnehmen. So stellte Dr. med. T.____ aufgrund seiner klinischen Untersuchung vom 18. September 2019 fest, sowohl bei der Untersuchung der thorakalen Wirbelsäule als auch der Halswirbelsäule zeige sich kein höhergradiges funktionelles Defizit. An den Kniegelenken bestehe nach beidseitigem Gelenksersatz eine verminderte Flexion bei reizlosen Verhältnissen sowie rechts sehr straffer Bandführung und links vergleichsweise vermehrtem Gelenkspiel in der Frontalebene. Die übrigen Abschnitte der unteren sowie die oberen Extremitäten seien frei beweglich. Auf radiologischer Ebene

zeigten sich an der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule nach mehrsegmental durchgeführtem Eingriff keine höhergradigen Veränderungen im Sinne einer Anschlussdegeneration und keine Zeichen einer radikulären Affektion. Der Befund an den Iliosakralgelenken sei regelrecht. In Anbetracht des klinisch objektiv ansonsten weitgehend blanden Befundes sei auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet worden. Zusammenfassend wurde festgestellt, dass sich die von der Beschwerdeführerin beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde nicht vollumfänglich begründen liessen. Eine Minderbelastbarkeit der zervikalen und lumbalen Wirbelsäule nach mehrsegmentalem Eingriff einerseits sowie bei ungünstiger Statik im Sinne einer vermehrten Beckenkipfung bzw. Fehlhaltung andererseits sei zwar durchaus nachvollziehbar, die im Sinne einer Ausstrahlung in Schulter und Gesäss beider Seiten angegebenen Beschwerden könnten auf rein orthopädischer Ebene jedoch nicht nachvollzogen werden. Aus orthopädischer Sicht bestünden nur bezüglich körperlich höhergradiger Belastungen (z.B. Grosseinkäufe) Einschränkungen (IV-Nr. 101.5 S. 20 ff.). Diese Einschätzung des orthopädischen Teilgutachters steht in Einklang mit den Angaben der rheumatologischen Teilgutachterin, Dr. med. S.____, anlässlich ihrer Untersuchung vom 4. Dezember 2019, wonach in der rheumatologischen Untersuchung keine gravierenden Einschränkungen in der Beweglichkeit der Halswirbelsäule festzustellen gewesen seien. Auffällig seien Verhärtungen in der Schultergürtelmuskulatur, im Nacken und in der oberen Rückenregion, was auch zu Spannungen bei der Armabduktion beidseits führe. In der aktuellen Untersuchung zeige die Beschwerdeführerin keine Auffälligkeiten in der Beweglichkeit der Lendenwirbelsäule. Aufgrund des hohen Gewichts und des operierten Rückens seien lokale Schmerzen möglich, radikuläre Ausstrahlungen in die Beine und sensomotorische Ausfälle seien aber nicht mehr vorhanden. Hinsichtlich der Knie sei das Vorliegen einer Kalziumpyrophosphat-Ablagerungskrankheit nach Meniskusoperationen und Knie totalprothesenersatz möglich und anhaltende Beschwerden in den Knien seien sogar wahrscheinlich; Hinweise für Prothesenlockerungen oder chronische Protheseninfekte bestünden jedoch nicht. Ebenso wenig seien Anhaltspunkte für genetische Erkrankungen, eine Spondylarthritis oder eine Fibromyalgie ersichtlich. Die chronischen Rückenschmerzen seien nachvollziehbar auf degenerative Veränderungen am Rücken zurückzuführen, wobei als Grunderkrankung eine Osteoarthritis zu nennen sei, die an verschiedenen Körperlokalisationen verschieden stark ausgeprägt vorliege (IV-Nr. 101.4 S. 48 ff.). Sowohl der orthopädische Teilgutachter als auch die rheumatologische Teilgutachterin attestierten in einer angepassten, körperlich sehr leichten Tätigkeit mit Wechselbelastung unter Berücksichtigung des Belastungsprofils eine Arbeitsfähigkeit von 80 %; dies bei ganztägigem Pensum mit um 20 % reduzierter Leistung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs (IV-Nr. 101.4 S. 52 und 101.5 S. 23). Nach den Angaben des neurologischen Teilgutachters, Dr. med. V.____, haben sowohl die episodischen Kopfschmerzen als auch die im Mai 2018 und März 2019 vom Handchirurgen Dr. med. N.____ operativ behandelten Karpaltunnelsyndrome keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (IV-Nr. 101.6 S. 14). Aus allgemein-medizinischer und psychiatrischer Sicht besteht ein weitgehend unveränderter Gesundheitszustand mit einer uneingeschränkten Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 101.4 S. 18 und 101.6 S. 39). Dass die Beschwerdeführerin nach den zahlreich erfolgten operativen Eingriffen wieder über Ressourcen verfügt, geht auch aus dem psychiatrischen Teilgutachten hervor. So stellte Dr. med. W.____ aufgrund seiner klinischen Untersuchung vom 13. August 2019 ■ trotz subjektiv starker Beschwerden ■ kein geringes Aktivitätsniveau der Beschwerdeführerin fest. Sie fahre nach wie kürzere

