

SO_GERICHTE VSBES.2022.183 vom 4. September 2025

SO Obergericht, 2025-09-04, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.183_d20250904

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.183 du 4 septembre 2025

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.183 del 4 settembre 2025

Regeste

berufliche Massnahmen und Invalidenrente

Erwägungen

E. 1

1.1 Nachdem die IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) die ganze Invalidenrente der Versicherten A.____ (fortan: Beschwerdeführerin) per Ende Oktober 2012 aufgehoben hatte (IV-St. Beleg / IV-Nr. 102), meldete sich diese am

E. 1.1

hievor). Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 8. Januar 2016 (IV-Nr. 157.1), welches folgende Diagnosen enthielt (S. 24): Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) · Keine Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit) 1. Neurasthenie (ICD-10 F48.0) 2. Status nach Commotio cerebri (11. August 2002) 3. Status nach Distorsion der Halswirbelsäule (11. August 2002) 4. Status nach möglicher Commotio cerebri (29. März 2014)

E. 2

2.1 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 (BGE 144 V 210 E. 4.3.1 S. 213 mit Hinweisen). Im vorliegenden Fall kann jedoch offenbleiben, ob das alte oder neue Recht anwendbar ist, da keine der einschlägigen Bestimmungen (s. E. II. 2.2 ff. hiernach) von der Gesetzesänderung betroffen ist.

E. 2.2

2.2.1 Anspruch auf eine Invalidenrente haben versicherte Personen, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wieder herstellen, erhalten oder verbessern können, während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig gewesen sind und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid sind (Art. 28 Abs. 1 IVG). Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (Amanda Wittwer in: Der Begriff der Arbeitsunfähigkeit im schweizerischen Sozialversicherungsrecht, Zürich 2017, S. 109 Fn 615).

2.2.2 Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauern-de 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 (Art. 4 Abs. 1 IVG). Erwerbsunfähigkeit ist der durch Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit verursachte und nach zumutbarer Behandlung und Eingliederung verbleibende ganze oder teilweise Verlust der Erwerbsmöglichkeiten auf dem in Betracht kommenden ausgeglichenen Arbeitsmarkt (Art. 7 Abs. 1 ATSG). Für die Beurteilung, ob eine Erwerbsunfähigkeit vorliegt, sind ausschliesslich die objektiv nicht überwindbaren Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen (Art. 7 Abs. 2 ATSG). Arbeitsunfähigkeit wiederum ist die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten (Art. 6 Abs. 1 ATSG). Ob ein psychisches Leiden zu einer ganzen oder teilweisen Arbeitsunfähigkeit führt, beurteilt sich grundsätzlich bei allen solchen Erkrankungen nach einem normativen Prüfungsraster, dem sog. strukturierten Beweisverfahren gemäss BGE 141 V 281 (s. BGE 143 V 418 E. 7.2 S. 429 sowie 143 V 409 E. 4.5.2 S. 416 f.). Anhand eines Kataloges von Indikatoren, welche sich auf den funktionellen Schweregrad des Leidens und die Konsistenz des Verhaltens beziehen, erfolgt eine ergebnisoffene symmetrische Beurteilung des (unter Berücksichtigung leistungshindernder äusserer Belastungsfaktoren einerseits und Kompensationspotentialen (Ressourcen) andererseits) tatsächlich erreichbaren Leistungsvermögens (BGE 141 V 281 E. 3.6 S. 294 f. und E. 4.1.3 S. 297).

2.3 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanmeldung ein, so ist analog wie bei einem Revisionsfall vorzugehen (Urteil des Bundesgerichts 8C_737/2019 vom 19. Juli 2020 E. 3.2.1), d.h. die IV-Stelle hat die Sache materiell abzuklären und sich zu vergewissern, ob die von der versicherten Person glaubhaft gemachte Veränderung des Invaliditätsgrads auch tatsächlich eingetreten ist. 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 darüber zu beschliessen. Im Beschwerdefall obliegt die gleiche materielle Prüfungspflicht auch dem Gericht (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). Anlass zur Rentenrevision gibt jede wesentliche Änderung in den tatsächlichen Verhältnissen, die geeignet ist, den Invaliditätsgrad und damit den Rentenanspruch zu beeinflussen (BGE 125 V 368 E. 2 S. 369). Die Frage, ob eine erhebliche, d.h. mit Bezug auf den Invaliditätsgrad rentenwirksame Änderung der tatsächlichen Verhältnisse eingetreten ist, beurteilt sich aufgrund eines Vergleichs des Sachverhaltes, wie er im Zeitpunkt der ursprünglichen Rentenverfügung ■ oder einer späteren, auf einer umfassenden Prüfung beruhenden Bestätigung oder Änderung ■ bestanden hat, mit demjenigen im Zeitpunkt der streitigen Revisionsverfügung (BGE 133 V 108 E. 5 S. 110 ff.). Das Heranziehen eines Verwaltungsaktes als Vergleichsbasis setzt voraus, dass er auf den Abklärungen beruht, welche mit Blick auf die möglicherweise veränderten Tatsachen notwendig erscheinen (Urteil des Bundesgerichts 9C_162/2020 vom 16. September 2020 E. 4.1).

2.4 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.).

Der im Sozialversicherungsrecht massgebende Beweisgrad ist derjenige der überwiegenden Wahrscheinlichkeit (BGE 117 V 194 f. E. 3.b). 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 (a.a.O.; BGE 122 V 157 E. 1c S. 160). Die Rechtsprechung erachtet es jedoch als mit dem Grundsatz der freien Beweiswürdigung vereinbar, in Bezug auf bestimmte Formen medizinischer Berichte und Gutachten Richtlinien für die Beweiswürdigung aufzustellen (BGE 125 V 351 E. 3b S. 352). So darf von einem Gerichtsgutachten nur bei zwingenden Gründen abgewichen werden (BGE 135 V 465 E. 4.4 S. 469, BGE 143 V 269 E. 6.2.3.2 S. 282). Ein solcher Grund kann vorliegen, wenn das Gerichtsgutachten widersprüchlich ist oder ein vom Gericht eingeholtes Obergutachten in überzeugender Weise zu anderen Schlussfolgerungen gelangt. Eine divergierende Beurteilung kann ferner gerechtfertigt sein, wenn gegensätzliche Meinungsäusserungen anderer Fachexperten dem Gericht als triftig genug erscheinen, die Schlüssigkeit des Gerichtsgutachtens in Frage zu stellen, sei es, dass es die Überprüfung durch einen Oberexperten für angezeigt hält, sei es, dass es ohne Oberexpertise vom Ergebnis des Gerichtsgutachtens abweichende Schlussfolgerungen zieht (BGE 125 V 351 E. 3b/aa S. 352 f.; Urteil des Bundesgerichts 9C_429/2017 vom 30. August 2017 E. 3.1.3).

2.5 Im Sozialversicherungsverfahren gilt der Untersuchungsgrundsatz, d.h. die Verwaltung resp. das Gericht haben von sich aus für die richtige und vollständige Abklärung des rechtserheblichen Sachverhalts zu sorgen (Art. 43 Abs. 1 und Art. 61 lit. c ATSG). Diese Untersuchungspflicht dauert so lange, bis über die für die Beurteilung des streitigen Anspruchs erforderlichen Tatsachen hinreichende Klarheit besteht. Der Grundsatz gilt jedoch nicht uneingeschränkt, sondern wird durch die Mitwirkungspflichten des Versicherten relativiert (BGE 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1a S. 158).

