

SO_GERICHTE VSBES.2022.175 vom 26. Juni 2023

SO Obergericht, 2023-06-26, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.175_d20230626

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.175 du 26 juin 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.175 del 26 giugno 2023

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) sind erfüllt. Es ist auf die Beschwerde einzutreten.

1.2 Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung (hier: 8. August 2022) eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 ATSG N 109).

1.3 Am 1. Januar 2022 trat das revidierte Bundesgesetz über die Invalidenversicherung (IVG, SR 831.20) in Kraft. Vorbehältlich besonderer übergangsrechtlicher Regelungen sind in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich diejenigen materiellen Rechtssätze massgeblich, die bei der Erfüllung des rechtlich zu ordnenden oder zu Rechtsfolgen führenden Tatbestands Geltung haben (statt vieler: BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen.

E. 2

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

2.2 Um den Invaliditätsgrad bemessen zu können, ist die Verwaltung auf Unterlagen angewiesen, die Arztpersonen 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 140 V 193 E. 3.2 S. 196, 105 V 156 E. 1 S. 158 f.).

E. 3

3.1 Wurde eine Rente wegen eines fehlenden oder zu geringen Invaliditätsgrades bereits einmal verweigert bzw. aufgehoben, so wird eine neue Anmeldung nur geprüft, wenn die versicherte Person glaubhaft macht, dass sich der Grad der Invalidität in einer für den

Anspruch erheblichen Weise geändert hat (Art. 87 Abs. 3 und 4 Verordnung über die Invalidenversicherung [IVV, SR 831.201]).

3.2 Tritt die Verwaltung ■ wie im vorliegenden Fall ■ auf eine Neuanschuldung ein, so hat sie die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrades auch tatsächlich eingetreten ist; sie hat demnach in analoger Weise wie bei einem Revisionsfall nach Art. 17 Abs. 1 ATSG vorzugehen. Stellt sie fest, dass der Invaliditätsgrad seit Erlass der früheren rechtskräftigen Verfügung keine Veränderung erfahren hat, so weist sie das neue Gesuch ab. Andernfalls hat sie zusätzlich noch zu prüfen, ob die festgestellte Veränderung genügt, um nunmehr eine rentenbegründende Invalidität zu bejahen, und hernach zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 133 V 108, 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b).

Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanschuldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (vgl. BGE 117 V 198 E. 3a S. 199) ■ durch Vergleich des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der Ablehnungsverfügung bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung (BGE 133 V 108 S. 114 E. 5.4, 130 V 71 E. 3.1 S. 73).

4. Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 138 V 218 E. 6 S. 221, 117 V 194 E. 3.b S. 194 f.). Weiter gilt für das gesamte Verwaltungs- und gerichtliche Beschwerdeverfahren der Grundsatz der freien Beweiswürdigung (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Der Sozialversicherungsrichter hat alle Beweismittel, unabhängig davon, von wem sie stammen, objektiv zu prüfen und danach zu entscheiden, ob die verfügbaren Unterlagen eine zuverlässige Beurteilung des streitigen Rechtsanspruches gestatten. Insbesondere darf er bei einander widersprechenden medizinischen Berichten den Prozess nicht erledigen, ohne das gesamte Beweismaterial zu würdigen und die Gründe anzugeben, warum er auf die eine und nicht auf die andere medizinische These abstellt. Hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes ist entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und in seinen Schlussfolgerungen begründet ist. Ausschlaggebend für den Beweiswert ist grundsätzlich somit weder die Herkunft eines Beweismittels noch die Bezeichnung der eingereichten resp. in Auftrag gegebenen Stellungnahme als Bericht oder Gutachten (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352, 122 V 157 E. 1c S. 160).

5. Das Administrativverfahren vor der IV-Stelle wie auch der kantonale Sozialversicherungsprozess sind vom Untersuchungsgrundsatz beherrscht (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Danach haben IV-Stelle und Sozialversicherungsgericht den rechtserheblichen Sachverhalt von Amtes wegen festzustellen. Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichend Klarheit besteht. Der Untersuchungsgrundsatz weist enge Bezüge zum ■ auf Verwaltungs- und Gerichtsstufe ebenfalls in gleicher Weise geltenden ■ Prinzip der freien Beweiswürdigung (Art. 61 lit. c in fine ATSG) auf (einschliesslich die antizipierte Beweiswürdigung): Führt die pflichtgemässe, umfassende und sachbezogene Beweiswürdigung den Versicherungsträger oder das Gericht zur Überzeugung, der

Sachverhalt sei hinreichend abgeklärt, darf von weiteren Untersuchungen (Beweismassnahmen) abgesehen werden. Ergibt die Beweiswürdigung jedoch, dass erhebliche Zweifel an Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellungen bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 8C_308/2007 vom 9. April 2008 E. 2.2.1 mit vielen Hinweisen).

6. Es ist zunächst auf die Rechtsschriften der Parteien einzugehen:

6.1 Gemäss den Ausführungen der Beschwerdegegnerin in der Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) habe sich die Beschwerdeführerin am 13. Juni 2018 (Eingangsdatum) erneut für Leistungen der Invalidenversicherung angemeldet. Es hätten keine beruflichen Massnahmen durchgeführt werden können, da die Abklärung des medizinischen Sachverhalts im Vordergrund gestanden habe. Die ausführlichen medizinischen Abklärungen hätten ergeben, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Verfügung vom 6. März 2017 nicht wesentlich verschlechtert habe. Der Inhalt der vorliegenden Berichte zeige sogar eine leichte Verbesserung der Symptomatik und der damit verbundenen Arbeitsfähigkeit auf. Liege ■ wie hier ■ somit keine Verschlechterung des Gesundheitszustandes vor, sei grundsätzlich kein neuer Einkommensvergleich anzustellen. Es bleibe somit, wie in der Verfügung vom 6. März 2017 berechnet, unverändert bei einem Invaliditätsgrad von 21 %. Somit bestehe weiterhin kein Anspruch auf Leistungen der Invalidenversicherung.

6.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich in ihrer Beschwerdeschrift vom 9. September 2022 (A.S. 4 ff.) auf den Standpunkt, die Beschwerdegegnerin begründe nicht, weshalb sie bei einem Invaliditätsgrad von 21 % den Anspruch auf berufliche Massnahmen abgelehnt habe. Auf diese habe sie Anspruch (A.S. 10).

Die Tatsachen, dass der Beschwerdeführerin eine Knie-Totalprothese und im Juli 2019 sowie im Oktober 2020 ein Nervenstimulator eingesetzt worden seien und sich der psychische Zustand insofern verändert habe, als eine Anpassungsstörung mit depressiven Verstimmungen, Ärger, Resignation und Zukunftssorgen (ICD-10 F43.23) sowie eine iatrogene Opioidabhängigkeit dazugekommen und keine somatoforme Schmerzstörung und keine depressive Störung mehr diagnostiziert worden seien, eigneten sich, zu einer abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu führen. Deshalb habe die Beschwerdegegnerin den Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin in rechtlicher und tatsächlicher Hinsicht umfassend («allseitig») neu zu prüfen. Insofern sei gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung die Einschätzung der Arbeitsunfähigkeit im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle B.____ vom 25. April 2016 unbeachtlich. Entscheidend sei heute einzig das Resultat des neu durchgeführten psychiatrischen, neuropsychologischen und rheumatologischen (inkl. EFL) Gutachtens. Auf der Grundlage dieses richtig und vollständig festgestellten Sachverhalts sei die Arbeitsfähigkeit neu und ohne Bindung an frühere Invaliditätsschätzungen festzulegen. Im Gutachten sei eine Arbeitsunfähigkeit von 55 % in einer leidensangepassten Tätigkeit festgestellt worden.

Im Rahmen des rheumatologischen Gutachtens vom 23. November 2021 habe der Gutachter festgestellt, dass hinsichtlich der Gonarthrose rechts von einer vorübergehenden zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis sechs Monate nach Durchführung der Knie-Totalprothese im Juni 2017 auszugehen sei. Unter Berücksichtigung von Art. 88a Abs. 2 IVV liege eine invalidenversicherungsrechtlich relevante Veränderung des

Gesundheitszustands vor. Diese begründen einen Revisionsgrund i.S.v. Art. 17 ATSG, so dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ohne Bindung an frühere Invaliditätseinschätzungen zu ermitteln sei. Im rheumatologischen Gutachten sei zudem ein chronisches lumbospondylogenes Syndrom rechts bis intermittierend radikuläres Reizsyndrom S1/L5 rechts mit kombiniert nozizeptiven, neuropathischen und zentralen Schmerzen, anhaltend reduzierter Belastbarkeit im Bereich des Rückens und ein Verdacht auf ein «Failed Back Surgery Syndrom» diagnostiziert worden. Im Rahmen des Gutachtens der Gutachterstelle B.____ vom 25. April 2016 und der neurologischen Abklärung vom 18. Oktober 2016 sei noch davon ausgegangen worden, dass keine eindeutigen Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik vorlägen. Der Nachweis einer Neurokompression habe gefehlt. Nach entsprechenden Infiltrationen und Tests sei der Beschwerdeführerin inzwischen zweimal ein lumbaler Nervenstimulator eingesetzt worden, der eine Wirkung zeige. Es dürfte deshalb aus medizinischer Sicht unumstritten sein, dass die Beschwerdeführerin unter ganz erheblichen organisch bedingten Schmerzen leide. Zusätzlich zur Wirkung des Neurostimulators sei sie nach wie vor auf Opioide der WHO-Klasse III zur Schmerzreduktion angewiesen. Die Tatsache, dass die Schmerzen der Beschwerdeführerin seit der letzten Rentenverfügung eindeutig auf eine radikuläre Symptomatik zurückgeführt werden könnten, stelle für sich einen Revisionsgrund i.S.v. Art. 17 ATSG dar. Ob eine objektivierbare organische Grundlage die Schmerzen einer Versicherten erkläre oder nicht, habe gestützt auf die bundesgerichtliche Rechtsprechung Auswirkung darauf, wie ihre Arbeitsfähigkeit beurteilt werde.

Mit Verweis auf die Feststellungen auf S. 12 f. im psychiatrischen Gutachten vom 27. April 2021 habe sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der letzten Verfügung vom 6. März 2017 nachweislich verschlechtert. Leider verkenne der psychiatrische Gutachter, dass die Ursache der Verschlechterung des psychiatrischen Gesundheitszustands absolut irrelevant sei und psychosoziale Faktoren, die einen Gesundheitsschaden verursachten, vergrösserten oder aufrechterhielten, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müssten (Urteile des Bundesgerichts 9C_680/2017 vom 22. Juni 2018 E. 5.2, 9C_371/2019 vom 7. Oktober 2019 E. 5.1.3, 8C_559/2019 vom 20. Januar 2020 E. 3.2, 9C_311/2021 vom 23. September 2021 E. 2). Jedenfalls aber leide die Beschwerdeführerin neu unter einer Opioid-Abhängigkeit, welche invalidenversicherungsrechtlich relevant sei (BGE 145 V 215). Diese habe nachweislich Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit, wie im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens vom 2. Juli 2021 festgestellt worden sei. Die Beschwerdegegnerin behauptete, der psychiatrische Gutachter habe nur von einer Verschlechterung der psychischen «Verfassung» gesprochen und diese im Nachgang sogleich fachärztlich lediglich als Anpassungsstörung eingeordnet. Dabei handle es sich um keinen «verselbständigten Gesundheitsschaden» und es sei nicht nachgewiesen, dass sich der Gesundheitszustand als solcher «objektiv» verändert habe. Dieser Argumentation könne weder aus medizinischer noch aus rechtlicher Sicht gefolgt werden. Tatsache sei, dass der Gutachter festgestellt habe, dass die medizinischen Akten seit zwei Jahren eine Verschlechterung der psychischen Verfassung aufgrund schmerzbedingten Lebensveränderungen und psychosozialen Belastungen (Ehezerrüttung und psychische Erkrankung der Ehefrau) zeigten, was zu einer vorübergehenden Anpassungsproblematik mit depressiven Verstimmungen, Verzweiflung und Resignation geführt habe, die auch eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung zur Folge gehabt habe. Dazu könne bei der Beschwerdeführerin seit mindestens zwei bis drei Jahren von einer iatrogenen Opioid-abhängigkeit ausgegangen

werden, die anlässlich der Exploration vom 10. April 2021 vordergründig den formalen Gedankengang, Antrieb und Psychomotorik der Beschwerdeführerin beeinträchtigte. Bei der gestützt darauf diagnostizierten Anpassungsstörung mit depressiven Verstimmungen, Ärger, Resignation und Zukunftssorgen gemäss ICD-10 F43.23 handle es sich um eine eigenständige und damit «verselbständigte» Gesundheitsstörung. Das Gleiche gelte auch für die diagnostizierte iatrogene Opioidabhängigkeit, zu der sich die Beschwerdegegnerin in der angefochtenen Verfügung überhaupt nicht äussere, obwohl gerade diese gemäss der gutachterlichen Beurteilung Grund dafür sei, dass eine Arbeitsunfähigkeit aus psychiatrischer Sicht bestanden habe. Die Behauptungen der Beschwerdegegnerin widersprüchen diametral den diagnostizierten Gesundheitsstörungen und der mehrmals vom psychiatrischen Gutachter beschriebenen Verschlechterung des Gesundheitszustandes. Die Argumentation der Beschwerdegegnerin wäre dann nachvollziehbar, wenn der psychiatrische Gutachter aus medizinischer Sicht gar keine Diagnosen hätte stellen können. Gestützt auf das psychiatrische Gutachten lasse sich deshalb entgegen den Behauptungen der Beschwerdegegnerin feststellen, dass Revisionsgründe nach Art. 17 ATSG vorlägen. Ergänzend zu bemerken sei, dass die Argumentation, mit welcher der psychiatrische Gutachter behauptete, dass keine somatoforme Schmerzstörung diagnostiziert werden könne, für den medizinischen Laien vor dem Hintergrund der Biographie der Beschwerdeführerin in keiner Art und Weise nachvollziehbar sei. Jedenfalls aber handle es sich bei der diagnostizierten chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren um eine Diagnose, die zu Unrecht unter den Diagnosen ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit aufgeführt worden sei. Der Gutachter habe sich in keiner Art und Weise leitlinienkonform mit der Schmerzanamnese auseinandergesetzt und die funktionellen qualitativen und quantitativen Auswirkungen der Schmerzen nicht indikatorenbasiert vor dem Hintergrund sämtlicher Belastungsfaktoren und Ressourcen beurteilt. Die Tatsache, dass organisch nachweisbare und beurteilbare Schmerzen vorlägen, entbinde den Psychiater nicht davon, im Rahmen einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren die Arbeitsfähigkeit aus psychiatrischer Sicht ebenfalls lege artis zu beurteilen. Genau dies habe der psychiatrische Gutachter verkannt. Sein psychiatrisches Gutachten sei deshalb im Hinblick auf die Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nicht beweistauglich und widerspreche konstanter bundesgerichtlicher Rechtsprechung gemäss BGE 141 V 281.