Strecken mit dem Auto, sei im Haushalt und in der Freizeit aktiv und unternahme sogar Reisen in die Türkei. Trotz eines gewissen sozialen Rückzugs bestünden noch regelmässige Kontakte zu einer Kollegin und auch innerhalb der Familie habe sie gute Kontakte und bekomme Unterstützung durch ihre Kinder (IV-Nr. 101.6 S. 37 ff.). Gemäss ihren eigenen Angaben hat die Beschwerdeführerin verschiedene Freizeitbeschäftigungen (Nähen, Handarbeiten, Lesen; vgl. IV-Nr. 101.6 S. 11). Nach einem Vergleich des Gesundheitszustands im Zeitpunkt des Rentenbeginns (1. März 2019; Arbeitsunfähigkeit von 100 %) mit demjenigen im Zeitpunkt der Anspruchsänderung (11. Juni 2019; Arbeitsunfähigkeit von nurmehr 20 % nach rechtsseitigem Kniegelenkersatz am 11. Dezember 2018) ist von einer erheblichen und andauernden Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin und damit von einem Revisionsgrund auszugehen. Im Folgenden ist zur Festsetzung des Invaliditätsgrads ein Einkommensvergleich vorzunehmen.

E. 8

8.1 Für die Ermittlung des Valideneinkommens ist rechtsprechungsgemäss entscheidend, was die versicherte Person im Zeitpunkt des frühestmöglichen Rentenbeginns nach dem Beweisgrad der überwiegenden Wahrscheinlichkeit als Gesunde tatsächlich verdienen würde, und nicht, was sie bestenfalls verdienen könnte. Dabei wird in der Regel am zuletzt erzielten, nötigenfalls der Teuerung und der realen Einkommensentwicklung angepassten Verdienst angeknüpft, da erfahrungsgemäss die bisherige Tätigkeit ohne Gesundheitsschaden fortgesetzt worden wäre. Ausnahmen von diesem Erfahrungssatz müssen mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt sein (BGE 135 V 58 E. 3.1 S. 59 und 135 V 297 E. 5.1 S. 300 f.).