Der Untersuchungsgrundsatz schliesst die Beweislast im Sinne einer Beweisführungslast begriffsnotwendig aus. Die Parteien tragen mithin im Sozialversicherungsverfahren in der Regel eine Beweislast nur insofern, als im Falle der Beweislosigkeit der Entscheidung zu Ungunsten jener Partei ausfällt, die aus dem unbewiesen gebliebenen Sachverhalt Rechte ableiten wollte. Diese Beweisregel greift allerdings erst Platz, wenn es sich als unmöglich erweist, im Rahmen des Untersuchungsgrundsatzes auf dem Wege der Beweiserhebung einen Sachverhalt zu ermitteln, der zumindest die Wahrscheinlichkeit für sich hat, der

Wirklichkeit zu entsprechen (BGE 117 V 261 E. 3b S. 264). Führen die von Amtes wegen vorzunehmenden Abklärungen die Verwaltung oder das Gericht bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, ein bestimmter Sachverhalt sei als überwiegend wahrscheinlich zu betrachten und es könnten weitere Beweismassnahmen an diesem feststehenden Ergebnis nichts mehr ändern, so ist auf die Abnahme weiterer Beweise zu verzichten. Gleiches gilt, wenn der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, nicht rechtserheblich erscheint (BGE 126 V 353 E. 5b S. 360, 125 V 193 E. 2 S. 195, 122 V 157 E. 1d S. 162). In einer solchen antizipierten Beweiswürdigung liegt kein Verstoss gegen das verfassungsmässig gewährleistete rechtliche Gehör (BGE 134 I 140 E. 5.3 S. 148, 124 V 90 E. 4b S. 94). Bleiben jedoch erhebliche Zweifel an der Vollständigkeit und / oder Richtigkeit der bisher getroffenen Tatsachenfeststellung bestehen, ist weiter zu ermitteln, soweit von zusätzlichen Abklärungsmassnahmen noch neue wesentliche Erkenntnisse zu erwarten sind (Urteil des Bundesgerichts 9C_407/2015 vom 22. April 2016 E. 3.1).

E. 3

3.1 Der massgebliche Vergleichszeitpunkt für eine Veränderung ist im vorliegenden Fall die Verfügung vom 19. August 2016, als die Beschwerdegegnerin letztmals einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin materiell prüfte und verneinte (E. I. 1.1 hievor). Die Beschwerdegegnerin stützte sich dabei auf das polydisziplinäre Gutachten der Gutachterstelle D.____ vom 8. Januar 2016 (IV-Nr. 157.1), welches folgende Diagnosen enthielt (S. 24):

Mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit (letzte Tätigkeit)

Die Sachverständigen gelangten interdisziplinär zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen Tätigkeit (als Fabrikarbeiterin) noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt (S. 26).

E. 3.2

3.2.1 Anlässlich der Neuanmeldung vom 4. Februar 2019 holte die Beschwerdegegnerin zunächst bei pract. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten vom 27. August 2020 ein (IV-Nr. 249), verbunden mit einem neuropsychologischen Gutachten durch lic. phil. F.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 5. September 2020 (IV-Nr. 250.1). Pract. med. E.____ stellte folgende Diagnosen (IV-Nr. 249 S. 35 Ziff. 6):

Wegen diverser Widersprüche, Brüche und auffälliger Untersuchungsergebnisse lasse sich rückblickend keine konsistent ableitbare psychiatrische Diagnose belegen (S. 45 oben).

Wäre die Beschwerdeführerin wirklich schwer depressiv, wie es von den Behandlern immer wieder angedeutet werde, wäre die Medikation mit Duloxetin und Quetiapin fraglich ausreichend (S. 45 Ziff. 7.2). In ihrer bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 46 Ziff. 8). Laut der neuropsychologischen Abklärung wiederum lag eine unspezifische mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung mit Einbussen in den Bereichen der Aufmerksamkeits- und der Exekutivfunktionen und des Gedächtnisses sowie affektiven- und Verhaltensauffälligkeiten vor (IV-Nr. 250.1 S. 9 Ziff. 6 + 7).

Allerdings führte ein Symptomvalidierungstest zu einem auffälligen Ergebnis mit Anzeichen für ein bewusstseinsnahes dysfunktionales Verhalten bis zu einer Aggravation der Beschwerden (S. 10), weshalb sich die Arbeitsfähigkeit nicht genau bestimmen liess (S.

11).

E. 3.2.2.1

Am 10. Januar 2022 erging sodann ein polydisziplinäres Gutachten der Gutachterstelle B.____ mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 290.1 S. 9):

- a) Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit
- b) Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

E. 3.2.2.2

Der Experte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Teilgutachten fest, aus internistischer Sicht seien sowohl die zuletzt ausgeübte als auch eine angepasste Tätigkeit vollzeitlich ohne Leistungseinbusse möglich. Es habe auch bisher nie eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-Nr. 290.1 S. 26 f. Ziff. 8.1 + 8.2).

E. 3.2.2.3

Gegenüber dem Experten Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, gab die Beschwerdeführerin an, sie leide nach zwei schweren Autounfällen 2002 und 2014 sowie wiederholten Stürzen am ganzen Körper unter Schmerzen. Beschwerdefreie Regionen gebe es keine. Sie könne nichts mehr machen und verbringe den Tag zumeist liegend. Sitz- und Stehdauer seien vermindert. Sie könne nur am Rollator längstens fünf Minuten ohne Pause überwinden (IV-Nr. 290.1 S. 39 f.). Jegliche Berufsausübung sei undenkbar (S. 41).

Der Experte hielt dafür, die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten auf rein orthopädischer Ebene nur zu einem sehr geringen Teil nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin präsentiere sich als massiv invalidisiert. Sie laufe kleinschrittig kürzeste Strecken, wobei sie rechts hinke und sich mit der rechten Hand abstütze. Die Gangvarianten seien keinesfalls durchführbar. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige die Beschwerdeführerin unter Gegenhalten eine massiv bis vollständig aufgehobene Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, und auch die fokussierte Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage gelinge praktisch nicht. An den Schultern zeige die Beschwerdeführerin Einschränkungen oberhalb der Horizontalen, doch fehlten klare Hinweise für ein subakromiales Impingement oder eine Binnenläsion der Schultergelenke. Die Beweglichkeit an Ellbogen und Händen sei frei. Die Beschwerdeführerin berichte unablässig von Schwindelattacken und Stürzen, beantworte aber kaum die an sie gerichteten Fragen, sodass der Leidensdruck weder in der Vergangenheit noch im Untersuchungszimmer klar fassbar werde. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen sei von einem unablässigen, von der gerade durchgeführten Prüfung weitestgehend unabhängigen Schmerzgebaren begleitet. Während die Untersuchung der Hüft- und Kniegelenke in Rückenlage nicht gelinge, liessen sich dieselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen durchaus bis in die Endposition vornehmen. Sowohl am Stamm als auch den Extremitäten bestünden selbst bei vorsichtigster Berührung massivste Druckdolenzen. Auf radiologischer Ebene seien an der Wirbelsäule zervikal eine geringgradige Degeneration, tieflumbal eine Spondylarthrose sowie eine Osteochondrose und Diskushernie L5/S1 mit rechtsbetonter Tangierung der Nervenwurzel S1 und am rechten Kniegelenk eine mediale Gonarthrose und Degeneration des Innenmeniskus dokumentiert worden. In Anbetracht des klinisch- objektiven Befundes,

der ansonsten ■ soweit prüfbar ■ weitgehend unauffällig sei, werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend liessen sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck angesichts der Veränderungen der tieflumbalen Wirbelsäule sowie des rechten Kniegelenkes, doch lasse die gesamte anamnestische und klinische Präsentation unzweifelhaft an ein im Vordergrund stehendes nicht-organisches Geschehen denken (S. 45). Der orthopädischen Einschätzung im D.____-Gutachten sei dezidiert zu folgen (S. 46). Zervikale Veränderungen seien angesichts der erfolgten radiologischen Abklärungen nicht nachvollziehbar (S. 47).

Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, längeres Stehen und Gehen, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie wiederholtes Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten vermieden werden. Auch in der Vergangenheit habe für derartige Verrichtungen keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden (S. 47 f. Ziff. 8.1 + 8.2). Es könne davon ausgegangen werden, dass seit dem 19. August 2016 zunehmende degenerative Veränderungen am rechten Kniegelenk aufgetreten seien. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit resultierten daraus lediglich die genannten qualitativen Einschränkungen (S. 48).

E. 3.2.2.4

Gemäss dem Experten Dr. med. I.____, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete die Beschwerdeführerin über rezidivierende Stürze, wobei die Umstände im Laufe der Anamnese immer wieder anders beschrieben würden. Teilweise komme es zu einem Bewusstseinsverlust, dann wieder nicht. Offenbar spiele auch eine Angstsymptomatik eine Rolle. Wiederholt weise die Beschwerdeführerin auf eine ausgeprägte Schwäche im Bereich der Beine hin. Die mehrfachen EEG-Untersuchungen in den letzten Jahren wie auch der aktuelle Befund zeigten keine Hinweise auf eine epileptische Ursache, weshalb diese in Übereinstimmung mit den bisherigen neurologischen Beurteilungen unwahrscheinlich sei; falls es sich tatsächlich um Stürze im Rahmen von epileptischen Anfällen handeln würde, wäre ein einheitlicher Ablauf zu erwarten. Weiter beschreibe die Beschwerdeführerin Missempfindungen an beiden Beinen, rechts stärker ausgeprägt als links. Gewisse Aspekte der Beschwerden würden auch zu einer Polyneuropathie passen, wie fehlende Sensibilität an den Fusssohlen; andererseits erfolgten auch völlig atypische Angaben wie ein Taubheitsgefühl im Bereich der Unterarme. Die diversen neurologischen und neurophysiologischen Abklärungen in den letzten Jahren hätten eine Polyneuropathie bisher nicht bestätigen können. Zudem erwähne die Beschwerdeführerin Schmerzen an multiplen Stellen des Körpers, u.a. an Nacken und Rücken. Weder aufgrund der anamnestischen Angaben noch der klinischen Befunde ergäben sich Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Die MRI-Untersuchung der spinalen Achsen vom 29. Januar 2020 weise eine rechtsbetonte fokale Bandscheibenherniation L5/S1 mit rechtsbetonter Tangierung der S1-Nervenwurzel nach, doch bestehe diesbezüglich aktuell kein klinisches Korrelat (S. 53). Insgesamt seien die Angaben der Beschwerdeführerin über ihre vielfältigen Beschwerden schwierig fassbar. Zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Angaben trotz konkreter Fragen bestehe eine Diskrepanz. In Bezug auf die Stürze erfolgten bei wiederholter Befragung immer wieder andere Beschreibungen. Obwohl die Beschwerdeführerin über eine erhebliche

Beeinträchtigung aufgrund von Schmerzen berichte, könne sie während der Anamneseerhebung längere Zeit ruhig sitzen. Auch beim Aus- und Ankleiden sei keine relevante Einschränkung ersichtlich. Weiter zeige die Beschwerdeführerin während der fokussierten Untersuchung eine erhebliche Einschränkung der Gehfähigkeit mit ausgeprägter Unsicherheit und hinkendem Gang, was in einer unauffälligen Situation nicht erkennbar sei. Auch wenn die klinische Untersuchbarkeit aufgrund der Schmerzschonung eingeschränkt sei, ergäben sich ■ unter Mitberücksichtigung der bisherigen vielfältigen neurologischen Untersuchungen ■ keine Hinweise auf eine zugrundeliegende neurologische Diagnose. Soweit die Beschwerdeführerin berichte, dass das Aktivitätsniveau in allen Lebensbereichen gleichmässig eingeschränkt und es ihr nicht möglich sei, im Haushalt etwas mitzuarbeiten, so sei dies aus neurologischer Sicht nicht erklärbar. Im Rahmen der verschiedenen neurologischen Vorbeurteilungen und Begutachtungen habe nie eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können, und für die diversen Beschwerden habe sich trotz ausführlicher Untersuchungen nie ein objektivierbares organischen Korrelat gefunden (S. 54).

Aus neurologischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch retrospektiv seien in den letzten Jahren keine Diagnosen dokumentiert, welche zu einer relevanten Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (S. 54 f. Ziff. 8.1 + 8.2). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 19. August 2016 nicht verändert (S. 55). Es fänden sich keine Befunde und Diagnosen, die zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Anlass gäben (S. 56).

E. 3.2.2.5

Der Experte Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Teilgutachten dafür, bei der Beschwerdeführerin seien die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, Schlafstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Insuffizienzgedanken und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Weiter bestehe diagnostisch auch eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, vor allem mit diffusen, ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, aber auch weitere Beschwerden wie Schwindel mit Angst und Synkopen (Bewusstlosigkeit), wobei das Ausmass der Beschwerden mit der Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne. Die psychischen Störungen hätten sich nach einem Autounfall mit anschliessender Arbeitsunfähigkeit und weiteren Unfallereignissen manifestiert. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit, was bei einem sonst zwar etwas demonstrativen, klagenden, anklagenden und energischen Verhalten im Untersuchungsgespräch gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Ein Suchtleiden liege nicht vor (IV-Nr. 290.1 S. 33 f.). Es laufe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation. Die Prognose für die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit sei angesichts des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (S. 34). Die Beschwerdeführerin besitze durchaus Energie, die aber irgendwie falsch kanalisiert sei. Während der Anamnese bleibe sie bis zum Schluss konzentriert. So sei nicht nachvollziehbar, warum ihr eine somatisch angepasste Tätigkeit nicht mehr möglich sein

solle. Die Beschwerdeführerin gebe an, im Alltag praktisch nichts mehr machen zu können und wegen ihrer Beschwerden auf ständige Begleitung und Betreuung angewiesen zu sein. Bei genauer Nachfrage zeige sich aber, dass sie sich durchaus fähig fühle, einen Salat zuzubereiten. Die Haushaltsarbeiten würden aber von der Tochter erledigt, die ihr auch sonst viel helfe, sogar bei der Körperpflege. Heute bestehe eine leichte depressive Episode im Rahmen einer anzunehmenden rezidivierenden depressiven Störung, wobei vorübergehend auch deutlicher ausgeprägte Episoden möglich seien. Ansonsten sei der Beurteilung im letzten Gutachten bezüglich der damals attestierten vollen Arbeitsfähigkeit nichts hinzuzufügen. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich auch heute nicht begründen, obwohl sich wieder eine depressive Episode manifestiere. Depressionen könnten heute gut behandelt, wenn auch nicht immer geheilt werden. Bei der Beschwerdeführerin sei eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit allein aus psychiatrischer Sicht nicht zu begründen, auch aufgrund der geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien (wie objektive Befunde, Verlauf, Konsistenz, Einschätzung der Belastungen und Ressourcen). Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. ___ fordere die Begutachtung durch eine weibliche Expertin, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Weder die Psychiaterin noch die Beschwerdeführerin würden indes ein schweres traumatisches Ereignis nennen, das bei fast jedem zu einer tiefen Verzweiflung führen würde, und es werde auch zu Recht keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei im heutigen Untersuchungsgespräch affektiv gut zugänglich und könne auch auf erlebte Traumatisierungen angesprochen werden (S. 35).