Im Rahmen des neuropsychologischen Gutachtens vom 2. Juli 2021 sei die Beeinträchtigung der kognitiven Funktionen festgestellt worden, eine leichte bis mittelschwere kognitive Funktionsstörung, v.a. in Gedächtnis- und exekutiven Funktionen unklarer Ätiologie, am ehesten multifaktoriell bedingt, diagnostiziert und eine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit angestammt von 20 % und angepasst von 10 % attestiert worden. Auch insofern liege ein Revisionsgrund nach Art. 17 ATSG vor. Die Beschwerdegegnerin behauptete, die neuropsychologisch bedingte 10%ige Leistungsminderung sei nicht von rentenrevisionsrechtlicher Relevanz, da diese nicht geeignet sei, den Invaliditätsgrad anspruchrelevant zu beeinflussen. Sie verkenne dabei, dass sich der neuropsychologische Gesundheitszustand i.S. von BGE 141 V 9 so verändert habe, dass er geeignet gewesen sei, zu einer abweichenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit zu führen. Dies genüge gemäss bundesgerichtlicher Rechtsprechung, dass der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin ohne Bindung an frühere Invaliditätseinschätzungen zu ermitteln sei.

Wenn die Beschwerdegegnerin tatsachenwidrig davon ausgehe, dass sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin nicht einmal vorübergehend invalidenversicherungsrechtlich relevant verändert habe, hätte sie nach dem Gutachten der Gutachterstelle E. ___ eine prozessuale Revision im Hinblick auf ihre Verfügung vom 6. März 2017 durchführen müssen, da gestützt auf die gutachterlichen Erkenntnisse betreffend die Schmerzen der Beschwerdeführerin inzwischen habe nachgewiesen werden können, dass das Gutachten der Gutachterstelle B. ___ vom 25. April 2016 nachweislich von einer falschen medizinischen Ausgangslage ausgegangen sei. Es sei gutachterlich festgestellt, dass Schmerzen, deren Organizität nicht bildgebend nachgewiesen gewesen seien, im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachterstelle B. ___ im Jahr 2016 bei der Beurteilung der quantitativen Arbeitsfähigkeit nicht (umfassend) berücksichtigt worden seien.

7. Streitig und zu prüfen ist nachfolgend, ob die Beschwerdegegnerin mit Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) sowohl den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente als auch auf berufliche Massnahmen zu Recht abgewiesen hat. Ob eine anspruchsbegründende Änderung in den für den Invaliditätsgrad erheblichen Tatsachen eingetreten ist, beurteilt sich im Neuanmeldungsverfahren ■ analog zur Rentenrevision nach Art. 17 Abs. 1 ATSG (BGE 105 V 29 S. 30) ■ durch Vergleich des Sachverhalts, wie er im Zeitpunkt der letzten Ablehnungsverfügung (vorliegend: 6. März 2017) bestanden hat, mit demjenigen zur Zeit der streitigen neuen Verfügung vom 8. August 2022 (BGE 130 V 71 E. 3.1 S. 73 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts 8C_819/2013 vom 4. Februar 2014 E. 2).

8. Im Zeitpunkt der in Rechtskraft erwachsenen ursprünglichen Verfügung vom 6. März 2017 (IV-Nr. 55) erfolgte die Verneinung des Rentenanspruchs und des Anspruchs auf weitere berufliche Eingliederungsmassnahmen durch die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen gestützt auf das bidisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle B. ___ vom 26. April 2016 und die neurologische Beurteilung von Dr. med. I. ___ vom 18. Oktober 2016:

8.1 Im bidisziplinären Gutachten der Gutachterstelle B. ___ vom 26. April 2016 (IV-Nr. 31) hielten Dr. med. J. ___, FMH Psychiatrie und Psychotherapie, und Dr. med. K. ___, FMH Orthopädische Chirurgie, die folgenden bidisziplinären Hauptdiagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit fest (S. 22 f.):

Es gebe keine Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Zusammenfassend resultiere aus bidisziplinärer Sicht, dass bei der Beschwerdeführerin eine bleibende Arbeitsunfähigkeit in schweren, mittelschweren und nicht adaptierten Tätigkeiten bestehe. In körperlich nur leichten, gut adaptierten Tätigkeiten bestehe eine Arbeits- und Leistungsfähigkeit von 80 %. Das Pensum könnte vollschichtig umgesetzt werden mit erhöhtem Pausenbedarf. Die leichten Leistungseinbussen aus somatischer und psychiatrischer Sicht ergänzten sich, es könnten die gleichen Zeitabschnitte für Pausen und Erholung genutzt werden. Diese Einschätzung könne arbiträr ab März 2015 angenommen werden, was mit Sicherheit ab April 2016 zu bestätigen sei. Von Dezember 2013 bis Februar 2015 sei die Arbeitsfähigkeit über die Zeit gemittelt gänzlich aufgehoben gewesen. Vor Dezember 2013 hätten keine andauernden, höhergradigen Arbeitsunfähigkeiten bestanden, sondern nur multiple Krankenstände nach den verschiedenen Operationen.

8.2 Dr. med. C.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, RAD, hielt in der Aktennotiz vom 6. Juli 2016 (IV-Nr. 36) Folgendes fest: Hauptsächlich sei die Beschwerdeführerin in den letzten Jahren als Aussendienst- und nicht als Lagermitarbeiterin tätig gewesen. Somit müsse die Einschätzung der Arbeitsfähigkeit auf den Bereich Aussendienst bezogen werden. Hier müsse nun aber die Arbeitsunfähigkeit höher eingestuft werden als von den Gutachtern der Gutachterstelle B.____ attestiert, da die Tätigkeit im Aussendienst vorwiegend sitzend ausgeübt werde und die Gutachter aber festgehalten hätten, dass eine Wechselbelastung wichtig sei, längerdauernde Zwangshaltungen wie z.B. eine sitzende Position zu vermeiden seien. Unter Berücksichtigung dieser Einschränkung sei deshalb die Arbeitsunfähigkeit (gemeint wohl: Arbeitsfähigkeit) als Aussendienstmitarbeiterin auf 50 % zu veranschlagen und nicht auf 80 %, wie von den Gutachtern angegeben. In einer entsprechend adaptierten Tätigkeit sei hingegen die Einschränkung von 20 % schlüssig dargelegt. Die Beurteilung rückwirkend auf März 2015 sei aus versicherungsmedizinischer Sicht nachvollziehbar und zulässig, da nach dem wirbelsäulenchirurgischen Eingriff von Mai 2014 im März 2015 radiologisch nachgewiesen stabile Verhältnisse vorgelegen hätten.

8.3 Im Bericht vom 18. Oktober 2016 (IV-Nr. 51 S. 2 f.) hielt Prof. Dr. med. I.____, Facharzt Neurologie FMH, Zentrum D.____, folgende Diagnosen fest:

Die neurologische Untersuchung der Beschwerdeführerin zeige keine eindeutigen Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Motorisch und im Reflexverhalten zeigten sich im Status völlig regelrechte Verhältnisse. Dazu in Diskrepanz stehe die ausgedehnt angegebene Hypästhesie in der gesamten rechten unteren Extremität, hinaufreichend bis unter den Nabel, wo die Grenze inkonstant angegeben werde. In einer MRI-Untersuchung der BWS und LWS zeigten sich keine neuen Aspekte. Insgesamt sei bei bisher fehlenden Nachweisen einer Neurokompression vom Beschwerdebild auch von einer chronischen Schmerzverarbeitungsstörung auszugehen.

9. Im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) präsentierte sich der medizinische Sachverhalt im Wesentlichen wie folgt:

9.1 Im Arztbericht des Facharztes für Anästhesiologie und Interventionelle Schmerztherapie SSIPM, L.____, M.____, vom 12. November 2018 (IV-Nr. 74) wurden folgende Hauptdiagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit ausgewiesen (S. 2):

Es sei zu keinem Zeitpunkt eine Arbeitsunfähigkeit attestiert worden. Prinzipiell sei anzumerken, dass sie in der chronischen Schmerztherapie auf die rein subjektiven Angaben der Beschwerdeführerin angewiesen seien. Für eine versicherungsrechtliche Einschätzung werde aber empfohlen, objektive Kriterien anzuwenden. Das Mass der Arbeitsfähigkeit und eine objektive Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit könnten ambulant durch das Institut E.____ oder unter stationären Bedingungen an der N.____ in [...] geleistet werden.

Es handle sich um eine hochgradig chronifizierte Schmerzerkrankung (Failed Back Surgery Syndrome FBSS) im Stadium III nach MPSS mit hochgradiger Limitierung der funktionellen Leistungsfähigkeit. Eine restitutio ad integrum könne nicht mehr erwartet werden. Die im Januar 2019 geplante Evaluation der Spinal Cord Stimulation (10KHz-Technologie) erfolge als ultima ratio und könne eine maximal 50%ige Schmerzreduktion erzielen. Die funktionelle Leistungsfähigkeit müsse standardisiert getestet werden und könne auf keinen Fall durch ärztliche Gutachten festgelegt werden. Der Gesundheitszustand sei besserungsfähig und die Arbeitsfähigkeit könne durch die

Implantation der Spinal Cord Stimulation verbessert werden.

9.2 Der die Beschwerdeführerin seit 17. September 2018 behandelnde Dr. med. O.____, Facharzt für Allgemeinmedizin, hielt im Arztbericht vom 13. November 2018 (IV-Nr. 77 S. 2 ff.) die folgenden Diagnosen fest:

Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)

Gonarthrose rechts

Anpassungsstörung mit depressiver Verstimmung nach

Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit sei:

Status nach multiplen fibrinbelegten Ulzerationen mit Wundrandnekrosen prätibial rechts nach Tätowierung vom Dezember 2017

Seit 17. Dezember 2013 bestehe für jede Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 %. Es seien massive Beschwerden im Bereich der Operation der Lendenwirbelsäule vorhanden, die ständig aufträten und verschiedenste Ärzte beschäftigten. Bisher habe keine entscheidende schmerzreduzierende Behandlung durchgeführt werden können. Aktuell sei die Arbeitsfähigkeit sehr schwierig zu beurteilen. Aufgrund der langen Geschichte mit entsprechender Arbeitsunfähigkeit und der jetzigen persistierenden Beschwerden werde kaum eine Wiederaufnahme der Arbeitstätigkeit gesehen. Haushaltsarbeiten könnten nur in kurzen [wohl: Sequenzen] mit entsprechend langer Ruhezeit durchgeführt werden. Diese beschränkten sich auf das Allernötigste.

9.3 Dr. med. P.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt im Schreiben vom 18. Dezember 2018 (IV-Nr. 92 S. 6 f.) betreffend die erstmalige psychiatrische Untersuchung der Beschwerdeführerin vom 4. Dezember 2018 folgende Diagnosen fest:

Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren ICD-10 F45.41 im Rahmen eines Failed Back Surgery Syndroms bei

Leichte depressive Episode ICD-10 F32.0

Die Beschwerdeführerin leide an einer chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren im Rahmen eines Failed Back Surgery Syndroms. Als schmerzmodulierende Faktoren würden das leichte depressive Zustandsbild, die schwierige soziale Situation mit der zu betreuenden Ehefrau gesehen und zudem werde vermutet, dass auch die früheren Gewalterfahrungen, über die die Beschwerdeführerin typischerweise im Sinne einer Vermeidung nur ungern spreche, eine Rolle spielen könnten.

9.4 Dr. med. P.____ hielt im Arztbericht vom 20. Oktober 2019 (IV-Nr. 92 S. 1 ff.) fest, sie habe die Beschwerdeführerin lediglich zu vier Folgekonsultationen gesehen und ihr keine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt. Bei der letzten Sitzung am 12. August 2019 sei es der Beschwerdeführerin besser gegangen, weil der Einsatz eines Rückenstabilisators Erfolge gezeigt habe und die Schmerzen rückläufig gewesen seien. Sie setze nun Hoffnung auf eine Umschulung via Beschwerdegegnerin. Es sei keine Medikation verordnet worden. Die Prognose bezüglich der leichten depressiven Episode sei gut. Was das Schmerzsyndrom anbelange, werde die Konsultation der involvierten somatisch tätigen Ärzte empfohlen. Die Beschwerdeführerin sei sehr lange ohne Arbeit gewesen, was die Prognose einer Wiedereingliederung verschlechtert habe. Von der psychiatrischen Symptomatik her sei allerdings eine Wiedereingliederung wünschenswert. Die soziale Situation der

Beschwerdeführerin sei problematisch und sie habe Betreuungspflichten ihrer Frau gegenüber.