Die Beschwerdeführerin war vom 1. Februar 1982 bis 31. Dezember 1986 als Hausangestellte im X.____, vom 15. Januar 1986 bis 31. Oktober 1989 als Betriebsangestellte in der Z.____, [...], vom 1. November 1989 bis 31. März 2000 als Betriebsmitarbeiterin (im Bereich Montage von Telefonapparaten) in der AA.____ AG und zuletzt vom 1. April 2000 bis 30. April 2004 in der Montage der Firma U.____ GmbH tätig, wobei das Arbeitsverhältnis seitens der Arbeitgeberin aufgrund einer Restrukturierung des Betriebs aufgelöst wurde (vgl. IV-Nr. 3, 4 S. 1 und 13 S. 2 ff.). Seither ging die Beschwerdeführerin keiner Erwerbstätigkeit mehr nach (vgl. IV-Nr. 101.2 S. 12, 101.4 S. 7 und 22, 101.5 S. 3 sowie 101.6 S. 3 und 22). Erfolgte ein Stellenverlust aus invaliditätsfremden Gründen, ist der Validenlohn anhand von Durchschnittswerten zu bestimmen, wobei die für die Entlohnung im Einzelfall relevanten persönlichen und beruflichen Faktoren mitzubersichtigen sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_478/2021 vom 11. November 2021 E. 5.3.1. mit mehreren Hinweisen). Auch mit Blick darauf, dass die letzte Erwerbstätigkeit schon sehr lange, im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung bereits mehr als 17 Jahre zurückliegt, erscheint es als sachgerecht, das Valideneinkommen anhand der Tabellenwerte der Schweizerischen Lohnstrukturerhebung (LSE) 2018 zu ermitteln. Die Beschwerdegegnerin stellte zur Ermittlung des Valideneinkommens auf diese Tabellenwerte ab und ging von einem Einkommen von CHF 4'371.00 pro Monat aus (Tabelle TA1_tirage_skill_level, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen). Vor dem Hintergrund, dass die Beschwerdeführerin keine Berufsausbildung absolviert hat (vgl. IV-Nr. 7 S. 4, 101.4 S. 7 sowie 101.6 S. 10 und 26) und in unterschiedlichen Tätigkeiten und in verschiedenen Branchen erwerbstätig war,

erscheint es als sachgerecht, hier vom Totalwert auszugehen. Unter Berücksichtigung der betriebsüblichen wöchentlichen Arbeitszeit von 41.7 Stunden und des Nominallohnindex (2018: 135.0, 2020: 137.7) führt dies zu einem Valideneinkommen von CHF 4'647.90 pro Monat bzw. CHF 55'775.00 pro Jahr.

8.2 Da die Beschwerdeführerin seither keine Erwerbstätigkeit mehr ausgeübt hat, ist zur Bestimmung des Invalideneinkommens ebenfalls von den Tabellenwerten der LSE 2018 auszugehen (BGE 124 V 321 E. 3b/aa S. 323). Nach den hier massgebenden ärztlichen Angaben der G.____-Gutachter im Gutachten vom 12. Februar 2020 ist die Beschwerdeführerin in einer angepassten Tätigkeit ohne Überkopfarbeit mit nur seltenem Heben und Tragen von Gewichten bis 2 kg und ohne Tragen von Gewichten über 2 kg, ohne schwer grobmanuelle Tätigkeit, ohne Hand- und Schulterrotation sowie Vibration, ohne Arbeit über Kopfhöhe, ohne Rotation der Halswirbelsäule und des Rumpfes, ohne Knien und Kniebeuge, ohne länger dauerndes Sitzen und Stehen, ohne Gehen von längeren Strecken, ohne Gehen auf unebenem Gelände und Treppensteigen sowie ohne Arbeit in Kälte und Nässe aufgrund des rheumatologischen Leidens und des damit verbundenen vermehrten Pausenbedarfs wegen der belastungsabhängigen Schmerzen zu 80 % arbeitsfähig (IV-Nr. 101.2 S. 12, IV-Nr. 101.4 S. 52 ff.). Damit ist die Beschwerdeführerin in der Lage, ein Einkommen von CHF 3'496.80 (80 % von CHF 4'371.00; vgl. LSE 2018, Monatlicher Bruttolohn [Zentralwert] nach Wirtschaftszweigen, Kompetenzniveau und Geschlecht, Privater Sektor, Tabelle TA1_tirage_skill_level, Total, Kompetenzniveau 1, Frauen) zu erzielen. Angepasst an die betriebsübliche wöchentliche Arbeitszeit von durchschnittlich 41.7 Std. und die Nominallohnentwicklung (2018: 135.0, 2020: 137.7) ergibt dies ein Invalideneinkommen von CHF 3'718.30 pro Monat bzw. CHF 44'620.00 pro Jahr.

Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichts kann bei einem invaliden Versicherten, der wegen seiner gesundheitlichen Beeinträchtigung bloss noch leichte Hilfstätigkeiten ausüben vermag und das durchschnittliche Lohnniveau eines voll leistungsfähigen Hilfsarbeiters in der Regel nicht erreicht, ein Abzug von maximal 25 % gewährt werden. Der Abzug von 25 % kommt nicht generell und in jedem Fall zur Anwendung. Vielmehr ist anhand der gesamten Umstände des konkreten Falles zu prüfen, ob und in welchem Ausmass das hypothetische Einkommen als Invaliden zusätzlich reduziert werden muss. Dabei ist auch ein Abzug von weniger als 25 % denkbar (BGE 126 V 75 ff.). Weil gesundheitlich beeinträchtigte Personen, die selbst bei leichten Hilfsarbeitertätigkeiten behindert sind, im Vergleich zu voll leistungsfähigen und entsprechend einsetzbaren Arbeitnehmern lohnmässig benachteiligt sind und daher in der Regel mit unterdurchschnittlichen Lohnansätzen rechnen müssen, sind die statistischen Tabellenlöhne gegebenenfalls zu kürzen. Daher ist zwar nicht automatisch und in jedem Fall, aber doch in aller Regel bei eingeschränkter Arbeitsfähigkeit und/oder behinderungsbedingten zusätzlichen Limitierungen ein Abzug vom Tabellenlohn vorzunehmen (Meyer/Reichmuth, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, 3. Aufl., 2014, Art. 28a N 100).

Aufgrund des vorerwähnten eingeschränkten Zumutbarkeitsprofils ist mit einer Lohneinbusse im Vergleich zu Arbeitskräften mit normalem Leistungsvermögen zu rechnen, weshalb ein leidensbedingter Abzug von 10 % als sachgerecht erscheint. Das fortgeschrittene Alter im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung von 59 Jahren und 2 Monaten, die langjährige Abwesenheit vom Arbeitsmarkt, schlechte Deutschkenntnisse sowie die Nationalität der Beschwerdeführerin begründen bezogen auf das

Kompetenzniveau 1 keinen Abzug. Unter Berücksichtigung eines leidensbedingten Abzugs von 10 % ergibt sich ein Invalideneinkommen von CHF 3'346.45 pro Monat bzw. CHF 40'158.00 pro Jahr. Verglichen mit dem Valideneinkommen von CHF 55'775.00 pro Jahr resultiert ein Invaliditätsgrad von 28 %. Damit besteht kein Anspruch mehr auf eine Invalidenrente (vgl. Art. 28 Abs. 2 IVG in der bis 31. Dezember 2021 gültig gewesenen, hier anwendbaren Fassung). Auch unter Berücksichtigung eines (im vorliegenden Fall nicht gerechtfertigten) leidensbedingten Abzugs von 15 % ergäbe sich ein nicht rentenbegründender Invaliditätsgrad (32 %).

E. 9

9.1 Bei Personen, deren Rente revisionsweise herabgesetzt oder aufgehoben werden soll, sind nach mindestens fünfzehn Jahren Bezugsdauer oder wenn sie das 55. Altersjahr zurückgelegt haben, in der Regel vorgängig Massnahmen zur Eingliederung durchzuführen, bis sie in der Lage sind, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential mittels Eigenanstrengung auszuschöpfen und erwerblich zu verwerten. Ausnahmen von der diesfalls grundsätzlich («vermutungsweise») anzunehmenden Unzumutbarkeit einer Selbsteingliederung liegen namentlich dann vor, wenn die langjährige Absenz vom Arbeitsmarkt auf invaliditätsfremde Gründe zurückzuführen ist, wenn die versicherte Person besonders agil, gewandt und im gesellschaftlichen Leben integriert ist oder wenn sie über besonders breite Ausbildungen und Berufserfahrungen verfügt. Verlangt sind immer konkrete Anhaltspunkte, die den Schluss zulassen, die versicherte Person könne sich trotz ihres fortgeschrittenen Alters und/oder der langen Rentenbezugsdauer mit entsprechender Absenz vom Arbeitsmarkt ohne Hilfestellungen wieder in das Erwerbsleben integrieren. Die IV-Stelle trägt die Beweislast dafür, dass die versicherte Person entgegen der Regel in der Lage ist, das medizinisch-theoretisch (wieder) ausgewiesene Leistungspotential auf dem Weg der Selbsteingliederung erwerblich zu verwerten (Urteile des Bundesgerichts 8C_104/2021 vom 27. Juni 2022 E. 7.1.2., 9C_84/2021 vom 2. August 2021 E. 3.2.1. und 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3., je mit Hinweisen u.a. auf BGE 145 V 209 E. 5.1).