Belastend sei die chronische gesundheitliche Problematik mit Beschwerden, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht besserten, sowie ■ nicht medizinisch ■ die angespannte finanzielle Situation. Lebensgeschichtliche Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, wie zerrüttete Familienverhältnisse in der Kindheit oder Gewalterfahrung, bestünden aber nicht. Hingegen sei die Beschwerdeführerin deutlich enttäuscht über den bisherigen Verlauf, was zu regressiven Tendenzen und einem selbstlimitierenden Verhalten führen könne. Es bestünden aber durchaus Ressourcen für eine Arbeit. Die Beschwerdeführerin besitze Energie, wie sich im heutigen Untersuchungsgespräch zeige, indem sie ihre Beschwerden und ihre Unzufriedenheit über die ausgebliebenen Versicherungsleistungen betone. Sie habe zusammen mit ihrem damaligen Ehemann eine Familie gegründet und zwei heute erwachsene Kinder grossgezogen. Die Kontakte in der Familie seien sehr gut, was ein wesentlicher stützender Faktor darstelle. Die Beschwerdeführerin falle aus ihrem sozialen Rahmen und dem familiären Kontext auch nicht hinaus, was gegen eine schwerere psychische Störung spreche, und könne ambulant behandelt werden. Sie sei jedoch nicht bereit, ihre Ressourcen zu nutzen und wieder einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen. So werde sie in ihrer Krankenrolle und in ihrer Anspruchshaltung auf Versicherungsleistungen bestätigt (S. 36).

Sowohl die bisherige als auch eine den Fähigkeiten entsprechende angepasste Tätigkeit seien vollzeitlich ohne Einschränkung möglich. Auch im Verlauf habe seit der letzten Begutachtung keine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit bestanden. Insoweit könne auch aus heutiger Sicht auf das damalige Gutachten abgestellt werden (S. 36 f. Ziff. 8.1 + 8.2). Seit dem 19. August 2016 sei es zu keiner relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit gekommen (S. 37).

E. 3.2.2.6

Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, da die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr gearbeitet habe, sei die angestammte Tätigkeit schwierig zu definieren. Eine der Behinderung angepasste Tätigkeit sei körperlich leicht mit immer wieder sitzenden Anteilen und wechselbelastenden Arbeiten ohne Zwangshaltungen vorwiegend mit den unteren Extremitäten. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit liege diesbezüglich bei 100 %. Möglich sei eine zeitliche Präsenz von acht bis 8,5 Stunden ohne Leistungseinschränkung (IV-Nr. 290.1 S. 10). Es ergäben sich keine Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten über eine längere Zeitspanne höhergradig eingeschränkt gewesen wäre. Eine höhergradige depressive Episode sei möglich, dies führe aber nur zu einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von einigen Wochen (S. 11).

3.3 Das Versicherungsgericht holte bei der Gutachterstelle C.____ ein Gerichtsgutachten ein, um die vorhandenen Abklärungslücken zu schliessen. Erstens umfasste das B.____-Gutachten, auf das sich die Beschwerdegegnerin stützte, keine kardiologische Beurteilung der Synkopen. Zweitens vermochte die Auseinandersetzung mit den Indikatoren im dortigen psychiatrischen Teilgutachten nicht zu überzeugen. Der Experte versäumte es einmal, sich zur Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin zu äussern. Was die Wahrnehmung therapeutischer Optionen angeht, so erwähnte er einerseits die laufende ambulante psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation (IV-Nr. 290.1 S. 34 Ziff. 7.2) und hielt fest, Depressionen könnten heute gut behandelt werden (S. 35 Ziff. 7.3.3); andererseits bemerkte er, die bisherigen Behandlungen (zu denen auch stationäre Aufenthalte gehörten) hätten zu keiner Besserung geführt (S. 36 Ziff. 7.4), was die Frage der Therapieresistenz aufwirft, zumal der Experte keine anderen Behandlungsansätze vorschlägt (S. 37 Ziff. 8.3.1). Zur Konsistenz stellte er lediglich fest, der Aussage der Beschwerdeführerin, nichts mehr selber machen zu können, stehe der Umstand entgegen, dass sie noch einen Salat zubereiten könne (S. 35 Ziff. 7.3.2), was eine sehr schwache Argumentation darstellt. Eine Ressource erblickte der Experte darin, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem früheren Ehemann eine Familie gegründet und zwei Kinder grossgezogen habe (S. 36 Ziff. 7.4), was aber schon einige Jahre her ist und deshalb nicht überbewertet werden sollte.

3.3.1 Der Experte Dr. med. L.____, Facharzt für Kardiologie FMH, stellt in seinem Teilgutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 108):

Die klinische Untersuchung sei unauffällig, ebenso das EKG und das TTE. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie beidseitig unter Knieschmerzen leide und sich kürzlich einem Eingriff am rechten Oberschenkel unterzogen habe. Auf eine Ergometrie werde daher verzichtet. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei vermutlich eingeschränkt, wie das in früheren Ergometrien erfasst worden sei. Meist habe die Beschwerdeführerin etwa 50 % der SAK erreicht, um 70 Watt. Hinweise auf eine KHK / Ischämie hätten sich beim behandelnden Kardiologen Dr. med. M.____ jedoch nie ergeben. Die thorakalen Druckbeschwerden könnten somit als nicht-kardial beurteilt werden. Der Schellongtest sei früher meist positiv gewesen und aktuell grenzwertig positiv, während ein Tilt-Test 2015 negativ ausgefallen sei. Daraus ergebe sich die Diagnose einer orthostatischen Dysregulation, die sicher zu einem relevanten Teil medikamentös bedingt sein dürfte. Der Schwindel sei multifaktoriell bedingt, zudem hätten die Synkopen wahrscheinlich je nach Situation unterschiedliche (orthostatische vasovagale, psychogene) Ursachen (A.S. 108). Der während des Schellongtests angegebene Schwindel sei bei

grenzwertig positivem Blutdruckabfall plausibel. Die Beschwerdeführerin bewege sich in der Praxis nur sehr langsam und unsicher. Sie gebe bei Positionswechseln Schmerzen an. Beim Verlassen der Praxis gehe sie dann in der Fussgängerzone in normalem Tempo Richtung Parkhaus. Möglicherweise würden die Beschwerden aggraviert. Die Beschwerdeführerin gebe mitunter ausweichende Antworten. Während der TTE-Untersuchung erkläre sie, dass die zahlreichen Synkopen meist auftreten würden, wenn sie allein sei. Sie verletze sich dabei praktisch nie. Das einzige kardiologische Problem seien die Synkopen, welche im Rahmen einer orthostatischen Dysregulation beurteilt würden. In diesem Fall sollten sämtliche Medikamente, die Schwindel, orthostatische Hypotonie, Synkopen oder einen Kreislaufkollaps verursachen resp. begünstigen könnten, abgesetzt werden. Zudem sollte die Beschwerdeführerin stets Kompressionsstrümpfe tragen sowie auf eine gute Flüssigkeitszufuhr und salzreiche Ernährung achten. Zusätzliches aerobes Training wäre ebenfalls sinnvoll, ausserdem Verhaltensmassnahmen wie langsames, schrittweises Aufstehen, dies vor allem morgens, sowie Schlafen mit erhöhtem Kopfteil. Sollten trotz all dieser Massnahmen immer noch Synkopen auftreten, wäre als nächster Schritt eine medikamentöse Therapie möglich. Er halte es für sehr unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin dann immer noch eine relevante Orthostasereaktion aufweise, die zu einer Synkope führe (A.S. 107).

Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit liege bei 100 %. Die Leistungsfähigkeit sei trotz der Einschränkung in den Ergometrien für die damalige Tätigkeit ausreichend gewesen. Während ihrer Tätigkeit von 1990 bis 2002 sei die Explorandin nie bei der Arbeit synkopiert. Anschliessend sei sie aus anderen gesundheitlichen Gründen nicht mehr berufstätig bzw. arbeitsfähig gewesen, weshalb schwierig zu beurteilen sei, ob sie auch bei der Arbeit synkopiert wäre und gegebenenfalls wann und wie oft. Wenn die Beschwerdeführerin tatsächlich seit 2014 jeden Monat zweimal synkopiert wäre, wäre sie eigentlich für die Arbeit in einer Fabrik an einer Maschine nicht arbeitsfähig gewesen. Falls sie trotz optimaler Massnahmen weiterhin orthostatisch synkopiere, müsste die Tätigkeit optimalerweise rein sitzend sein. Diesbezüglich läge die Arbeitsfähigkeit in einem Vollzeitpensum seit jeher bei 100 %; die Leistung wäre nicht eingeschränkt, doch sollte die Beschwerdeführerin nicht rasch aufstehen (A.S. 109), um einen passageren Schwindel zu vermeiden (A.S. 110). Die Häufigkeit der Synkopen sei stabil geblieben, die objektiven Befunde bei Dr. med. M. ___ hätten sich über die Jahre im Wesentlichen nicht verändert. Die Gesamtbeurteilung sei schwierig. In früheren Gutachten werde u.a. von Stürzen statt Synkopen gesprochen. Es sei nicht einfach zu beurteilen, was Präsynkope, Synkope resp. Sturz und was davon iatrogen durch die verschiedenen Medikamente bedingt gewesen sei. Auch bestehe ein multifaktorieller Schwindel, der zu Stürzen führen könne. Die orthostatischen Synkopen seien vermutlich nur ein Teil der Problematik Schwindel / Synkope / Sturz (A.S. 111).

3.3.2 Die Expertin Dr. med. N. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte in ihrem Teilgutachten zu folgenden Diagnosen (A.S. 97):

Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit

Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert und bewusstseinsklar. Die Konzentration könne für die Dauer des Untersuchungsgesprächs weitgehend, mit einzelnen kurzen Einbrüchen, aufrechterhalten werden. Für Störungen der Aufmerksamkeit, der

Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses gebe es keine Hinweise. Subjektiv werde Vergesslichkeit beklagt. Die Exploration sei erschwert: Die Beschwerdeführerin betone wiederholt Schmerzen und Unzulänglichkeiten, es müssten Nachfragen gestellt werden. Formalgedanklich sei sie klar und kohärent, dabei umständlich und eingeengt. Hinweise für psychotisches Erleben wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen fehlten. Befürchtungen im engeren Sinne, Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen seien nicht explorierbar. Subjektiv würden Panikattacken mit Herzrasen, Atemnot und Nervosität angegeben. Affektiv sei die Beschwerdeführerin mittelgradig niedergestimmt und in der Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Sie wirke klagsam und belastet. Psychomotorisch sei sie leicht unruhig. Der Rapport sei nur eingeschränkt herstellbar. Eigenanamnestisch liege kein selbstverletzendes Verhalten vor. Es bestehe keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung (A.S. 94 Ziff. 4.3). Es ergäben sich keine konkreten Inkonsistenzen, die Beschwerdeführerin bleibe jedoch in ihren Äusserungen wiederholt oberflächlich und auf das Schmerzerleben fokussiert; so könne sie z. B. über angegebene traumatische Erfahrungen nichts sagen. Gemäss ihren Schilderungen sei die Beschwerdeführerin im Alltag bei fast allen Aktivitäten auf Unterstützung angewiesen, sie füge jedoch an, dass sie alleine in ein nahegelegenes Geschäft zum Einkaufen oder auch in die Therapie gehen könne (A.S. 95 Ziff. 6.2.1 f.). Anlässlich der zweimonatigen Behandlung in der O.____-Klinik 2022 / 2023 sei eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer Episode festgestellt worden. Anhand der Angaben zum Psychostatus sei wohl eine depressive Symptomatik nachvollziehbar, jedoch nicht im angegebenen Schweregrad. Dr. med. K.____ führe im Bericht vom Oktober 2023 eine posttraumatische Entwicklung bei traumatischen Umständen auf, gehe jedoch nicht weiter darauf ein, sodass die Angaben letztlich nicht verwertbar seien. Den verschiedenen psychiatrischen Gutachten seien keine Angaben zu Gewalterleben oder sexuellen Missbrauch zu entnehmen (A.S. 95 f. Ziff. 6.2.3). Im Vergleich zu den verschiedenen vorliegenden Berichten sei festzustellen, dass im Verlauf der letzten Jahre kaum Veränderungen in Tagesablauf und den Aktivitäten aufgetreten seien, wobei lediglich die Gutachten relativ ausführlich berichtet hätten, während den Berichten der ambulanten und stationären Behandler diesbezüglich kaum Angaben zu entnehmen seien. Insgesamt erschienen die Angaben der Beschwerdeführerin zu Problemen und Beschwerden in den letzten Jahren weitgehend unverändert. Diagnostisch seien sich die verschiedenen Behandler und Untersucher weitgehend einig, wiederholt würden eine rezidivierende depressive Störung und eine Form einer somatoformen Störung aufgeführt. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergäben sich jedoch erhebliche Unterschiede, von voll erhaltener Arbeitsfähigkeit bis zu völliger Arbeitsunfähigkeit. Mehrfach sei auf eine gewisse Verdeutlichungstendenz hingewiesen worden (A.S. 96 S. 43 Ziff. 6.2.3).

Im Vordergrund des psychischen Beschwerdebildes stehe eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung. Zum Untersuchungszeitpunkt sei die Beschwerdeführerin mittelgradig niedergestimmt und in der Schwingungsfähigkeit reduziert. Es bestünden ein depressiver Habitus sowie leichte kognitive und formalgedankliche Auffälligkeiten. Die Angaben zu Tagesablauf und Aktivitäten wiesen auf Einschränkungen hin, die jedoch nicht rein affektiv bedingt zu sein schienen, sondern auch im Rahmen körperlicher Probleme zu sehen seien. Psychiatrisch werde die Beschwerdeführerin mit wöchentlichen Terminen behandelt, psychopharmakologisch jedoch lediglich mit täglich 90 mg Duloxetin, was angesichts der rezidivierenden depressiven Störung mit Episoden unterschiedlichen Ausmasses seit Jahren nicht