9.5 Der Facharzt für Anästhesiologie und Interventionelle Schmerztherapie SSIPM L.____, hielt im Bericht vom 20. Juli 2020 (IV-Nr. 102 S. 3 f.) fest, der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin habe sich durch die definitive Implantation der Spinal-Cord-Stimulation und die damit verbundene Schmerzreduktion von 30 ■ 50 % vom 25. Juli 2019 signifikant verbessert. Eine Änderung der Diagnosen sei nicht erfolgt und könne auch in Zukunft nicht erwartet werden. Das Failed-Back-Surgery-Syndrome FBSS sei eine äusserst schwere Schmerzerkrankung, die nicht geheilt werden könne. Die Beschwerdeführerin gebe eine Schmerzreduktion von 30 ■ 50 % an. Dennoch müssten weiterhin starke Opioide der WHO-Klasse III zusätzlich eingenommen werden. Die Arbeitsfähigkeit werde primär durch die Schmerzen und konsekutiv durch die verminderte Beweglichkeit im Bereich der gesamten Wirbelsäule stark limitiert. Aus schmerztherapeutischer Sicht bestehe eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % im angestammten Beruf. Eine objektive Neubeurteilung der verbleibenden Arbeitsfähigkeit in einem angepassten Beruf könne nicht geleistet werden. Aus schmerztherapeutischer Sicht liege diese bei idealer Anpassung des Arbeitsplatzes bei 20 %. Es werde eine objektive Testung der funktionellen Leistungsfähigkeit z.B. an der Klinik Q.____ oder dem Institut E.____ empfohlen. Bei der SCS-Implantation müssten Limitierungen der Wirbelsäulenbeweglichkeit strengstens eingehalten werden: So sollten von der Beschwerdeführerin keine extremen Bewegungen der Lende- und Brustwirbelsäule wie Reklination / Inkliniation oder extreme Rotationsbewegungen durchgeführt werden. Dies sei erforderlich, um eine Migration der implantierten Elektroden im Periduralraum mid-thorakal zu verhindern. Die Schmerzerkrankung der Beschwerdeführerin FBSS sei jetzt komplett austherapiert worden, weitere Therapieoptionen stünden leider nicht mehr zur Verfügung. Aus diesem Grunde werde jetzt die Durchführung einer abschliessenden Beurteilung der Arbeitsfähigkeit empfohlen.

9.6 Im Verlaufsbericht vom 17. August 2020 (IV-Nr. 105) hielt Dr. med. P.____ fest, der Gesundheitszustand habe sich seit dem 20. Oktober 2019 verschlechtert. Die letzte ärztliche Kontrolle sei am 20. Juli 2020 erfolgt. Es sei eine mittelschwere depressive Episode vorhanden. Diese habe Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit, ebenso auf die chronischen Schmerzen. Dies seit der Trennung von der Ehefrau im Mai 2020. Die Beschwerdeführerin sei gegenwärtig hospitalisierungsbedürftig. Der Schmerztherapeut L.____ habe eine Hospitalisierung veranlasst.

9.7 Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung vom 24. November 2021 (IV-Nrn. 134.1 ■ 134.8) hielten PD Dr. med. F.____, MSc, FMH Physikalische Medizin und Rehabilitation / Rheumatologie, und Dr. med. G.____, Psychiatrie und Psychotherapie FMH, unter Einbezug des neuropsychologischen Teilgutachtens von lic. phil. H.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP (IV-Nr. 131), sowie der durchgeführten EFL folgende interdisziplinäre Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit fest (IV-Nr. 134.2 S. 2):

Diagnosen ohne (eigenständige) Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit seien:

Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt (IV-Nr. 134.6 S. 2), die zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lageristin entspreche einer mittelschweren, überwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit mit häufigem Arbeiten in unergonomischen Positionen.

Unter Berücksichtigung des Vergleichs zwischen Anforderungen und Belastbarkeit sei diese Tätigkeit seit Dezember 2013 nicht mehr zumutbar. Entsprechend bestehe keine zumutbare Arbeitszeit. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit (sehr leichte bis leichte wechselbelastende Tätigkeit im Sinne des Wechsels zwischen Gehen-Stehen und Sitzen. Hantieren von Lasten horizontal körpernaher sowie Tragen einseitig eigenhändig 15 kg, manchmal 10 kg, Hantieren ab Boden und über Brusthöhe selten 10 kg, manchmal 5 kg, Stehen und Sitzen vorgeneigt sowie wiederholte Kniebeugen lediglich selten, alle übrigen statischen und dynamischen Funktionen seien im Rahmen der EFL bei manchmal eingeschätzt worden) halbtags zumutbar. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht bestünden in einer angepassten Tätigkeit keine zusätzlichen Leistungseinschränkungen. Bezogen auf ein Vollzeitpensum betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % IV-Nr. 134.6 S. 1 f.).

Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin im Aussendienst als auch im Innendienst zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 127 S. 13).

Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei aus rein neuropsychologischer Sicht in den verschiedenen bisherigen un- bzw. angelernten Tätigkeiten in zeitlicher Hinsicht zu 100 % arbeitsfähig. In einer Tätigkeit als angelernte Verkäuferin bzw. in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als ungelernte Lageristin dürfte die Leistungsfähigkeit wegen der Einbussen in Gedächtnis und exekutiven Funktionen sowie in der Konzentration um 20 % reduziert sein. Die Arbeitsfähigkeit werde in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum insgesamt auf 80 % geschätzt. Bei einer adaptierten Tätigkeit (eher ausführende Hilfstätigkeiten ohne Anforderungen an Planen und Organisieren und unter Vermeidung hohen Zeitdrucks) wäre wegen der Gedächtnisstörungen eine vermehrte Einlernzeit notwendig. Eine solche wäre aus rein neuropsychologischer Sicht uneingeschränkt acht Stunden pro Tag möglich. Bei einfachen ausführenden körperlichen Routinetätigkeiten nach erhöhter Einlernzeit dürfte die Leistungsfähigkeit wegen der leichten Verlangsamung noch um 10 % reduziert sein (IV-Nr. 131 S. 13 f.).

Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde bezüglich der bisherigen Tätigkeit Folgendes festgehalten: Aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin auf Dauer nicht mehr zumutbar, dies sei seit dem Eintreten der Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2013 anzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht alleine bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, die Resultate der neuropsychologischen Abklärung hätten eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von insgesamt 20 % ergeben, was in erster Linie auf den hohen Zeitdruck, das Nebeneinander von verschiedenen Aufgaben und Planungsaufgaben mit entsprechender Verlangsamung zurückzuführen sei. Dies sei nach Besprechung zwischen der Neuropsychologin und dem auftraggebenden Psychiater multifaktoriell bedingt, wobei sowohl somatische wie auch psychische Elemente eine Rolle spielten, weshalb dies auch der Einschätzung des Psychiaters nicht widerspreche. Bei einer angepassten Tätigkeit könne zusammengefasst im Rahmen einer Halbtagestätigkeit von einer um 10 % reduzierten Leistung ausgegangen werden, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 45 % (Arbeitsunfähigkeit 55 %, IV-Nr. 134.2 S. 3 f.). Die Hauptbeeinträchtigung bestehe aufgrund eines rheumatologischen Leidens, weshalb die Arbeitsfähigkeit auch im Wesentlichen durch dieses beeinflusst werde. Eine zusätzlich bestehende chronische Schmerzstörung, welche im Rahmen des syndromal anzunehmenden

«Failed Back Surgery Syndroms» aber letztlich somatisch-neurophysiologisch erklärt werden müsse, habe gemeinsam mit einer aus somatischer Sicht bei diese Diagnose begründbaren Opioid-Medikation und zusätzlichen Faktoren zu einer leicht bis mittelschweren kognitiven Beeinträchtigung im Gedächtnis- und exekutiven Bereich geführt, welche bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt worden sei. Die Gesamtarbeitsfähigkeit ergebe sich auch rein rechnerisch, da der psychiatrische und neuropsychologische Fachbereich grundsätzlich von einer ganztags zumutbaren Tätigkeit ausgingen und lediglich eine leichte Leistungsminderung postuliert werde, dagegen im rheumatologischen Fachbereich eine relevante Einschränkung der zumutbaren Arbeitszeit bestehe. Es ergäben sich keine Massnahmen mit überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit.

9.8 In der Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 (IV-Nr. 137 S. 2 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. C. ___ u.a. fest, das Gutachten beruhe auf dem Studium der Akten, die gewürdigt würden, sowie eingehenden eigenen Explorationen in den genannten Fachgebieten. Die dabei erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde seien ausführlich dokumentiert und würden diskutiert. Die daraus abgeleitete diagnostische und versicherungsmedizinische Beurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Auf das Gutachten könne somit abgestellt werden. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne der Beginn der Verschlechterung mit einer Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von weniger als den ab März 2015 geltenden 80 % auf den Zeitpunkt der Wiederanmeldung vom 13. Juni 2018 festgelegt werden. Somit könne die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit gemäss dem unter Punkt 4.5 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung von 55 % ab Juni 2018 gelten.

9.9 Dr. med. C. ___, RAD, hielt in der Aktennotiz vom 31. März 2022 (IV-Nr. 138) an seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 fest. Die Begründung der Gutachter auf S. 6 der integrativen Gesamtbeurteilung leuchte nach wie vor ein, weshalb sie trotz rein rheumatologisch tendenziell leichter Verbesserung eine tiefere Arbeitsfähigkeit sähen als die Gutachter der Gutachterstelle B. ___, denen indirekt die mangelhafte Tiefe der Abklärung vorgehalten werde. Es bleibe aber auch festzuhalten, dass aus versicherungsrechtlicher Sicht argumentiert werden könne, dass von einem unveränderten Zustand auszugehen sei, weshalb das Leistungsgesuch abzulehnen sei, auch wenn rein medizinisch betrachtet die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar sei.

10. In der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 24. November 2021 (vgl. E. II. 9.7 hiervor) ab, weshalb nachfolgend der entsprechende Beweiswert zu prüfen ist. Das Gutachten erfüllt die Beweisanforderungen aus Rechtsprechung und Lehre (vgl. E. II. 4 hiervor). So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten ■ d.h. der Anamnese ■ abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und ist in seinen Schlussfolgerungen begründet.

10.1 Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens vom 25. / 26. März 2021 hielt PD Dr. med. F. ___ zur «Beurteilung» fest (IV-Nrn. 134.4, 134.5), in objektiver Hinsicht bestehe bei Zustand nach Spondylodese und Einlage eines Nervenstimulators auf der rechten Seite sowie einem ausgeprägten thorakolumbalen Flachrücken mit leichter

Stufenbildung auf Höhe von LWK 4 eine hauptsächlich schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule, wobei die Bewegungsumfänge konsistent auch in unbeobachteten Momenten vorhanden seien. Die Vorneigung gelinge bis auf Kniehöhe, wobei beim Aufrichten von spontan die Hände eingesetzt würden, was auch beim Hochkommen aus der Hocke der Fall sei. Deutlich schmerzeingeschränkt sei die Rechtsrotation, wobei hierfür möglicherweise die Elektrode verantwortlich sei. Deshalb sei auch keine passive Forcierung des Bewegungsausmasses erfolgt. Die Funktion im Bereich des rechten Knies sei uneingeschränkt. Allerdings bestehe wohl multifaktoriell eine deutliche Atrophie des rechten Oberschenkels gegenüber links und ein über die Zeit konsistentes leichtes Entlastungshinken im Bereich des rechten Beines (IV-Nr. 134.5 S. 4). Diese gutachterlichen Ausführungen sind aufgrund der erhobenen somatischen Untersuchungsbefunde nachvollziehbar und plausibel. So wurde in Bezug auf die Wirbelsäule ein thorako-lumbaler Flachrücken mit Stufenbildung auf Höhe von LWK

E. 4

und eine schmerzbedingt eingeschränkte LWS in alle Richtungen 2/3 sowie ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm festgestellt (IV-Nr. 134.5 S. 1). Die gutachterlichen Beurteilungen überzeugen auch aufgrund der Ergebnisse der durchgeführten Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 135.6). So wurden dabei u.a. eine leicht verminderte Belastbarkeit / Beweglichkeit des rechten Knies beobachtet und darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin bei vielen rückenbelastenden Tests Mühe gehabt habe. Sie habe häufig das linke Bein deutlich mehr als das rechte belastet und grosse Mühe beim Aufstehen nach Tests in Bodennähe gezeigt (S. 5).

Der rheumatologische Gutachter schätzte die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiterin zu 100 % arbeitsunfähig ein. Diese Einschätzung überzeugt unter Einbezug der Ergebnisse der durchgeführten EFL. So wurde diesbezüglich festgehalten, das arbeitsbezogene relevante Problem liege in einer verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule und die Beschwerdeführerin zeige weiterhin eine leicht verminderte Kniefunktion rechts (Knieprothese). Die am ersten 1. Testtag gezeigte Belastbarkeit habe im Bereich einer leichten Arbeit gelegen und die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage gewesen, diese Leistung am 2. Testtag zu reproduzieren (IV-Nr. 134.5 S. 2). Gestützt auf diese Ausführungen ist die gutachterliche Beurteilung nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin in der durch den Gutachter als mittelschwer ■ und damit mit einer eindeutig höheren Belastbarkeit einhergehenden ■ geschätzten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin voll arbeitsunfähig sei.

10.2 Dr. med. G. ___ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 (IV-Nr. 127) fest, bei der Beschwerdeführerin sei gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis bzw. depressiver Symptomatik mit Krankheitswert auszugehen (S. 12). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt aufgrund der anschliessenden gutachterlichen Darlegungen, wonach die Beschwerdeführerin bei der psychiatrischen Untersuchung in psychopathologischer Hinsicht einen verlangsamten Gedankengang, einen verminderten Antrieb sowie eine wenig lebhaft Psychomotorik aufgewiesen habe. Mit zu berücksichtigen seien fehlende Einschränkungen der mnestischen Funktionen, fehlende Hinweise auf eine depressive Grundstimmung und vermehrter Schlafbedarf sowie erhaltene soziale Kontakte im engeren Kreis. Die gutachterliche Einschätzung entspricht auch den Ergebnissen der durchgeführten Testverfahren: So deute die u.a. beim Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS) vom 1. April 2021 erzielte Gesamtpunktzahl von 8

(niedergeschlagen, aber ohne Schwierigkeiten aufzuheitern; mutlos, jedoch ohne Schwierigkeiten aufzuheitern; Appetitminderung; lebensmüde) nicht auf eine depressive Symptomatik mit Krankheitswert hin.

Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429).

Da keine Diagnosestellung aus dem psychiatrischen Fachgebiet vorliegt, überzeugt auch die durch den psychiatrischen Gutachter vorgenommene Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit.

10.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 2. Juli 2021 (IV-Nr. 131) begründete lic. phil. H.____ die von ihr gestellte Diagnose von «leicht bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen v.a. in Gedächtnis- und exekutiven Funktionen unklarer Ätiologie, am ehesten multifaktoriell bedingt» in schlüssiger Weise. So führte sie u.a. aus, in der aktuellen Untersuchung hätten sich bei der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen feststellen lassen. Diese beträfen vor allem das Gedächtnis (materialunspezifisches Lernen und Abrufen) und die exekutiven Funktionen (Logik, Handlungsplanung). In leichtem Ausmass fänden sich auch Einschränkungen in der selektiven Aufmerksamkeit, im Rechnen, in der Visuokonstruktion und in der Rechtschreibung (S. 9). Klinisch zeige sich eine Verlangsamung, ein schmerzbedingt häufiges Aufstehen, eine reduzierte Prosodie und Mimik sowie eine eingeschränkte Stimmungslage. Diese Feststellungen korrespondieren mit den dokumentierten Verhaltensbeobachtungen. So habe die Beschwerdeführerin u.a. schmerzbedingt immer wieder im Stehen weiterarbeiten müssen. In der Kommunikation seien eine reduzierte Prosodie und Mimik aufgefallen. Zudem habe die Stimmungslage bedrückt und wenig moduliert gewirkt (S. 7).

In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit als angelernte Verkäuferin bzw. in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ungelernete Lageristin hielt die neurologische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise fest, wegen der festgestellten Einbussen in den Gedächtnis- und exekutiven Funktionen sowie in der Konzentration bestehe eine Reduktion der Leistungsfähigkeit von 20 %. Folglich überzeugt die auf 80 % geschätzte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach in einer optimal angepassten Tätigkeit (einfache ausführende körperliche Routinetätigkeit mit erhöhter Einlernzeit) die Leistungsfähigkeit wegen der leichten Verlangsamung um 10 % reduziert sein müsse, erweist sich als plausibel (IV-Nr. 131 S. 13 f.).

10.4 Es ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Berichte den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G.____, des neuropsychologischen Teilgutachtens von lic. phil. H.____, und des rheumatologischen Teilgutachtens von PD Dr. med. F.____ allenfalls zu schmälern vermögen:

10.4.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.____ ist im Wesentlichen auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. P.____ vom 18. Dezember 2018, 20. Oktober 2019 und den Verlaufsbericht vom 17. August 2020 (vgl. E. II. 9.3 f., 9.6 hiervor) einzugehen. Dabei wird die im äusserst knapp gehaltenen Verlaufsbericht vom 17. August 2020 gestellte Diagnose einer «mittelschweren depressiven

Episode», welche seit der Trennung von der Ehefrau bestehe, nicht anhand konkreter Befunde erläutert. Dem Bericht kann daher nur beschränkte Aussagekraft beigemessen werden.

In Bezug auf die in den Berichten von Dr. med. P. ___ vom 18. Dezember 2018 und 20. Oktober 2019 festgestellte «leichte depressive Episode» hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. G. ___ überzeugend fest, dass bei der psychiatrischen Untersuchung u.a. keine Hinweise auf eine depressive Grundstimmung vorhanden seien und daher bei der Beschwerdeführerin gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis bzw. depressiver Symptomatik mit Krankheitswert ausgegangen werden könne (IV-Nr. 127 S. 12). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass jedenfalls im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung vom 27. April 2021 keine depressive Symptomatik vorlag. Im Bericht vom 20. Oktober 2019 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) wurde ergänzend darauf hingewiesen, dass weder eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt noch eine Medikation verordnet worden sei.

Somit vermögen die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. P. ___ vom 18. Dezember 2018 und 20. Oktober 2019 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G. ___ nicht zu schmälern. Daran vermögen die in den Berichten des M. ___ vom 12. November 2018 und des Hausarztes Dr. med. O. ___ vom 17. September 2018 (vgl. E. II. 9.1 f. hiervor) ausgewiesenen psychiatrische Diagnosestellungen nichts zu ändern. Da diese Diagnosen nicht durch spezialisierte Fachärzte auf dem medizinischen Fachgebiet der Psychiatrie und Psychologie gestellt wurden, kommt ihnen lediglich ein geringer Beweiswert zu.

10.4.2 Die neuropsychologische Gutachterin lic. phil. H. ___ hielt in Bezug auf die medizinischen Vorakten fest, es lägen bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit keine Vorbefunde vor, welche einen Vergleich möglich machen würden (S. 12). Dieser Einschätzung kann mit Blick auf die vorliegenden Akten gefolgt werden. So finden sich in diesen einerseits keine Hinweise auf zeitlich zuvor durchgeführte neuropsychologische Testverfahren und andererseits sind keine Berichte von auf das Gebiet der Neuropsychologie spezialisierten Fachpersonen ersichtlich. Der Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens wird folglich durch die Vorakten nicht in Frage gestellt.

10.4.3 Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung befasste sich PD Dr. med. F. ___ u.a. mit der Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin. Dabei ging er u.a. auf das in den Berichten des M. ___ vom 12. November 2018 und 20. Juli 2020 (vgl. E. II. 9.1, 9.5 hiervor) diagnostizierte «Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)» ein. Er wies dieses als Verdachtsdiagnose aus und ordnete es der Hauptdiagnose eines «chronisch lumbospondylogenen Syndroms rechts bis intermittierend radikuläres Reizsyndrom S1/L5 rechts» unter. Der rheumatologische Gutachter hielt diesbezüglich fest, dass insgesamt zum heutigen Zeitpunkt sicherlich eine gemischte Schmerzproblematik mit mechanischen, neuropathischen und zentralen Anteilen bestehe, wie sie nach langjähriger Problematik und nach nicht erfolgreicher Rückenoperation häufig zu beobachten sei. Dies erkläre auch den letztlich durch Einzelmassnahmen nur erreichbaren Teilerfolg (IV-Nr. 134.5 S. 5). Dieser Einschätzung kann aufgrund der in den medizinischen Vorakten dokumentierten operativen Eingriffe sowie des bei der implantierten Spinal-Cord-Stimulation beschriebenen, mässigen Erfolges (Schmerzreduktion von 30 ■ 50 %, vgl. E. II. 9.1, 9.5 hiervor), gefolgt werden. In Bezug auf die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte EFL hielt der Gutachter weiter

fest, dass trotz der Schmerzchronifizierung die Angaben und Beobachtungen konsistente Befunde und ein konsistentes Verhalten geliefert hätten und die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine gute Kooperation auch beim Belastbarkeitstest gezeigt habe (IV-Nr. 134.5 S. 5 f.). Bei der EFL wurde zudem festgestellt, dass sich die Beschwerdeführerin teilweise unter Angabe von Schmerzen selbst limitiere, bevor die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht werde (IV-Nr. 134.7 S. 2). Gemäss dem rheumatologischen Gutachter könne diese beobachtete Selbstlimitierung im Rahmen der chronischen Schmerzproblematik, wie sie typischerweise beim «Failed Back Surgery Syndrome» postuliert werde, und den letztlich fehlenden Erfahrungen aus dem Alltag erklärt werden (IV-Nr. 134.5 S. 5).

Somit stehen die Berichte des M.____ vom 12. November 2018 und 20. Juli 2020 dem Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht entgegen und vermögen diesen auch nicht zu verringern.

10.5 Die Beschwerdegegnerin hat somit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) korrekterweise auf das interdisziplinäre Gutachten vom 24. November 2021 (vgl. E. II. 9.7 hiervor) abgestellt. So hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. C.____ in seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) fest, es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Dies wird von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet.

11. Es ist im Nachfolgenden ■ wie bereits in E. II. 7 ausgeführt ■ zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. März 2017 (IV-Nr. 55) wesentlich verändert hat. Dabei ist zunächst auf den psychischen Gesundheitszustand (vgl. E. 11.1 hiernach), dann auf den neuropsychologischen (vgl. E. II. 11.2 hiernach) und schliesslich auf die rheumatologische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin (vgl. E. II. 11.3 hiernach) einzugehen:

11.1

11.1.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 fest (IV-Nr. 127 S. 13), in den zur Verfügung gestellten medizinischen Akten könne bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der chronischen Schmerzen und psychosozialen Belastungsfaktoren von einer ausgewiesenen Verschlechterung der psychischen Verfassung seit 2013 ausgegangen werden. Allerdings habe die Beschwerdeführerin erstmals am 4. Dezember 2018 eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen, womit die Entstehung einer eigenständigen und selbstunterhaltenden rezidivierenden depressiven Störung seit 2013 ausgeschlossen werden könne. Auch die Verschlechterung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin seit Mai 2020 sei eindeutig auf die psychosozialen Belastungen (vor allem Trennung von der Ehefrau) zurückzuführen, womit die postulierten wiederkehrenden depressiven Phasen als vorübergehende Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen betrachtet werden könnten. Bei der Beschwerdeführerin, so der psychiatrische Gutachter weiter, könne aktenmässig von einer belastenden Kindheit ausgegangen werden, allerdings ohne dokumentierte schwerwiegende emotionale Konflikte oder schwerwiegende belastende psychosoziale Situation im Erwachsenenalter, womit die im Gutachtenbericht der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 postulierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung doch nicht ausgewiesen sei (IV-Nr. 127 S. 13). Gestützt auf diese

einleuchtenden gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. G.____ ist somit davon auszugehen, dass die im Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosen einer «leichten depressiven Episode» und einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung», denen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde, durch Dr. med. G.____ im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 (IV-Nr. 127) nicht bestätigt werden konnten. Insgesamt kann somit seit der rechtskräftigen Verfügung vom 6. März 2017 jedenfalls nicht von einer wesentlich verschlechterten psychischen gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ausgegangen werden.

11.1.2 Es ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass psychosoziale Faktoren, die einen Gesundheitszustand verursachten, vergrösserten oder aufrechterhielten, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müssten (A.S. 13). Die bereits im psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle B.____ vom 11. April 2016 beschriebenen, psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren (IV-Nr. 31 S. 12) bestätigte auch Dr. med. G.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 (IV-Nr. 127). Die durch ihn festgestellten psychosozialen Belastungen (zerrüttete Ehe, finanzielle Probleme bzw. Existenzängste und Arbeitslosigkeit sowie die Notwendigkeit der Unterstützung der psychisch angeschlagenen Ex-Frau, IV-Nr. 127 S. 15) sind in der Diagnosestellung der «Anpassungsstörung» vollumfänglich berücksichtigt. Nach der bundesgerichtlichen Praxis können psychosoziale und soziokulturelle Faktoren mittelbar invaliditätsbegründend sein, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1 mit Hinweis). Eine psychische Symptomatik, welche durch die genannten Faktoren ausgelöst worden wäre, sich aber in der Folge zu einem verselbständigten Gesundheitsschaden entwickelt hätte, der durch die diagnostizierte Anpassungsstörung nicht hinreichend erfasst wird, liegt nach den schlüssigen und überzeugenden Darlegungen des Gutachters nicht vor.

11.2

11.2.1 Bezüglich der durch lic. phil. H.____ im neuropsychologischen Teilgutachten vom 2. Juli 2021 diagnostizierten «leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörung vor allem des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen multifaktorieller Ätiologie» (IV-Nr. 131 S. 1) wurde im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung Folgendes festgehalten: Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine leicht bis mittelschwere neurokognitive Beeinträchtigung vor allem der Gedächtnis- und exekutiven Funktionen, unter Berücksichtigung der im Anschluss an die neuropsychologische Abklärung durchgeführten Besprechung mit Dr. med. G.____ am ehesten multifaktorieller Genese. Dabei spielten eine Opioidbehandlung, mögliche prämorbid Leistungseinschränkungen, Residuen einer durchgemachten depressiven Störung, aber auch schmerzbedingte Beeinträchtigungen eine Rolle, die sich schlecht abgrenzen liessen. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung hätten sich ■ nachdem anfänglich Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft bestanden hätten (vgl. IV-Nr. 131 S. 8 ff. und 12) ■ nach entsprechender Ermahnung im weiteren Verlauf konsistente plausible und valide Untersuchungsergebnisse ergeben (IV-Nr. 134.2 S. 2). Somit ist von einer nicht

eindeutig feststellbaren Ätiologie der neuropsychologischen gesundheitlichen Beeinträchtigung auszugehen. Im Rahmen der früheren Begutachtung bei der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 erfolgte keine neuropsychologische Abklärung und daher auch keine entsprechende Diagnosestellung. In Bezug auf das B.____-Gutachten hielt lic. phil. H.____ unter dem Titel «Aktenauszug» auch fest, es seien damals in der Anamnese und in der Untersuchung subjektiv spontan keine kognitiven Einschränkungen beklagt und auch in der psychiatrischen Untersuchung klinisch nicht beobachtet worden (IV-Nr. 131 S. 3). Der aktuelle psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ empfahl eine neuropsychologische Abklärung wegen möglicher Auswirkungen einer iatrogenen Opioid-abhängigkeit. Da die neuropsychologische Gutachterin von einer multifaktoriellen Genese ausgeht, lässt sich nicht zuverlässig beurteilen, ob es sich um neu aufgetretene Defizite handelt. Dr. phil. H.____ bezeichnet den zeitlichen Verlauf denn auch als unklar (IV-Nr. 131 S. 13). Damit liegt auch insoweit kein Revisionsgrund vor. Falls man, entgegen des soeben Ausgeführten, von einer neu aufgetretenen Symptomatik ausginge, würde sich weiter die Frage stellen, ob die kognitiven Funktionseinschränkungen, die gemäss der gutachterlichen Einschätzung der Neuropsychologin in der angestammten Tätigkeit zu einer Leistungseinschränkung von 20 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu einer Einschränkung von 10 % führten, unter revisionsrechtlichem Gesichtspunkt relevant sind. Zur Beantwortung dieser Frage ist der psychische und neuropsychologische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gesamthaft zu betrachten. Wie oben bereits ausgeführt (vgl. E. II. 11.1 hiervor), hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 6. März 2017 nicht verschlechtert. So konnte im Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ vom 27. April 2021 auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt werden. In Bezug auf den neuropsychologischen Gesundheitszustand fand im Rahmen der früheren Begutachtung von 2016 keine Abklärung bzw. Begutachtung statt. Eine solche wurde 2021 einzig auf Empfehlung des Psychiaters Dr. med. G.____ vorgenommen, indem zur Beurteilung der Opioid-bedingten Einschränkungen Stellung zu nehmen sei (vgl. IV-Nr. 127 S. 13). Die nunmehr gesamthaft resultierende Einschränkung aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht geht nicht über diejenige hinaus, welche im Gutachten vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 8.1 hiervor; IV-Nr. 31 S. 13) aus psychiatrischer Sicht attestiert wurde.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich bei der Beschwerdeführerin seit der zuletzt ergangenen Verfügung vom 6. März 2017 aus neuropsychologischer Sicht eine möglicherweise leichtgradig veränderte gesundheitliche Situation präsentiert. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung handelt es sich jedenfalls nicht um eine wesentliche Veränderung. Eine anspruchsbegründende, revisionsrechtlich relevante Veränderung liegt somit nicht vor.