Fehlt der Eingliederungswille bzw. die subjektive Eingliederungsfähigkeit, d.h. ist die Eingliederungsbereitschaft aus invaliditätsfremden Gründen nicht gegeben, darf die Rente ohne vorgängige Prüfung von Massnahmen der (Wieder-)Eingliederung und ohne Durchführung des Mahn- und Bedenkzeitverfahrens nach Art. 21 Abs. 4 ATSG herabgesetzt oder aufgehoben werden. Berufliche Massnahmen können zwar u.a. dazu dienen, subjektive Eingliederungshindernisse im Sinne einer Krankheitsüberzeugung der versicherten Person zu beseitigen, es bedarf indessen auch diesfalls eines Eingliederungswillens bzw. einer entsprechenden Motivation der versicherten Person. Es sind insbesondere die gegenüber der Verwaltung und den medizinischen Experten gemachten Aussagen betreffend Krankheitsüberzeugung bzw. Arbeitsmotivation zu berücksichtigen. Ebenfalls von Belang sein können die im Vorbescheidverfahren und vor kantonalem Versicherungsgericht gemachten Ausführungen bzw. gestellten Anträge (vgl. Urteile des Bundesgerichts 9C_84/2021 vom 2. August 2021 E. 3.2.2. und 8C_233/2021 vom 7. Juni 2021 E. 2.3. mit Hinweisen).

Die Rechtsprechung, wonach bei der revisionsweisen Herabsetzung oder Aufhebung der Invalidenrente bei zurückgelegtem 55. Altersjahr grundsätzlich Eingliederungsmassnahmen durchzuführen sind, findet auch dann Anwendung, wenn wie hier zeitgleich mit der Rentenzusprache rückwirkend über deren Abstufung und/oder Befristung befunden wird.

Für die Ermittlung des Eckwerts des 55. Altersjahres ist auch bei rückwirkend befristeter und/oder abgestufter Rentenzusprache auf den Verfügungszeitpunkt abzustellen (BGE 148 V 321 E. 7.3.2. S. 325 f. mit Hinweisen).

9.2 Die am 15. Juni 1962 geborene Beschwerdeführerin stand im Zeitpunkt der vorliegend angefochtenen Verfügung vom 26. August 2021 im 60. Lebensjahr. Somit fällt sie in die Kategorie jener versicherten Personen, die vor einer Rentenaufhebung bzw. -reduktion Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen haben. Die Beschwerdegegnerin hob die ab 1. März 2019 gewährte ganze Invalidenrente mit vorliegend angefochtener Verfügung jedoch auf, ohne vorgängig berufliche Eingliederungsmassnahmen durchzuführen. Sie begründete dieses Vorgehen damit, berufliche Massnahmen könnten angesichts der Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin nicht erfolgversprechend durchgeführt werden. Da es am Eingliederungswillen bzw. an der erforderlichen subjektiven Eingliederungsfähigkeit fehle, bestehe kein Anspruch auf berufliche Massnahmen (A.S. 3). In ihrer Beschwerdeantwort legt sie noch dar, es sei davon auszugehen, dass die langjährige Absenz der 59-jährigen Beschwerdeführerin vom Arbeitsmarkt nicht invaliditätsbedingt sei. Sie sei letztmals im Jahr 2004 erwerbstätig gewesen. Seither habe sie keine Selbsteingliederungsbemühungen unternommen, obwohl ihr solche zumutbar gewesen wären. Die arbeitsmarktliche Desintegration sei nicht invaliditätsbedingt (A.S. 20). Die Beschwerdeführerin macht geltend, leider könnten keine beruflichen Massnahmen umgesetzt werden (A.S. 12). Zum Vorwurf, sie habe sich zu wenig um ihre Eingliederung in den Arbeitsmarkt bemüht, sei festzuhalten, dass sie in der vergangenen Zeit immer wieder operiert werden müssen; ihre psychische und physische Belastung sei wegen dieser Eingriffe gross gewesen. Auch der Heilungsprozess habe Zeit beansprucht. Sie müsse ihren Alltag unter Einnahme von mehreren Medikamenten bewältigen und den Haushalt mit Unterstützung ihres Ehemannes erledigen. Während der letzten Jahre habe sie sich mit den operativen Eingriffen befassen müssen. Den Vorwurf der fehlenden Integration in den Arbeitsmarkt könne sie nicht nachvollziehen (Replik, A.S. 23).