nachvollziehbar sei und nicht einer leitlinienorientierten Behandlung entspreche. Mindestens zu erwarten und der Beschwerdeführerin zumutbar wäre ein Aufdosieren von Duloxetin auf 120 mg, eine Anpassung der Medikation oder eine Augmentation, was wenn nötig auch im stationären Rahmen durchgeführt werden könnte (A.S. 96 Ziff. 6.3). Weiter werde wiederholt eine somatoforme Störung aufgeführt, wobei zwischen Somatisierungsstörung, anhaltender Schmerzstörung und chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren alles vertreten sei. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass bis zum Auftreten der Beschwerden 2002 keine psychosozialen Belastungen bestanden hätten. Die Umstände in Zusammenhang mit der Trennung und der Aufgabe als alleinerziehende Mutter könnten jedoch auf psychosoziale Belastungen hinweisen. Es würden jedoch seit Beschwerdebeginn 2002 affektive Symptome beklagt, sodass aus aktueller gutachterlicher Sicht die Diagnose einer somatoformen Störung nicht bestätigt werden könne, da die Diagnosekriterien der ICD-10 nicht erfüllt würden resp. sich widersprüchen. Somatische Beschwerden wie erhöhtes Schmerzerleben könnten im Rahmen somatischer Symptome bei einer affektiven Störung auftreten (A.S. 96 f. Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin deute Missbrauchserfahrungen und Gewalterleben an. Diese Angaben liessen sich diagnostisch aktuell nicht verwerten, da sie keine weiteren Ausführungen dazu machen könne oder wolle. Es ergäben sich jedoch in der Anamnese mit oberflächlichen Angaben z. B. zu den Gründen der Ehescheidung, dem Fehlen weiterer Partnerschaften oder Beziehungen sowie etwa dem «Schönreden» gewisser Umstände durchaus Hinweise, dass die Angaben der Beschwerdeführerin ernst zu nehmen seien. In diesem Zusammenhang sei es bedauerlich, dass den Berichten der langjährig ambulant behandelnden Psychiaterin keine entsprechenden Ausführungen zu entnehmen seien. Spezifische Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung lägen keine vor. Die Beschwerdeführerin beklage nebst depressiver Stimmung anhaltende Schmerzen und Schwindel. Es sei anzunehmen, dass ein erhöhtes Schmerzerleben im Rahmen somatischer Anteile der affektiven Störung einzuordnen sei sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung bestehe. Die beschriebenen Panikattacken oder Angstgefühle erfüllten nicht die Diagnosekriterien einer eigenständigen Angsterkrankung und seien ebenfalls im Rahmen der affektiven Diagnose zu sehen. Auch schienen Angstgefühle als Zeichen einer subjektiven Überforderung in belastenden Situationen aufzutreten. Insgesamt präsentierten sich die Bewältigungsstrategien und die Ressourcen der Beschwerdeführerin eingeschränkt, jedoch nur bis zu einem gewissen Grad. So sei es ihr z. B. trotz Beschwerden und Ängsten gelungen, verschiedene Operationen vornehmen zu lassen, sie habe nicht angstbedingt alles abgelehnt. Schliesslich ergäben sich keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder für eine Abhängigkeitserkrankung (A.S. 97 Ziff. 6.3). Eingliederungsmassnahmen hätten bislang nicht stattgefunden und seien angesichts der Annahme der Beschwerdeführerin, ganz arbeitsunfähig zu sein, nicht zu empfehlen. Die Ressourcen und Fähigkeiten erschienen reduziert, dennoch lägen verschiedene vor. Die Beschwerdeführerin verfüge über eine abgeschlossene Berufsausbildung und langjährige Berufserfahrung sowie Deutschkenntnisse. Sie pflege stabile soziale Kontakte innerhalb ihrer Familie, beschäftige sich zuhause, gehe einkaufen und nehme Therapien wahr (A.S. 97 f. Ziff. 7.1 f.).

Was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Arbeit angehe, so werde hierfür auf die angepasste Tätigkeit verwiesen, da die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren nicht mehr arbeite. Eine optimal angepasste Arbeit bestehe aus einer klar strukturierten Tätigkeit in einem kleinen Team. Die Arbeitsfähigkeit liege diesbezüglich bei 50 % eines

Vollzeitpensums. Möglich sei eine Präsenz von täglich bis zu fünf Stunden, wobei in diesem Rahmen ein erhöhter Pausenbedarf bestehe. Angesichts der Akten bestünden die depressiven Episoden seit Jahren mindestens in einem leichten Ausmass, wobei es wiederholt zu Zeiten mit einer höheren Beschwerdelast komme. Es liege in der Natur der Sache, dass im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung wiederholt Episoden unterschiedlichen Schweregrades auftreten könnten. Eine mittelgradige depressive Episode sei spätestens ab Herbst 2023 mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % anzunehmen (A.S. 98 f. Ziff. 8.1 f. + A.S. 99 Ziff. 9). Im Dezember 2021 habe noch eine leichte depressive Episode vorgelegen, im April 2022 hingegen ■ wie auch aktuell ■ eine mittelgradige (A.S. 100).

3.3.3 In der interdisziplinären Beurteilung gelangten die Sachverständigen zum Ergebnis, im Vordergrund stehe das psychische Beschwerdebild mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (A.S. 59 Ziff. 4.3). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich psychiatrisch bedingt (A.S. 61 Ziff. 4.5). Aus kardiologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer rein sitzenden Tätigkeit voll arbeitsfähig, lediglich Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen oder in sturzgefährdender Höhe seien ungeeignet (A.S. 6 unten). Eine eigentliche angestammte Tätigkeit sei nicht zu definieren, da die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren nicht mehr berufstätig sei (A.S. 61 Ziff. 4.6.1). Eine angepasste, klar strukturierte Tätigkeit in einem kleinen Team, bevorzugt im Sitzen, sei aktuell vier bis fünf Stunden möglich. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine Leistungseinschränkung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei einer reduzierten psychischen Durchhaltefähigkeit, was weitgehend durch die Stundenreduktion abgebildet werde. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 50 %. Im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung seien wiederholt Episoden unterschiedlichen Schweregrades aufgetreten. Angesichts der Angaben in den Akten sei davon auszugehen, dass diese Episoden seit Jahren mindestens in einem leichten Ausmass vorlägen, und es wiederholt zu Zeiten mit einer höheren Beschwerdelast gekommen sei. Retrospektiv könne aber keine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden. Die über die Jahre durchgeführten gutachterlichen Evaluationen ergäben ein einheitliches Bild ohne wesentliche dauerhafte Einschränkung mit immer erheblicher funktioneller Überlagerung; diese Komponente scheine durch die Behandler nicht erkannt oder ausgeblendet worden zu sein, was fälschlicherweise zu hohen attestierten Arbeitsunfähigkeiten geführt habe, welche quasi die subjektive Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bezeugt hätten. Das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode sei aktuell ab Oktober 2023 anzunehmen, doch könne erst nach Monaten retrospektiv beurteilt werden, ob sich diese Situation tatsächlich festsetze oder ob dies wieder eine punktuelle Schwankung darstelle (A.S. 62 Ziff. 4.7). Die depressive Störung werde nicht leitliniengerecht behandelt. Es empfehle sich entweder eine Aufdosierung von Duloxetin auf 120 mg täglich, eine Anpassung der Medikation oder eine Augmentation. Wenn nötig, könnte sich auch eine stationäre psychiatrische Behandlung als hilfreich erweisen (A.S. 62 Ziff. 4.8). Zwischen August 2016 und Juli 2022 sei es zu keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit gekommen. Zu den orthopädischen Einschränkungen gemäss dem B.____-Gutachten AG vom 10. Januar 2022 ergebe sich kein additiver Effekt (A.S. 63 Ziff. 4.9).