11.2.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die Opioid-Abhängigkeit sei invalidenversicherungsrechtlich relevant (A.S. 13). Dr. med. G.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 diesbezüglich fest, anamnestisch könne seit mindestens zwei bis drei Jahren von einer iatrogenen Opioidabhängigkeit ausgegangen werden, die anlässlich der Exploration vom 10. April 2021 vordergründig den formalen Gedankengang, den Antrieb und die Psychomotorik der Beschwerdeführerin beeinträchtigte (IV-Nr. 127). Die durch ihn in diesem Zusammenhang empfohlene neuropsychologische Abklärung, wurde am 2. Juli 2021 von lic. phil. H.____ vorgenommen. Sie ging u.a. auf den seit circa zwei bis drei Jahren dauernden Konsum eines Opioid-Präparats ein, wobei sie auf

unterschiedliche Analysen hinwies. Dabei hielt sie fest, während in früheren Studien kognitive Defizite beschrieben worden seien, zeige eine aktuelle zusammenfassende Metaanalyse, dass beim Einsatz von Opioid-Präparaten zur Langzeit-Schmerzbehandlung keine relevanten kognitiven Defizite im Unterschied zu PatientInnen ohne Opioidbehandlung bestanden hätten (IV-Nr. 131 S. 10). Vor diesem Hintergrund lässt sich aus dem Gebrauch einer opioidhaltigen Schmerzmedikation keine wesentliche Verschlechterung der Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin seit der früheren Beurteilung im Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 ableiten.

11.3 Das bereits im Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 ausgewiesene chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom ohne klar fassbare radikuläre Symptomatik (vgl. E. II. 8.1 hiervor) wurde im rheumatologischen Teilgutachten von PD Dr. med. F.____ dahingehend bestätigt, als ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts sowie ein auch nicht auszuschliessendes radikuläres Reizsyndrom S1/L5 rechts (neuropathische Schmerzkomponente) diagnostiziert wurden (IV-Nr. 134.5 S. 5). Aufgrund der durch PD Dr. med. F.____ gewählten Formulierung ist ■ entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (A.S. 12) ■ davon auszugehen, dass sich auch im Zeitpunkt der rheumatologischen Begutachtung eine radikuläre Symptomatik nicht zuverlässig feststellen liess. Somit ist diesbezüglich seit dem B.____-Gutachten keine wesentliche diagnostische Änderung ersichtlich. Im Weiteren bestätigte der Rheumatologe PD Dr. med. F.____ auch die bereits im Gutachten der Gutachterstelle B.____ von 2016 ausgewiesenen «chronischen Kniebeschwerden rechts» im Rahmen eines «Zustandes nach Knie TP «zementiert» Juni 2017 bei medialer und femoro-patellär betonter Pangoarthrose rechts». Auch diese Diagnosestellungen lassen auf keine wesentliche gesundheitliche Veränderung schliessen.

PD Dr. med. F.____ führte in Bezug auf das Vorgutachten von 2016 aus, aufgrund der teilweise unvollständigen Diagnostik und Diagnose im Rahmen der Begutachtung bei der Gutachterstelle B.____ im März 2016 müsse davon ausgegangen werden, dass bereits damals von einem vergleichbaren Zustand mit relevanter Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit auszugehen sei, umso mehr als damals noch keine EFL zur Verfügung gestanden habe. Man müsse sich sogar die Frage stellen, ob zum damaligen Zeitpunkt die Einschränkungen nicht noch grösser gewesen seien, da das rechte Knie zum Zeitpunkt der damaligen Begutachtung noch nicht operiert gewesen sei und auch der später eingesetzte Nervenstimulator eine gewisse Verbesserung gebracht habe. Zum aktuellen Zeitpunkt sei von einem stabilen Zustand auszugehen, wobei im Laufe der kommenden Jahre eine Zunahme der Anschlussdegeneration im Segment L4/L5 erwartet werden könne, was sich aber nicht zwangsläufig auf die Belastbarkeit und zumutbare Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-Nr. 134.5 S. 6). Gestützt auf diese schlüssigen gutachterlichen Einschätzungen ist davon auszugehen, dass es sich bei der aktuellen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes gegenüber derjenigen durch die Gutachterstelle B.____ lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts handelt. Diese ist im revisionsrechtlichen Kontext indes unbeachtlich (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_676/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.2).

12. Zusammenfassend ist seit dem Referenzzeitpunkt vom 6. März 2017 keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgewiesen. So hielten die Gutachter anlässlich der konsensualen Besprechung vom 23. November 2021 u.a. auch fest (IV-Nr. 134.2 S. 2), dass sich gegenüber der

Einschätzung im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachterstelle B.____ 2016 Abweichungen sowohl in der Diagnosestellung wie auch in der Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ergäben, obwohl zumindest aus rheumatologischer Sicht tendenziell von einem stabilen bis sogar leicht verbesserten Gesundheitszustand auszugehen sei. Hinsichtlich der Gonarthrose rechts sei von einer vorübergehenden zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis sechs Monate nach Durchführen der Knie-TP auszugehen. Die Abweichungen der Einschätzung ergäben sich einerseits durch eine damals aus der Retrospektive wohl zu wenig vertiefte Abklärung, beschränkten Möglichkeiten der Einschätzung der Funktionsfähigkeit und stärkerer Gewichtung der subjektiven Überschätzung der Einschränkungen durch die Beschwerdeführerin selbst «bei sonst zu den objektiver Datenlage». Dies begründe aus Sicht der Gutachter die veränderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausreichend. Auch die Stellungnahme des RAD-Arztes Dr. med. C.____ vom 16. Dezember 2021 (vgl. E. II. 9.8 hiervor) bildet keine Grundlage für die Annahme einer erheblichen Veränderung, denn er ging einzig auf den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens vom 24. November 2021 ein. Er äusserte sich jedoch nicht zum früher erhobenen gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin bzw. setzte sich nicht mit der Frage auseinander, ob sich der Gesundheitszustand seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 6. März 2017 in revisionsrechtlich relevanter Weise verändert hat. Entsprechende Überlegungen stellte er erst in seiner Aktennotiz vom 31. März 2022 an (vgl. E. II. 9.9 hiervor). So legte er dar, dass von einem unveränderten Zustand ausgegangen werden könne, weshalb das Leistungsbegehren abzulehnen sei. Da demnach kein Revisionsgrund ausgewiesen ist, hat die Beschwerdeführerin weiterhin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Dasselbe gilt für berufliche Massnahmen, welche mit der Verfügung vom 6. März 2017 ebenfalls abgelehnt wurden. Falls die Beschwerdeführerin der Auffassung ist, in Bezug auf berufliche Massnahmen habe sich der relevante Sachverhalt in einem anderen Punkt verändert ■ war im vorliegenden Verfahren nicht geltend gemacht wurde ■ besteht die Möglichkeit einer Neuanmeldung.

13. In Bezug auf die Feststellung des Rheumatologen PD Dr. med. F.____ (IV-Nr. 134.2 S. 2), wonach bezüglich der Gonarthrose rechts von einer vorübergehenden zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis sechs Monate nach Durchführung der Knie-Totalprothese im Juni 2017 auszugehen sei, liess die Beschwerdeführerin geltend machen, dies entspreche einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes gemäss Art. 88 Abs. 2 IVV (A.S. 11). Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. So liegt die Zeitspanne der durch den rheumatologischen Gutachter geschätzten zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (1. Juni 2017 bis 1. Dezember 2017) vor dem Datum der im vorliegenden Verfahren erfolgten Neuanmeldung vom 13. Juni 2018 (vgl. E. I. 3 hiervor). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG somit frühestens ab 1. Dezember 2018 entstanden sein. Folglich besteht für die Beschwerdeführerin auch kein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente.

14. Die Beschwerdeführerin lässt ausserdem geltend machen, die Verfügung vom 6. März 2017 sei im Rahmen einer prozessualen Revision abzuändern. Die Beschwerdegegnerin hat dazu erwogen, eine solche komme nicht in Betracht, wenn es um die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehe, welche notwendigerweise Ermessenszüge aufweise. Dem ist jedenfalls in der hier gegebenen Konstellation, wo keine eklatanten Mängel des Gutachtens vom 26. April 2016 ersichtlich sind, beizupflichten.

Somit ist die Verfügung vom 8. August 2022 zu bestätigen und die dagegen am 9. September 2022 erhobene Beschwerde abzuweisen.

16. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genuss der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervor).

16.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Vertreter der Beschwerdeführerin, Erich Züblin, hat am 26. Oktober 2022 eine Kostennote eingereicht (A.S. 38 ff.), worin er einen Aufwand von 9 Stunden und 35 Minuten und Auslagen von CHF 22.50 geltend macht. Im Aufwand enthalten ist ein Kurzbrief an den Klienten vom 7. Oktober 2022 à 0:10. Dieser ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen. Somit beträgt der zu entschädigende Aufwand insgesamt 9 Stunden und 25 Minuten. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 [kantonalem] Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf gerundet CHF 1'850.40 festzusetzen (9.42 Stunden zu CHF 180.00 + Auslagen [CHF 22.50] + 7.7 % MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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

Demnach wird erkannt:

4. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die infolge Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Staat Solothurn zu übernehmen sind. Vorbehalten bleibt der Rückforderungs-

anspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A. ___ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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
Flückiger

Die Gerichtsschreiberin
Küng

E. 5

iatrogene Opioid-Abhängigkeit Im rheumatologischen Teilgutachten wurde ausgeführt (IV-Nr. 134.6 S. 2), die zuletzt ausgeübten Tätigkeit als Lageristin entspreche einer mittelschweren, überwiegend stehenden und gehenden Tätigkeit mit häufigem Arbeiten in unergonomischen Positionen. Unter Berücksichtigung des Vergleichs zwischen Anforderungen und Belastbarkeit sei diese Tätigkeit seit Dezember 2013 nicht mehr zumutbar. Entsprechend bestehe keine zumutbare Arbeitszeit. Für die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin bestehe eine volle Arbeitsunfähigkeit. Aus rheumatologischer Sicht sei eine angepasste Tätigkeit (sehr leichte bis leichte wechselbelastende Tätigkeit im Sinne des Wechsels zwischen Gehen-Stehen und Sitzen. Hantieren von Lasten horizontal körpernaher sowie Tragen einseitig eigenhändig 15 kg, manchmal 10 kg, Hantieren ab Boden und über Brusthöhe selten 10 kg, manchmal 5 kg, Stehen und Sitzen vorgeneigt sowie wiederholte Kniebeugen lediglich selten, alle übrigen statischen und dynamischen Funktionen seien im Rahmen der EFL bei manchmal eingeschätzt worden) halbtags zumutbar. Aus rheumatologisch-orthopädischer Sicht bestünden in einer angepassten Tätigkeit keine zusätzlichen Leistungseinschränkungen. Bezogen auf ein Vollzeitpensum betrage die Arbeitsfähigkeit 50 % (IV-Nr. 134.6 S. 1 f.). Aus psychiatrischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in ihrer angestammten Tätigkeit als Verkäuferin im Aussendienst als auch im Innendienst zu 100 % arbeitsfähig (IV-Nr. 127 S. 13). Im neuropsychologischen Teilgutachten wurde festgehalten, die Beschwerdeführerin sei aus rein neuropsychologischer Sicht in den verschiedenen bisherigen un- bzw. angelernten Tätigkeiten in zeitlicher Hinsicht zu 100 % arbeitsfähig. In einer Tätigkeit als angelernte Verkäuferin bzw. in der zuletzt ausgeführten Tätigkeit als ungelernete Lageristin dürfe die Leistungsfähigkeit wegen der Einbussen in Gedächtnis und exekutiven Funktionen sowie in der Konzentration um 20 % reduziert sein. Die Arbeitsfähigkeit werde in der bisherigen Tätigkeit bezogen auf ein 100%-Pensum insgesamt auf 80 % geschätzt. Bei einer adaptierten Tätigkeit (eher ausführende Hilfstätigkeiten ohne Anforderungen an Planen und Organisieren und unter Vermeidung hohen Zeitdrucks) wäre wegen der Gedächtnisstörungen eine vermehrte Einlernzeit notwendig. Eine solche wäre aus rein neuropsychologischer Sicht uneingeschränkt acht Stunden pro Tag möglich. Bei einfachen ausführenden körperlichen Routinetätigkeiten nach erhöhter Einlernzeit dürfe die Leistungsfähigkeit wegen der leichten Verlangsamung noch um 10 % reduziert sein (IV-Nr. 131 S. 13 f.). Im Rahmen der interdisziplinären Gesamtbeurteilung wurde bezüglich der bisherigen Tätigkeit Folgendes festgehalten: Aus rheumatologischer Sicht sei die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Lageristin auf Dauer nicht mehr zumutbar, dies sei seit dem Eintreten der Arbeitsunfähigkeit im Dezember 2013 anzunehmen. Aus psychiatrischer Sicht alleine bestehe keine Arbeitsunfähigkeit, die Resultate der neuropsychologischen Abklärung hätten eine Einschränkung der Leistungsfähigkeit von insgesamt 20 % ergeben, was in erster Linie auf den hohen Zeitdruck, das Nebeneinander von verschiedenen Aufgaben und Planungsaufgaben mit entsprechender Verlangsamung zurückzuführen sei. Dies sei nach Besprechung zwischen der Neuropsychologin und dem auftraggebenden Psychiater multifaktoriell bedingt, wobei sowohl somatische wie auch psychische Elemente eine Rolle spielten, weshalb dies auch der Einschätzung des Psychiaters nicht widerspreche. Bei einer angepassten Tätigkeit könne zusammengefasst im Rahmen einer