9.3 Die Beschwerdeführerin bezog vom 1. März 2019 bis 30. September 2019, somit während weniger als 15 Jahren, eine (ganze) Invalidenrente. Es stellt sich somit ausschliesslich aufgrund ihres fortgeschrittenen Alters von über 55 Jahren die Frage, ob ihr vor der Rentenaufhebung berufliche Eingliederungsmassnahmen zu gewähren sind. Soweit die Beschwerdegegnerin in ihrer Beschwerdeantwort geltend macht, es bestehe seit ihrer letzten Erwerbstätigkeit im Jahr 2004 eine arbeitsmarktliche Desintegration, die nicht invaliditätsbedingt sei, kann ihr nicht ohne weiteres gefolgt werden. Die lange nicht invaliditätsbedingte arbeitsmarktliche Desintegration wäre bei der anderen Variante (mindestens 15 Jahre Rentenbezug) relevant, wobei hier jedoch zu berücksichtigen wäre, dass sich die Beschwerdeführerin nach dem Invaliditätseintritt mehreren Operationen mit jeweils anschliessender sechs- bzw. neunmonatiger voller Arbeitsunfähigkeit unterziehen musste. Bei der vorliegenden Konstellation ist zu prüfen, ob die subjektive Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin, d.h. ihre Eingliederungsbereitschaft, gegeben ist. Die Beschwerdeführerin äusserte sich im Rahmen der G. ___-Begutachtung (Gutachten vom 12. Februar 2020) dahingehend, sie sehe sich aufgrund ihrer Beschwerden nicht als arbeitsfähig (IV-Nr. 101.2 S. 10, 101.4 S. 18, 101.6 S. 10, 12 und 30). Der psychiatrische Teilgutachter beurteilte die Prognose für die Wiederaufnahme einer Arbeit aufgrund der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der

Beschwerdeführerin als ungünstig (vgl. IV-Nr. 101.6 S. 37). Einzig aufgrund dieser im Rahmen der Begutachtung gemachten Aussagen der Beschwerdeführerin kann deren subjektive Eingliederungsfähigkeit nicht verneint werden, zumal die Arbeitsfähigkeit zu diesem Zeitpunkt noch abgeklärt wurde und die Beschwerdeführerin nicht wissen konnte, dass sie aus Sicht der Beschwerdegegnerin in einer angepassten Tätigkeit als zu 80 % arbeitsfähig eingestuft wird. Unterlagen über ein von der Beschwerdegegnerin in solchen Fällen üblicherweise geführtes Gespräch, in dem die versicherte Person auf die Folgen einer verweigten Teilnahme an beruflichen Eingliederungsmassnahmen hingewiesen wird, oder Formulare, auf welchen die Beschwerdeführerin ihre Teilnahme daran hätte bestätigen können, gehen aus den ins Recht gelegten Akten nicht hervor. Somit ist davon auszugehen, dass ein solches Gespräch nicht stattfand. Aus der in der vorliegend zu beurteilenden Beschwerde gemachten Aussage, «leider können keine beruflichen Massnahmen umgesetzt werden», kann nicht ohne weiteres abgeleitet werden, der Beschwerdeführerin fehle es an deren Eingliederungsbereitschaft. Der anschliessende Hinweis auf die Schwierigkeit, eine Arbeitsstelle zu finden, «welche für meinen gesundheitlichen Zustand geeignet ist», und das fehlende zeitgemässe Know-How angesichts der seit Jahren bestehenden Arbeitslosigkeit könnte auch den Schluss zulassen, die Beschwerdeführerin wäre bereit, eine entsprechende Unterstützung in Form von beruflichen Eingliederungsmassnahmen entgegenzunehmen.