3.3.4

3.3.4.1 In ihrer Stellungnahme vom 11. November 2024 (A.S. 143 ff.) bekräftigt die Expertin Dr. med. N.____, vom 19. August 2016 bis 19. Juli 2022 habe keine längerdauernde höhergradige depressive Störung im Sinne einer invalidisierenden Krankheit bestanden. Die rezidivierende depressive Störung habe meist das Ausmass einer leichten Episode aufgewiesen, die sich intermittierend ■ aber nicht längerdauernd ■ auf eine mittelgradige depressive Episode ausweiten könne. Deshalb lasse sich auch keine längere höhere Arbeitsunfähigkeit zuordnen. Das Wort «weitgehend» im Gutachten (s. E. II. 3.3.3 hiervor) beziehe sich auf die Angabe von vierbisfünf Stunden Arbeitszeit, um der Rechtsanwendung und einem theoretischen Arbeitgeber einen gewissen Spielraum zu erlauben. Bei vier Stunden am Tag ergebe sich keine zusätzliche Einschränkung, bei fünf Stunden sei der Pausenbedarf erhöht und es liege neben der reinen Stundenzahl eine leichte Leistungseinbusse vor. Die Arbeitsunfähigkeit von 50 % bleibe auf jeden Fall bestehen. Die nachgereichten Unterlagen ergäben keine neuen Aspekte. Namentlich erwähne Dr. med. K.____ im Bericht vom 31. Mai 2024 keine neuen oder anderen Befunde resp. Diagnosen. Die Psychiaterin gehe nicht darauf ein, dass die psychiatrischen Vorgutachten nahtlos zur Einschätzung im Gutachten passten. Die klinische Untersuchung im Rahmen einer Begutachtung sei naturgemäss immer eine Momentaufnahme, werde jedoch durch die ausführlichen und diskutierten Akten ergänzt. Die Beziehung zwischen einer Explorandin und einer Gutachterin stelle keine Grundlage dar, dass die Explorandin in der Begutachtung erstmals von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen berichten würde. Der Umstand, dass trotz mehrfacher stationärer und ambulanter Behandlungen nie solche Erfahrungen aufgeführt worden seien, spreche dagegen, dass bei einer «besseren Beziehung» zur Beschwerdeführerin detailliertere Angaben erhoben werden könnten. Der Schweregrad depressiver Episoden könne retrospektiv beurteilt werden, wenn die Akten ausführliche Angaben zum Verlauf und zur Psychopathologie enthielten; ansonsten werde auf den Zustand im Zeitpunkt der Begutachtung abgestellt, hier also Herbst 2023. Da keine Anpassung der antidepressiven Medikation erfolgt sei, werde davon ausgegangen, dass ab April 2022 keine länger anhaltende mittelgradige depressive Episode bestanden habe.

3.3.4.2 Nachdem die Expertin Dr. med. N.____ die zusätzlichen Unterlagen der Beschwerdeführerin, u.a. ein neuer Bericht von Dr. med. K.____ vom 19. Dezember 2024, eingesehen hat, hält sie am 19. März 2025 (A.S. 167 f.) an ihren Angaben zum Verlauf der depressiven Störung fest. Aufgrund der vorliegenden Akten habe seit Jahren eine mindestens leichte depressive Symptomlast bestanden, während eine anhaltend höhere Beschwerdelast nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Eine zuverlässige retrospektive Beurteilung setze eine ausführliche Aktenlage voraus, d.h. genügend objektive Angaben in einem Psychostatus, der sich auf Tatsachen und nicht subjektiv beklagte Beschwerden stütze. Aus einer medikamentösen Behandlung könne zwar nicht automatisch auf den Schweregrad einer psychischen Störung geschlossen werden, doch ergäben sich Hinweise auf die Beschwerdelast und den Leidensdruck; im Falle von Medikamentenunverträglichkeiten gebe es vielfältige weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Suizidalität resp. ein Suizidversuch seien kein Indikator für den Schweregrad einer depressiven Episode, da sie auch ohne eine depressive Symptomatik vorliegen könnten.

E. 3.4.1.1

Das B.____-Gutachten geniesst in internistischer, orthopädischer und neurologischer Hinsicht vollen Beweiswert, erfüllen die betreffenden Teilgutachten doch sämtliche

Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Sie stammen von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Sachverständigen die Beschwerdeführerin lege artis zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Verhältnissen und zur Vorgeschichte befragt (IV-Nr. 290.1 S. 23 f. / 39 ff. / 50 f.), die objektiven Befunde erhoben (S. 25 / 41 ff. / 52 f.) sowie die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (S. 15 ff. / 23 / 39 / 50). Auf dieser Grundlage befassten sich die Sachverständigen sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 25 ff. / 44 ff. / 53 ff.), wobei sie zu Schlüssen gelangten, die vor dem Hintergrund der objektiven Befunde nachvollziehbar sind. Was im Beschwerdeverfahren dagegen vorgebracht wird, dringt nicht durch.

E. 3.4.1.2

Gegen das internistische Teilgutachten als solches erhebt die Beschwerdeführerin keine Einwände. Sie macht vielmehr geltend, seit der Exploration vom 9. Dezember 2021 habe sich eine Schilddrüsenunterfunktion entwickelt (A.S. 12 f.).

Der internistische Experte stellte fest, dass die Schilddrüse nicht vergrössert sei (IV-Nr. 290.1 S. 25 Ziff. 4.3). Von einer Schilddrüsenunterfunktion war damals keine Rede. In der Folge erwähnte Dr. med. P.____ im Bericht vom 8. März 2022 (IV-Nr. 297 S. 2 ff.) einen Verdacht auf Hashimoto Thyreoiditis, differentialdiagnostisch abklingende Thyreoiditis De Quervain. Am 19. Januar 2022 habe eine noch nicht substituierte Hypothyreose vorgelegen, welche behandlungsbedürftig sei. Dr. med. P.____ attestierte in diesem Zusammenhang jedoch keine Arbeitsunfähigkeit, was mit der Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Neurologie FMH beim RAD, vom 12. Mai 2022 korrespondiert, wonach eine Schilddrüsenunterfunktion durch Substitution mit Schilddrüsenhormon behandelbar sei und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-Nr. 300 S. 2). Für die Beschwerdeführerin ergibt sich hier nichts, woran auch die späteren Berichte von Dr. med. P.____ vom 18. und 19. August 2022 (IV-Nr. 305 S. 2 ff.) nichts zu ändern vermögen. Diese Berichte, welche Konsultationen am 3. Juni und 18. August 2022 betrafen, sprachen vielmehr von einer aktuell euthyreoten Stoffwechsellage, d.h. einer normalen Schilddrüsenfunktion (Euthyreot - DocCheck Flexikon, Website zuletzt aufgerufen am 4. September 2025). Die Berichte vom 11. Juni 2024 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 24) sowie 28. Februar und 4. April 2025 (BB-Nr. 40 f.) wiederum ergingen erst lange nach der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 und äussern sich nicht zu den Verhältnissen bis zu diesem Stichtag (s. dazu E. II. 1.1 hiervor).