Halbtagestätigkeit von einer um 10 % reduzierten Leistung ausgegangen werden, entsprechend einer Arbeitsfähigkeit von 45 % (Arbeitsunfähigkeit 55 %, IV-Nr. 134.2 S. 3 f.). Die Hauptbeeinträchtigung bestehe aufgrund eines rheumatologischen Leidens, weshalb die Arbeitsfähigkeit auch im Wesentlichen durch dieses beeinflusst werde. Eine zusätzlich bestehende chronische Schmerzstörung, welche im Rahmen des syndromal anzunehmenden «Failed Back Surgery Syndroms» aber letztlich somatisch-neurophysiologisch erklärt werden müsse, habe gemeinsam mit einer aus somatischer Sicht bei diese Diagnose begründbaren Opioid-Medikation und zusätzlichen Faktoren zu einer leicht bis mittelschweren kognitiven Beeinträchtigung im Gedächtnis- und exekutiven Bereich geführt, welche bei der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit mitberücksichtigt worden sei. Die Gesamtarbeitsfähigkeit ergebe sich auch rein rechnerisch, da der psychiatrische und neuropsychologische Fachbereich grundsätzlich von einer ganztags zumutbaren Tätigkeit ausgingen und lediglich eine leichte Leistungsminderung postuliert werde, dagegen im rheumatologischen Fachbereich eine relevante Einschränkung der zumutbaren Arbeitszeit bestehe. Es ergäben sich keine Massnahmen mit überwiegend wahrscheinlich anzunehmenden Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit. 9.8 In der Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 (IV-Nr. 137 S. 2 f.) hielt der RAD-Arzt Dr. med. C.____ u.a. fest, das Gutachten beruhe auf dem Studium der Akten, die gewürdigt würden, sowie eingehenden eigenen Explorationen in den genannten Fachgebieten. Die dabei erhobenen Angaben zur Anamnese und die festgestellten objektiven Befunde seien ausführlich dokumentiert und würden diskutiert. Die daraus abgeleitete diagnostische und versicherungsmedizinische Beurteilung sei nachvollziehbar dargelegt und in sich schlüssig. Auf das Gutachten könne somit abgestellt werden. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit könne der Beginn der Verschlechterung mit einer Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit von weniger als den ab März 2015 geltenden 80 % auf den Zeitpunkt der Wiederanmeldung vom 13. Juni 2018 festgelegt werden. Somit könne die von den Gutachtern attestierte Arbeitsunfähigkeit in angepasster Tätigkeit gemäss dem unter Punkt 4.5 der interdisziplinären Gesamtbeurteilung von 55 % ab Juni 2018 gelten. 9.9 Dr. med. C.____, RAD, hielt in der Aktennotiz vom 31. März 2022 (IV-Nr. 138) an seiner versicherungsmedizinischen Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 fest. Die Begründung der Gutachter auf S. 6 der integrativen Gesamtbeurteilung leuchte nach wie vor ein, weshalb sie trotz rein rheumatologisch tendenziell leichter Verbesserung eine tiefere Arbeitsfähigkeit sähen als die Gutachter der Gutachterstelle B.____, denen indirekt die mangelhafte Tiefe der Abklärung vorgehalten werde. Es bleibe aber auch festzuhalten, dass aus versicherungsrechtlicher Sicht argumentiert werden könne, dass von einem unveränderten Zustand auszugehen sei, weshalb das Leistungsgesuch abzulehnen sei, auch wenn rein medizinisch betrachtet die aktuelle Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nachvollziehbar sei. 10. In der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 stellt die Beschwerdegegnerin im Wesentlichen auf das interdisziplinäre Gutachten vom 24. November 2021 (vgl. E. II. 9.7 hiavor) ab, weshalb nachfolgend der entsprechende Beweiswert zu prüfen ist. Das Gutachten erfüllt die Beweisanforderungen aus Rechtsprechung und Lehre (vgl. E. II. 4 hiavor). So ist dieses für die streitigen Belange umfassend, beruht auf allseitigen Untersuchungen, berücksichtigt auch die geklagten Beschwerden, ist in Kenntnis der Vorakten – d.h. der Anamnese – abgegeben worden, leuchtet in der Beurteilung der medizinischen Situation ein und ist in seinen Schlussfolgerungen begründet. 10.1 Im Rahmen des rheumatologischen Teilgutachtens vom 25. / 26. März 2021 hielt PD Dr. med. F.____ zur «Beurteilung» fest (IV-Nrn. 134.4, 134.5), in objektiver Hinsicht bestehe bei Zustand nach Spondylodese und

Einlage eines Nervenstimulators auf der rechten Seite sowie einem ausgeprägten thorakolumbalen Flachrücken mit leichter Stufenbildung auf Höhe von LWK 4 eine hauptsächlich schmerzbedingt eingeschränkte Beweglichkeit im Bereich der Lendenwirbelsäule, wobei die Bewegungsumfänge konsistent auch in unbeobachteten Momenten vorhanden seien. Die Vorneigung gelinge bis auf Kniehöhe, wobei beim Aufrichten von spontan die Hände eingesetzt würden, was auch beim Hochkommen aus der Hocke der Fall sei. Deutlich schmerzeingeschränkt sei die Rechtsrotation, wobei hierfür möglicherweise die Elektrode verantwortlich sei. Deshalb sei auch keine passive Forcierung des Bewegungsausmasses erfolgt. Die Funktion im Bereich des rechten Knies sei uneingeschränkt. Allerdings bestehe wohl multifaktoriell eine deutliche Atrophie des rechten Oberschenkels gegenüber links und ein über die Zeit konsistentes leichtes Entlastungshinken im Bereich des rechten Beines (IV-Nr. 134.5 S. 4). Diese gutachterlichen Ausführungen sind aufgrund der erhobenen somatischen Untersuchungsbefunde nachvollziehbar und plausibel. So wurde in Bezug auf die Wirbelsäule ein thorako-lumbaler Flachrücken mit Stufenbildung auf Höhe von LWK 4 und eine schmerzbedingt eingeschränkte LWS in alle Richtungen 2/3 sowie ein Finger-Boden-Abstand von 30 cm festgestellt (IV-Nr. 134.5 S. 1). Die gutachterlichen Beurteilungen überzeugen auch aufgrund der Ergebnisse der durchgeführten Evaluation der arbeitsbezogenen funktionellen Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 135.6). So wurden dabei u.a. eine leicht verminderte Belastbarkeit / Beweglichkeit des rechten Knies beobachtet und darauf hingewiesen, dass die Beschwerdeführerin bei vielen rückenbelastenden Tests Mühe gehabt habe. Sie habe häufig das linke Bein deutlich mehr als das rechte belastet und grosse Mühe beim Aufstehen nach Tests in Bodennähe gezeigt (S. 5). Der rheumatologische Gutachter schätzte die Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit als Lagermitarbeiterin zu 100 % arbeitsunfähig ein. Diese Einschätzung überzeugt unter Einbezug der Ergebnisse der durchgeführten EFL. So wurde diesbezüglich festgehalten, das arbeitsbezogene relevante Problem liege in einer verminderten Belastungstoleranz der Lendenwirbelsäule und die Beschwerdeführerin zeige weiterhin eine leicht verminderte Kniefunktion rechts (Knieprothese). Die am ersten 1. Testtag gezeigte Belastbarkeit habe im Bereich einer leichten Arbeit gelegen und die Beschwerdeführerin sei nicht in der Lage gewesen, diese Leistung am 2. Testtag zu reproduzieren (IV-Nr. 134.5 S. 2). Gestützt auf diese Ausführungen ist die gutachterliche Beurteilung nachvollziehbar, dass die Beschwerdeführerin in der durch den Gutachter als mittelschwer – und damit mit einer eindeutig höheren Belastbarkeit einhergehenden – geschätzten Tätigkeit als Lagermitarbeiterin voll arbeitsunfähig sei. 10.2 Dr. med. G. ___ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 (IV-Nr. 127) fest, bei der Beschwerdeführerin sei gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis bzw. depressiver Symptomatik mit Krankheitswert auszugehen (S. 12). Diese gutachterliche Einschätzung überzeugt aufgrund der anschliessenden gutachterlichen Darlegungen, wonach die Beschwerdeführerin bei der psychiatrischen Untersuchung in psychopathologischer Hinsicht einen verlangsamten Gedankengang, einen verminderten Antrieb sowie eine wenig lebhaft Psychomotorik aufgewiesen habe. Mit zu berücksichtigen seien fehlende Einschränkungen der mnestischen Funktionen, fehlende Hinweise auf eine depressive Grundstimmung und vermehrter Schlafbedarf sowie erhaltene soziale Kontakte im engeren Kreis. Die gutachterliche Einschätzung entspricht auch den Ergebnissen der durchgeführten Testverfahren: So deute die u.a. beim Montgomery-Asberg Depression Scale (MADRS) vom 1. April 2021 erzielte Gesamtpunktzahl von 8

(niedergeschlagen, aber ohne Schwierigkeiten aufzuheitern; mutlos, jedoch ohne Schwierigkeiten aufzuheitern; Appetitminderung; lebensmüde) nicht auf eine depressive Symptomatik mit Krankheitswert hin. Gestützt auf dieses beweismässige fachärztliche Teilgutachten, welches eine psychiatrisch bedingte Arbeitsunfähigkeit in überzeugender Weise verneint, kann auf eine Indikatorenprüfung verzichtet werden (BGE 143 V 418 E. 7.1 S. 429). Da keine Diagnosestellung aus dem psychiatrischen Fachgebiet vorliegt, überzeugt auch die durch den psychiatrischen Gutachter vorgenommene Einschätzung einer vollen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Tätigkeit.

10.3 Im neuropsychologischen Teilgutachten vom 2. Juli 2021 (IV-Nr. 131) begründete lic. phil. H.____ die von ihr gestellte Diagnose von «leicht bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörungen v.a. in Gedächtnis- und exekutiven Funktionen unklarer Ätiologie, am ehesten multifaktoriell bedingt» in schlüssiger Weise. So führte sie u.a. aus, in der aktuellen Untersuchung hätten sich bei der Beschwerdeführerin leichte bis mittelschwere kognitive Einschränkungen feststellen lassen. Diese beträfen vor allem das Gedächtnis (materialunspezifisches Lernen und Abrufen) und die exekutiven Funktionen (Logik, Handlungsplanung). In leichtem Ausmass fänden sich auch Einschränkungen in der selektiven Aufmerksamkeit, im Rechnen, in der Visuokonstruktion und in der Rechtschreibung (S. 9). Klinisch zeige sich eine Verlangsamung, ein schmerzbedingt häufiges Aufstehen, eine reduzierte Prosodie und Mimik sowie eine eingeschränkte Stimmungslage. Diese Feststellungen korrespondieren mit den dokumentierten Verhaltensbeobachtungen. So habe die Beschwerdeführerin u.a. schmerzbedingt immer wieder im Stehen weiterarbeiten müssen. In der Kommunikation seien eine reduzierte Prosodie und Mimik aufgefallen. Zudem habe die Stimmungslage bedrückt und wenig moduliert gewirkt (S. 7). In Bezug auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer Tätigkeit als angelernte Verkäuferin bzw. in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit als ungelernete Lageristin hielt die neurologische Gutachterin in nachvollziehbarer Weise fest, wegen der festgestellten Einbussen in den Gedächtnis- und exekutiven Funktionen sowie in der Konzentration bestehe eine Reduktion der Leistungsfähigkeit von 20 %. Folglich überzeugt die auf 80 % geschätzte Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit. Auch die weitere gutachterliche Einschätzung, wonach in einer optimal angepassten Tätigkeit (einfache ausführende körperliche Routinetätigkeit mit erhöhter Einlernzeit) die Leistungsfähigkeit wegen der leichten Verlangsamung um 10 % reduziert sein müsse, erweist sich als plausibel (IV-Nr. 131 S. 13 f.).