9.4 Zusammenfassend kann die subjektive Eingliederungsfähigkeit der Beschwerdeführerin aufgrund der vorhandenen Grundlagen nicht verneint werden. Es fehlt an einer genügend klaren, nach der gutachterlichen Klärung der Arbeitsfähigkeit erfolgten Verweigerung von Eingliederungsmassnahmen. Aus den skeptischen Äusserungen zur eigenen Arbeitsfähigkeit während der Begutachtung kann nicht zuverlässig geschlossen werden, es fehle später an der Bereitschaft, die inzwischen festgestellte Arbeitsfähigkeit im Rahmen von Eingliederungsmassnahmen umzusetzen. Es sind daher der Eingliederungswille der Beschwerdeführerin sowie die Möglichkeit konkreter Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Somit durfte die befristet zugesprochene Rente nicht per 1. Oktober 2019 aufgehoben werden, ohne vorgängig Eingliederungsmassnahmen zu prüfen. Die Sache ist an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen, damit sie der Beschwerdeführerin Eingliederungsmassnahmen anbiete, bevor die Rente allenfalls aufgehoben wird.

10. Nach dem Gesagten ist gemäss dem hier massgeblichen polydisziplinären Gutachten der G.____ vom 12. Februar 2020 von einer relevanten Verbesserung des Gesundheitszustands der Beschwerdeführerin ab Mitte Juni 2019 (sechs Monate nach dem rechtsseitigen Kniegelenkersatz vom 11. Dezember 2018) und damit von einer Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 % in einer adaptierten Tätigkeit auszugehen. Aufgrund eines Invaliditätsgrads von nurmehr 28 % besteht kein Rentenanspruch mehr. Die Sache ist zur Prüfung und gegebenenfalls Durchführung von beruflichen Eingliederungsmassnahmen an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen. Die Rückweisung der Angelegenheit an die Beschwerdegegnerin zur Prüfung von Eingliederungsmassnahmen hat zur Folge, dass auf die per 1. März 2019 zugesprochene ganze Invalidenrente weiterhin Anspruch besteht, bis die Frage der Eingliederungsmassnahmen geklärt ist.

E. 11

11.1 Nach der Rechtsprechung ist für persönlichen Arbeitsaufwand und Umtriebe einer nicht vertretenen Partei grundsätzlich keine Parteientschädigung zu gewähren, ausser wenn besondere Verhältnisse vorliegen. Dabei wird kumulativ vorausgesetzt, dass es sich um eine

komplizierte Sache mit hohem Streitwert handelt, dass die Interessenwahrung einen hohen Arbeitsaufwand erforderlich macht, welcher die normale (z.B. erwerbliche) Betätigung während einiger Zeit erheblich beeinträchtigt und dass zwischen dem betriebenen Aufwand und dem Ergebnis der Interessenwahrung ein vernünftiges Verhältnis besteht (Urteil des Bundesgerichts H 143/03 vom 25. August 2003 E. 5 mit Hinweis). Solche Verhältnisse liegen hier nicht vor, weshalb der nicht anwaltlich vertretenen Beschwerdeführerin keine Parteientschädigung zuzusprechen ist.

11.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00festgelegt. Entsprechend dem Ausgang des Verfahrens hat die Beschwerdegegnerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der Beschwerdeführerin ist der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 zurückzuerstatten.

Demnach wird erkannt:

1. Die Beschwerde wird in dem Sinne gutgeheissen, dass die Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 26. August 2021 aufgehoben und die Sache an die Beschwerdeführerin zurückgewiesen wird, damit diese im Sinne der Er-

wägungen verfahren und hiernach erneut über den Rentenanspruch der Beschwerdeführerin entscheide.

2. Es wird keine Parteientschädigung zugesprochen.

3. Die Beschwerdegegnerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen. Der geleistete Kostenvorschuss von CHF 600.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Schmidhauser

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