10.4 Es ist zu prüfen, ob die übrigen medizinischen Berichte den grundsätzlichen Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G.____, des neuropsychologischen Teilgutachtens von lic. phil. H.____, und des rheumatologischen Teilgutachtens von PD Dr. med. F.____ allenfalls zu schmälern vermögen:

10.4.1 In Bezug auf das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. G.____ ist im Wesentlichen auf die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. P.____ vom 18. Dezember 2018, 20. Oktober 2019 und den Verlaufsbericht vom 17. August 2020 (vgl. E. II. 9.3 f., 9.6 hiervor) einzugehen. Dabei wird die im äusserst knapp gehaltenen Verlaufsbericht vom 17. August 2020 gestellte Diagnose einer «mittelschweren depressiven Episode», welche seit der Trennung von der Ehefrau bestehe, nicht anhand konkreter Befunde erläutert. Dem Bericht kann daher nur beschränkte Aussagekraft beigemessen werden. In Bezug auf die in den Berichten von Dr. med. P.____ vom 18. Dezember 2018 und 20. Oktober 2019 festgestellte «leichte depressive Episode» hielt der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ überzeugend fest, dass bei der psychiatrischen Untersuchung u.a. keine Hinweise auf eine depressive Grundstimmung vorhanden seien und daher bei der

Beschwerdeführerin gegenwärtig von keiner Störung aus dem affektiven Formenkreis bzw. depressiver Symptomatik mit Krankheitswert ausgegangen werden könne (IV-Nr. 127 S. 12). Es kann somit davon ausgegangen werden, dass jedenfalls im Zeitpunkt der psychiatrischen Begutachtung vom 27. April 2021 keine depressive Symptomatik vorlag. Im Bericht vom 20. Oktober 2019 (vgl. E. II. 9.4 hiervor) wurde ergänzend darauf hingewiesen, dass weder eine Arbeitsunfähigkeit ausgestellt noch eine Medikation verordnet worden sei. Somit vermögen die Berichte der behandelnden Psychiaterin Dr. med. P.____ vom 18. Dezember 2018 und 20. Oktober 2019 den Beweiswert des psychiatrischen Teilgutachtens von Dr. med. G.____ nicht zu schmälern. Daran vermögen die in den Berichten des M.____ vom 12. November 2018 und des Hausarztes Dr. med. O.____ vom 17. September 2018 (vgl. E. II. 9.1 f. hiervor) ausgewiesenen psychiatrische Diagnosestellungen nichts zu ändern. Da diese Diagnosen nicht durch spezialisierte Fachärzte auf dem medizinischen Fachgebiet der Psychiatrie und Psychologie gestellt wurden, kommt ihnen lediglich ein geringer Beweiswert zu.

10.4.2 Die neuropsychologische Gutachterin lic. phil. H.____ hielt in Bezug auf die medizinischen Vorakten fest, es lägen bezüglich der kognitiven Leistungsfähigkeit keine Vorbefunde vor, welche einen Vergleich möglich machen würden (S. 12). Dieser Einschätzung kann mit Blick auf die vorliegenden Akten gefolgt werden. So finden sich in diesen einerseits keine Hinweise auf zeitlich zuvor durchgeführte neuropsychologische Testverfahren und andererseits sind keine Berichte von auf das Gebiet der Neuropsychologie spezialisierten Fachpersonen ersichtlich. Der Beweiswert des neuropsychologischen Teilgutachtens wird folglich durch die Vorakten nicht in Frage gestellt.

10.4.3 Im Rahmen der rheumatologischen Begutachtung befasste sich PD Dr. med. F.____ u.a. mit der Schmerzproblematik der Beschwerdeführerin. Dabei ging er u.a. auf das in den Berichten des M.____ vom 12. November 2018 und 20. Juli 2020 (vgl. E. II. 9.1, 9.5 hiervor) diagnostizierte «Failed Back Surgery Syndrome (FBSS)» ein. Er wies dieses als Verdachtsdiagnose aus und ordnete es der Hauptdiagnose eines «chronisch lumbospondylogenen Syndroms rechts bis intermittierend radikuläres Reizsyndrom S1/L5 rechts» unter. Der rheumatologische Gutachter hielt diesbezüglich fest, dass insgesamt zum heutigen Zeitpunkt sicherlich eine gemischte Schmerzproblematik mit mechanischen, neuropathischen und zentralen Anteilen bestehe, wie sie nach langjähriger Problematik und nach nicht erfolgreicher Rückenoperation häufig zu beobachten sei. Dies erkläre auch den letztlich durch Einzelmassnahmen nur erreichbaren Teilerfolg (IV-Nr. 134.5 S. 5). Dieser Einschätzung kann aufgrund der in den medizinischen Vorakten dokumentierten operativen Eingriffe sowie des bei der implantierten Spinal-Cord-Stimulation beschriebenen, mässigen Erfolges (Schmerzreduktion von 30 – 50 %, vgl. E. II. 9.1, 9.5 hiervor), gefolgt werden. In Bezug auf die im Rahmen der Begutachtung durchgeführte EFL hielt der Gutachter weiter fest, dass trotz der Schmerzchronifizierung die Angaben und Beobachtungen konsistente Befunde und ein konsistentes Verhalten geliefert hätten und die Beschwerdeführerin im Rahmen ihrer Möglichkeiten eine gute Kooperation auch beim Belastbarkeitstest gezeigt habe (IV-Nr. 134.5 S. 5 f.). Bei der EFL wurde zudem festgestellt, dass sich die Beschwerdeführerin teilweise unter Angabe von Schmerzen selbst limitiere, bevor die beobachtbare funktionelle Leistungsgrenze erreicht werde (IV-Nr. 134.7 S. 2). Gemäss dem rheumatologischen Gutachter könne diese beobachtete Selbstlimitierung im Rahmen der chronischen Schmerzproblematik, wie sie typischerweise beim «Failed Back Surgery Syndrome» postuliert werde, und den letztlich fehlenden Erfahrungen aus dem Alltag erklärt werden (IV-Nr. 134.5 S. 5). Somit stehen die Berichte des M.____ vom

12. November 2018 und 20. Juli 2020 dem Beweiswert des rheumatologischen Teilgutachtens nicht entgegen und vermögen diesen auch nicht zu verringern. 10.5 Die Beschwerdegegnerin hat somit im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) korrekterweise auf das interdisziplinäre Gutachten vom 24. November 2021 (vgl. E. II. 9.7 hiervor) abgestellt. So hielt auch bereits der RAD-Arzt Dr. med. C.____ in seiner Stellungnahme vom 16. Dezember 2021 (vgl. E. II. 9.9 hiervor) fest, es könne auf das Gutachten abgestellt werden. Dies wird von der Beschwerdeführerin auch nicht beanstandet. 11. Es ist im Nachfolgenden – wie bereits in E. II. 7 ausgeführt – zu prüfen, ob sich der Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vom 8. August 2022 (A.S. 1 ff.) im Vergleich zum letzten rechtskräftigen Entscheid der Beschwerdegegnerin vom 6. März 2017 (IV-Nr. 55) wesentlich verändert hat. Dabei ist zunächst auf den psychischen Gesundheitszustand (vgl. E. 11.1 hiernach), dann auf den neuropsychologischen (vgl. E. II. 11.2 hiernach) und schliesslich auf die rheumatologische gesundheitliche Situation der Beschwerdeführerin (vgl. E. II. 11.3 hiernach) einzugehen: 11.1 11.1.1 Der psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 fest (IV-Nr. 127 S. 13), in den zur Verfügung gestellten medizinischen Akten könne bei der Beschwerdeführerin im Rahmen der chronischen Schmerzen und psychosozialen Belastungsfaktoren von einer ausgewiesenen Verschlechterung der psychischen Verfassung seit 2013 ausgegangen werden. Allerdings habe die Beschwerdeführerin erstmals am 4. Dezember 2018 eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung aufgenommen, womit die Entstehung einer eigenständigen und selbstunterhaltenden rezidivierenden depressiven Störung seit 2013 ausgeschlossen werden könne. Auch die Verschlechterung der psychischen Verfassung der Beschwerdeführerin seit Mai 2020 sei eindeutig auf die psychosozialen Belastungen (vor allem Trennung von der Ehefrau) zurückzuführen, womit die postulierten wiederkehrenden depressiven Phasen als vorübergehende Anpassungsstörungen mit depressiven Reaktionen betrachtet werden könnten. Bei der Beschwerdeführerin, so der psychiatrische Gutachter weiter, könne aktenmässig von einer belastenden Kindheit ausgegangen werden, allerdings ohne dokumentierte schwerwiegende emotionale Konflikte oder schwerwiegende belastende psychosoziale Situation im Erwachsenenalter, womit die im Gutachtenbericht der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 postulierte anhaltende somatoforme Schmerzstörung doch nicht ausgewiesen sei (IV-Nr. 127 S. 13). Gestützt auf diese einleuchtenden gutachterlichen Ausführungen von Dr. med. G.____ ist somit davon auszugehen, dass die im Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 8.1 hiervor) ausgewiesenen psychiatrischen Diagnosen einer «leichten depressiven Episode» und einer «anhaltenden somatoformen Schmerzstörung», denen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beigemessen wurde, durch Dr. med. G.____ im psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 (IV-Nr. 127) nicht bestätigt werden konnten. Insgesamt kann somit seit der rechtskräftigen Verfügung vom 6. März 2017 jedenfalls nicht von einer wesentlich verschlechterten psychischen gesundheitlichen Situation der Beschwerdeführerin ausgegangen werden. 11.1.2 Es ist auf das Vorbringen der Beschwerdeführerin einzugehen. Sie stellt sich auf den Standpunkt, dass psychosoziale Faktoren, die einen Gesundheitszustand verursachten, vergrösserten oder aufrechterhielten, bei der Beurteilung der Arbeitsfähigkeit berücksichtigt werden müssten (A.S. 13). Die bereits im psychiatrischen Teilgutachten der Gutachterstelle B.____ vom 11. April 2016 beschriebenen, psychosozialen und emotionalen Belastungsfaktoren (IV-Nr. 31 S. 12) bestätigte auch Dr. med. G.____ in seinem psychiatrischen Teilgutachten

vom 27. April 2021 (IV-Nr. 127). Die durch ihn festgestellten psychosozialen Belastungen (zerrüttete Ehe, finanzielle Probleme bzw. Existenzängste und Arbeitslosigkeit sowie die Notwendigkeit der Unterstützung der psychisch angeschlagenen Ex-Frau, IV-Nr. 127 S. 15) sind in der Diagnosestellung der «Anpassungsstörung» vollumfänglich berücksichtigt. Nach der bundesgerichtlichen Praxis können psychosoziale und soziokulturelle Faktoren mittelbar invaliditätsbegründend sein, wenn und soweit sie den Wirkungsgrad der unabhängig von den invaliditätsfremden Elementen bestehenden Folgen des Gesundheitsschadens beeinflussen. Soweit soziale Belastungen direkt negative funktionelle Folgen zeitigen, bleiben sie bei der Beurteilung der Gesundheitsbeeinträchtigung ausgeklammert (Urteil des Bundesgerichts 9C_740/2018 vom 7. Mai 2019 E. 5.2.1 mit Hinweis). Eine psychische Symptomatik, welche durch die genannten Faktoren ausgelöst worden wäre, sich aber in der Folge zu einem verselbständigten Gesundheitsschaden entwickelt hätte, der durch die diagnostizierte Anpassungsstörung nicht hinreichend erfasst wird, liegt nach den schlüssigen und überzeugenden Darlegungen des Gutachters nicht vor.

11.2 11.2.1 Bezüglich der durch lic. phil. H.____ im neuropsychologischen Teilgutachten vom 2. Juli 2021 diagnostizierten «leichten bis mittelschweren kognitiven Funktionsstörung vor allem des Gedächtnisses und der exekutiven Funktionen multifaktorieller Ätiologie» (IV-Nr. 131 S. 1) wurde im Rahmen der interdisziplinären Beurteilung Folgendes festgehalten: Aus neuropsychologischer Sicht bestehe eine leicht bis mittelschwere neurokognitive Beeinträchtigung vor allem der Gedächtnis- und exekutiven Funktionen, unter Berücksichtigung der im Anschluss an die neuropsychologische Abklärung durchgeführten Besprechung mit Dr. med. G.____ am ehesten multifaktorieller Genese. Dabei spielten eine Opioidbehandlung, mögliche prämorbid Leistungseinschränkungen, Residuen einer durchgemachten depressiven Störung, aber auch schmerzbedingte Beeinträchtigungen eine Rolle, die sich schlecht abgrenzen liessen. Im Rahmen der neuropsychologischen Abklärung hätten sich – nachdem anfänglich Hinweise auf eine verminderte Anstrengungsbereitschaft bestanden hätten (vgl. IV-Nr. 131 S. 8 ff. und 12) – nach entsprechender Ermahnung im weiteren Verlauf konsistente plausible und valide Untersuchungsergebnisse ergeben (IV-Nr. 134.2 S. 2). Somit ist von einer nicht eindeutig feststellbaren Ätiologie der neuropsychologischen gesundheitlichen Beeinträchtigung auszugehen. Im Rahmen der früheren Begutachtung bei der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 erfolgte keine neuropsychologische Abklärung und daher auch keine entsprechende Diagnosestellung. In Bezug auf das B.____-Gutachten hielt lic. phil. H.____ unter dem Titel «Aktenauszug» auch fest, es seien damals in der Anamnese und in der Untersuchung subjektiv spontan keine kognitiven Einschränkungen beklagt und auch in der psychiatrischen Untersuchung klinisch nicht beobachtet worden (IV-Nr. 131 S. 3). Der aktuelle psychiatrische Gutachter Dr. med. G.____ empfahl eine neuropsychologische Abklärung wegen möglicher Auswirkungen einer iatrogenen Opioid-abhängigkeit. Da die neuropsychologische Gutachterin von einer multifaktoriellen Genese ausgeht, lässt sich nicht zuverlässig beurteilen, ob es sich um neu aufgetretene Defizite handelt. Dr. phil. H.____ bezeichnet den zeitlichen Verlauf denn auch als unklar (IV-Nr. 131 S. 13). Damit liegt auch insoweit kein Revisionsgrund vor. Falls man, entgegen des soeben Ausgeführten, von einer neu aufgetretenen Symptomatik ausginge, würde sich weiter die Frage stellen, ob die kognitiven Funktionseinschränkungen, die gemäss der gutachterlichen Einschätzung der Neuropsychologin in der angestammten Tätigkeit zu einer Leistungseinschränkung von 20 % und in einer adaptierten Tätigkeit zu einer Einschränkung von 10 % führten, unter revisionsrechtlichem Gesichtspunkt relevant sind. Zur Beantwortung dieser Frage ist der

psychische und neuropsychologische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin gesamthaft zu betrachten. Wie oben bereits ausgeführt (vgl. E. II. 11.1 hiervor), hat sich der psychische Gesundheitszustand der Beschwerdeführerin seit der Verfügung vom 6. März 2017 nicht verschlechtert. So konnte im Zeitpunkt des psychiatrischen Gutachtens von Dr. med. G.____ vom 27. April 2021 auch keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit mehr festgestellt werden. In Bezug auf den neuropsychologischen Gesundheitszustand fand im Rahmen der früheren Begutachtung von 2016 keine Abklärung bzw. Begutachtung statt. Eine solche wurde 2021 einzig auf Empfehlung des Psychiaters Dr. med. G.____ vorgenommen, indem zur Beurteilung der Opioid-bedingten Einschränkungen Stellung zu nehmen sei (vgl. IV-Nr. 127 S. 13). Die nunmehr gesamthaft resultierende Einschränkung aus psychiatrischer und neuropsychologischer Sicht geht nicht über diejenige hinaus, welche im Gutachten vom 26. April 2016 (vgl. E. II. 8.1 hiervor; IV-Nr. 31 S. 13) aus psychiatrischer Sicht attestiert wurde. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass sich bei der Beschwerdeführerin seit der zuletzt ergangenen Verfügung vom 6. März 2017 aus neuropsychologischer Sicht eine möglicherweise leichtgradig veränderte gesundheitliche Situation präsentiert. Im Rahmen einer Gesamtbetrachtung handelt es sich jedenfalls nicht um eine wesentliche Veränderung. Eine anspruchsbegründende, revisionsrechtlich relevante Veränderung liegt somit nicht vor.

11.2.2 Die Beschwerdeführerin stellt sich auf den Standpunkt, die Opioid-Abhängigkeit sei invalidenversicherungsrechtlich relevant (A.S. 13). Dr. med. G.____ hielt in seinem psychiatrischen Teilgutachten vom 27. April 2021 diesbezüglich fest, anamnestisch könne seit mindestens zwei bis drei Jahren von einer iatrogenen Opioidabhängigkeit ausgegangen werden, die anlässlich der Exploration vom 10. April 2021 vordergründig den formalen Gedankengang, den Antrieb und die Psychomotorik der Beschwerdeführerin beeinträchtigte (IV-Nr. 127). Die durch ihn in diesem Zusammenhang empfohlene neuropsychologische Abklärung, wurde am 2. Juli 2021 von lic. phil. H.____ vorgenommen. Sie ging u.a. auf den seit circa zwei bis drei Jahren dauernden Konsum eines Opioid-Präparats ein, wobei sie auf unterschiedliche Analysen hinwies. Dabei hielt sie fest, während in früheren Studien kognitive Defizite beschrieben worden seien, zeige eine aktuelle zusammenfassende Metaanalyse, dass beim Einsatz von Opioid-Präparaten zur Langzeit-Schmerzbehandlung keine relevanten kognitiven Defizite im Unterschied zu PatientInnen ohne Opioidbehandlung bestanden hätten (IV-Nr. 131 S. 10). Vor diesem Hintergrund lässt sich aus dem Gebrauch einer opioidhaltigen Schmerzmedikation keine wesentliche Verschlechterung der Gesundheitssituation der Beschwerdeführerin seit der früheren Beurteilung im Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 ableiten.

11.3 Das bereits im Gutachten der Gutachterstelle B.____ vom 26. April 2016 ausgewiesene chronische lumbovertebrale Schmerzsyndrom ohne klar fassbare radikuläre Symptomatik (vgl. E. II. 8.1 hiervor) wurde im rheumatologischen Teilgutachten von PD Dr. med. F.____ dahingehend bestätigt, als ein chronisches lumbospondylogenes Schmerzsyndrom rechts sowie ein auch nicht auszuschliessendes radikuläres Reizsyndrom S1/L5 rechts (neuropathische Schmerzkomponente) diagnostiziert wurden (IV-Nr. 134.5 S. 5). Aufgrund der durch PD Dr. med. F.____ gewählten Formulierung ist – entgegen der Ansicht der Beschwerdeführerin (A.S. 12) – davon auszugehen, dass sich auch im Zeitpunkt der rheumatologischen Begutachtung eine radikuläre Symptomatik nicht zuverlässig feststellen liess. Somit ist diesbezüglich seit dem B.____-Gutachten keine wesentliche diagnostische Änderung ersichtlich. Im Weiteren bestätigte der Rheumatologe PD Dr. med. F.____ auch die bereits im Gutachten der Gutachterstelle B.____ von 2016 ausgewiesenen «chronischen

Kniebeschwerden rechts» im Rahmen eines «Zustandes nach Knie TP «zementiert» Juni 2017 bei medialer und femoro-patellär betonter Pangoarthrose rechts». Auch diese Diagnosestellungen lassen auf keine wesentliche gesundheitliche Veränderung schliessen. PD Dr. med. F. ___ führte in Bezug auf das Vorgutachten von 2016 aus, aufgrund der teilweise unvollständigen Diagnostik und Diagnose im Rahmen der Begutachtung bei der Gutachterstelle B. ___ im März 2016 müsse davon ausgegangen werden, dass bereits damals von einem vergleichbaren Zustand mit relevanter Einschränkung der zeitlichen Zumutbarkeit auszugehen sei, umso mehr als damals noch keine EFL zur Verfügung gestanden habe. Man müsse sich sogar die Frage stellen, ob zum damaligen Zeitpunkt die Einschränkungen nicht noch grösser gewesen seien, da das rechte Knie zum Zeitpunkt der damaligen Begutachtung noch nicht operiert gewesen sei und auch der später eingesetzte Nervenstimulator eine gewisse Verbesserung gebracht habe. Zum aktuellen Zeitpunkt sei von einem stabilen Zustand auszugehen, wobei im Laufe der kommenden Jahre eine Zunahme der Anschlussdegeneration im Segment L4/L5 erwartet werden könne, was sich aber nicht zwangsläufig auf die Belastbarkeit und zumutbare Arbeitsfähigkeit auswirke (IV-Nr. 134.5 S. 6). Gestützt auf diese schlüssigen gutachterlichen Einschätzungen ist davon auszugehen, dass es sich bei der aktuellen Beurteilung des somatischen Gesundheitszustandes gegenüber derjenigen durch die Gutachterstelle B. ___ lediglich um eine andere Beurteilung eines im Wesentlichen unveränderten Sachverhalts handelt. Diese ist im revisionsrechtlichen Kontext indes unbeachtlich (vgl. Urteil des Bundesgericht 8C_676/2018 vom 20. Februar 2019 E. 3.2). 12. Zusammenfassend ist seit dem Referenzzeitpunkt vom 6. März 2017 keine anspruchrelevante Veränderung des Gesundheitszustandes der Beschwerdeführerin ausgewiesen. So hielten die Gutachter anlässlich der konsensualen Besprechung vom 23. November 2021 u.a. auch fest (IV-Nr. 134.2 S. 2), dass sich gegenüber der Einschätzung im Rahmen der Begutachtung durch die Gutachterstelle B. ___ 2016 Abweichungen sowohl in der Diagnosestellung wie auch in der Einschätzung der zumutbaren Arbeitsfähigkeit ergäben, obwohl zumindest aus rheumatologischer Sicht tendenziell von einem stabilen bis sogar leicht verbesserten Gesundheitszustand auszugehen sei. Hinsichtlich der Gonarthrose rechts sei von einer vorübergehenden zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis sechs Monate nach Durchführen der Knie-TP auszugehen. Die Abweichungen der Einschätzung ergäben sich einerseits durch eine damals aus der Retrospektive wohl zu wenig vertiefte Abklärung, beschränkten Möglichkeiten der Einschätzung der Funktionsfähigkeit und stärkerer Gewichtung der subjektiven Überschätzung der Einschränkungen durch die Beschwerdeführerin selbst «bei sonst zu den objektiver Datenlage». Dies begründe aus Sicht der Gutachter die veränderte Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ausreichend. Auch die Stellungnahme des RAD-Arzt Dr. med. C. ___ vom 16. Dezember 2021 (vgl. E. II. 9.8 hiervor) bildet keine Grundlage für die Annahme einer erheblichen Veränderung, denn er ging einzig auf den Beweiswert des interdisziplinären Gutachtens vom 24. November 2021 ein. Er äusserte sich jedoch nicht zum früher erhobenen gesundheitlichen Zustand der Beschwerdeführerin bzw. setzte sich nicht mit der Frage auseinander, ob sich der Gesundheitszustand seit der in Rechtskraft erwachsenen Verfügung vom 6. März 2017 in revisionsrechtlich relevanter Weise verändert hat. Entsprechende Überlegungen stellte er erst in seiner Aktennotiz vom 31. März 2022 an (vgl. E. II. 9.9 hiervor). So legte er dar, dass von einem unveränderten Zustand ausgegangen werden könne, weshalb das Leistungsbegehren abzulehnen sei. Da demnach kein Revisionsgrund ausgewiesen ist, hat die Beschwerdeführerin weiterhin keinen Anspruch auf eine Invalidenrente. Dasselbe gilt

für berufliche Massnahmen, welche mit der Verfügung vom 6. März 2017 ebenfalls abgelehnt wurden. Falls die Beschwerdeführerin der Auffassung ist, in Bezug auf berufliche Massnahmen habe sich der relevante Sachverhalt in einem anderen Punkt verändert – war im vorliegenden Verfahren nicht geltend gemacht wurde – besteht die Möglichkeit einer Neuanmeldung. 13. In Bezug auf die Feststellung des Rheumatologen PD Dr. med. F.____ (IV-Nr. 134.2 S. 2), wonach bezüglich der Gonarthrose rechts von einer vorübergehenden zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit bis sechs Monate nach Durchführung der Knie-Totalprothese im Juni 2017 auszugehen sei, liess die Beschwerdeführerin geltend machen, dies entspreche einer invalidenversicherungsrechtlich relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes gemäss Art. 88 Abs. 2 IVV (A.S. 11). Dieser Argumentation kann indes nicht gefolgt werden. So liegt die Zeitspanne der durch den rheumatologischen Gutachter geschätzten zusätzlichen Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit (1. Juni 2017 bis 1. Dezember 2017) vor dem Datum der im vorliegenden Verfahren erfolgten Neuanmeldung vom 13. Juni 2018 (vgl. E. I. 3 hiervor). Ein allfälliger Rentenanspruch könnte in Anwendung von Art. 29 Abs. 1 IVG somit frühestens ab 1. Dezember 2018 entstanden sein. Folglich besteht für die Beschwerdeführerin auch kein Anspruch auf eine befristete Invalidenrente. 14. Die Beschwerdeführerin lässt ausserdem geltend machen, die Verfügung vom 6. März 2017 sei im Rahmen einer prozessualen Revision abzuändern. Die Beschwerdegegnerin hat dazu erwogen, eine solche komme nicht in Betracht, wenn es um die medizinische Beurteilung der Arbeitsfähigkeit gehe, welche notwendigerweise Ermessenszüge aufweise. Dem ist jedenfalls in der hier gegebenen Konstellation, wo keine eklatanten Mängel des Gutachtens vom 26. April 2016 ersichtlich sind, beizupflichten. Somit ist die Verfügung vom 8. August 2022 zu bestätigen und die dagegen am 9. September 2022 erhobene Beschwerde abzuweisen. 15. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 16. Die Beschwerdeführerin steht ab Prozessbeginn im Genusse der unentgeltlichen Rechtspflege (vgl. E. I. 6 hiervor). 16.1 Die Kostenforderung ist bei Unterliegen der Partei mit unentgeltlichem Rechtsbeistand vom Gericht festzusetzen. Der Kanton entschädigt die unentgeltliche Rechtsbeiständin oder den unentgeltlichen Rechtsbeistand angemessen (Art. 122 Abs. 1 lit. a Zivilprozessordnung [ZPO, SR 272]). Der Vertreter der Beschwerdeführerin, Erich Züblin, hat am 26. Oktober 2022 eine Kostennote eingereicht (A.S. 38 ff.), worin er einen Aufwand von 9 Stunden und 35 Minuten und Auslagen von CHF 22.50 geltend macht. Im Aufwand enthalten ist ein Kurzbrief an den Klienten vom 7. Oktober 2022 à 0:10. Dieser ist im Stundenansatz eines Anwalts bereits inbegriffen und daher nicht gesondert zu entschädigen. Somit beträgt der zu entschädigende Aufwand insgesamt 9 Stunden und 25 Minuten. Der Stundenansatz beträgt gemäss § 160 Abs. 3 [kantonalem] Gebührentarif (GT, BGS 615.11) CHF 180.00. In Anbetracht von Aufwand und Schwierigkeit des Prozesses ist die Kostenforderung auf gerundet CHF 1'850.40 festzusetzen (9.42 Stunden zu CHF 180.00 + Auslagen [CHF 22.50] + 7.7 % MwSt.), zahlbar durch die Zentrale Gerichtskasse des Kantons Solothurn. Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO). 16.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1 bis IVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 – 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin an die gesamten Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 600.00 zu bezahlen, die jedoch infolge

Bewilligung der unentgeltlichen Rechtspflege durch den Kanton Solothurn zu übernehmen sind (Art. 122 Abs. 1 lit. b ZPO). Vorbehalten bleibt der Rückforderungsanspruch des Staates während zehn Jahren, wenn A.____ zur Nachzahlung in der Lage ist (Art. 123 ZPO).

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