E. 3.4.1.3

Der orthopädische Experte stützte sich in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise darauf, dass zwischen den klinischen und radiologischen Befunden einerseits sowie den beschriebenen Einschränkungen andererseits eine Diskrepanz bestand, weshalb sich die fraglichen Beschwerden nur teilweise objektivieren liessen (E. II. 3.2.2.3 hiervor). Soweit indes objektive organische Schäden fehlen, welche als Ursache der geklagten Beschwerden gelten können, kann auch keine Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_418/2021 vom 16. September 2021 E. 5.3). Den tatsächlich objektivierbaren Befunden wiederum wurde durch das formulierte Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit hinreichend Rechnung getragen. Die Beschwerdeführerin rügt

hier unter Berufung auf den behandelnden Facharzt Dr. med. R. ___ lediglich, dass die myofaszialen Schmerzen im Gutachten nicht erfasst worden seien (A.S. 14 Ziff. 9). Aus der E-Mail von Dr. med. R. ___ vom 31. Januar 2022 (IV-Nr. 295 S. 4) ergeben sich indes keine neuen Gesichtspunkte, die Zweifel am Gutachten wecken könnten. Einerseits ist eine myofasziale Problematik nicht als organisch objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 5.2.2). Andererseits fiel die Stellungnahme von Dr. med. R. ___ ziemlich polemisch aus, etwa mit der Aussage «Die Gängelung durch den Versicherer und das Misstrauen des Versicherers gegen die behandelnden Fachärzte führen [zu] gutachterlichen Einrichtungen, welche mit einem Laientheater besetzt sind». Vergreift sich aber ein behandelnder Arzt derart im Ton, so hinterlässt dies keinen vertrauenerweckenden Eindruck. Die unsachliche Ausdrucksweise von Dr. med. R. ___ deutet darauf hin, dass er das Gutachten persönlich nahm und der Bericht aus diesem Empfinden heraus erfolgte, d.h. es kann nicht davon ausgegangen werden, dass es Dr. med. R. ___ weiterhin um die Erhellung des Sachverhalts ging, vielmehr machte er sich ■ über das bei einem behandelnden Arzt zu erwartende Mass hinaus ■ zum Interessenwahrer seiner Patientin gegenüber der Invalidenversicherung (Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1).

E. 3.4.1.4

Gegen das neurologische Teilgutachten, welches keine organische Ursache der geklagten Synkopen zu Tage förderte (E. II. 3.2.2.4 hiervor), erhebt die Beschwerdeführerin keine Einwände. Ihrer berechtigten Rüge, der kardiologische Aspekt dieser Symptomatik sei nicht abgeklärt worden (A.S. 13 Ziff. 8), wurde mit der Einholung des entsprechenden Gerichtsgutachtens entsprochen.

E. 3.4.2.1

Was das Gerichtsgutachten anbelangt, so erhebt die Beschwerdeführerin zu Recht keine konkreten Einwände gegen das kardiologische Teilgutachten, welches sich auf überzeugende Weise mit den geklagten Synkopen befasst (E. II. 3.3.1 hiervor). Diese waren über die Jahre hinweg stabil geblieben und wurden als therapierbar erachtet. Sollten sie trotzdem persistieren, so würde dem durch das Zumutbarkeitsprofil einer sitzenden Tätigkeit ohne gefährliche Verrichtungen (wie z.B. die Bedienung einer Maschine) angemessen Rechnung getragen. Aus den Berichten des behandelnden Kardiologen Dr. med. M. ___ ergibt sich nichts für die Beschwerdeführerin. Er hielt im Bericht vom 20. Mai 2019 (IV-Nr. 217 S. 2 ff.) fest, die Synkopen würden schon seit über zehn Jahren auftreten (S. 5). Diese wurden denn auch bereits im D. ___-Gutachten vom 8. Januar 2016 erwähnt (IV-Nr. 157.1 S. 13 ff. + 24), aber ohne dass man ihnen Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit beimass. Der Bericht vom 25. Februar 2025 wiederum (BB-Nr. 42) bekräftigt lediglich die frühere Einschätzung von Dr. med. M. ___ und bietet keine neuen Erkenntnisse.

E. 3.4.2.2

Näherer Betrachtung bedarf die im Gerichtsgutachten enthaltene psychiatrische Beurteilung, welche von der Beschwerdeführerin beanstandet wird.

3.4.2.2.1 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. N. ___ nebst Ergänzungen erfüllt in Bezug auf die Unabhängigkeit und fachliche Qualifikation der Expertin, die Befragung der Beschwerdeführerin (A.S. 88 ff.), die Erhebung der objektiven Befunde (A.S. 93 f.), die Kenntnisnahme der wesentlichen Vorakten (A.S. 68 ff. + 88 Ziff. 1.3.1 f.) sowie die darauf gestützte Beurteilung (A.S. 94 ff.) ebenfalls die einschlägigen Anforderungen (s. dazu E. II.

2.4 hiervor). Da es sich um ein Gerichtsgutachten handelt, bedürfte es zudem zwingender Gründe, um davon abzuweichen.

3.4.2.2.2 Zentraler Streitpunkt ist der Beginn der im psychiatrischen Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit. Diese trat laut Gutachterin erst im Herbst 2023 und damit lange nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung ein. Für die vorhergehende Zeit geht die Gerichtsgutachterin davon aus, dass es im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung neben meist leichtgradigen mitunter auch zu mittelgradigen depressiven Episoden kam, welche jedoch nie eine relevante längere Arbeitsunfähigkeit mit sich brachten (E. II. 3.3.2 in fine + 3.3.4.1 f.). Es besteht kein Anlass, an dieser Beurteilung zu zweifeln. Einerseits hatte die Beschwerdegegnerin bereits vor der B.____-Begutachtung bei pract. med. E.____ ein externes psychiatrisches Gutachten vom 27. August 2020 eingeholt, welches eine Arbeitsunfähigkeit verneinte (E. II. 3.2.1 hiervor). Dies stützt bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch pract. med. E.____ im Juni 2020 (s. IV-Nr. 249 S. 2) die Auffassung im C.____-Gerichtsgutachten, wonach retrospektiv keine (längerdauernde) Arbeitsunfähigkeit vorlag. Andererseits genügen die nach dem Gutachten vom 27. August 2020 ergangenen Arztberichte nicht, um bis 19. Juli 2022 eine psychisch bedingte Arbeitsfähigkeit während mindestens eines Jahrs zu belegen. Teilweise werden zwar mittelgradige oder gar schwere depressive Episoden erwähnt, aber als blosse Nebendiagnosen in Berichten, welche sich mit somatischen Leiden befassten (IV-Nr. 257 S. 4 ff. + Nr. 299 S. 2 f.), was beweismässig nicht ausreicht. Richtig ist, dass die Beschwerdeführerin vom 1. bis 7. April 2022 wegen passiver Todeswünsche hospitalisiert war und der Bericht der S.____ des Kantons Solothurn vom 11. April 2022 von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode sprach (IV-Nr. 301 S. 2 ff.). Hier fehlt jedoch ein Psychostatus, der diese Einschätzung untermauern könnte; es werden lediglich allgemein Ängste erwähnt und Suizidgedanken verneint. Die Beschwerdeführerin wurde denn auch nach einer Woche wegen fehlender Fremd- und Selbstgefährdung wieder in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen, wobei sie sagte, sie werde selber einen Termin bei der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K.____ organisieren. Aus diesen knappen Angaben lässt sich nicht ableiten, dass eine länger anhaltende mittelschwere depressive Episode bestand. Dies muss, wie im psychiatrischen Gerichtsgutachten zutreffend festgehalten wird, umso mehr gelten, als keine Anpassung der antidepressiven Medikation erfolgte. Daraus darf zwanglos geschlossen werden, dass keine dauerhafte Verschlimmerung mit einem höheren Leidensdruck eingetreten war. Dr. med. M.____ teilte zwar am 4. Dezember 2024 mit, die Beschwerdeführerin vertrage seit 2018 keine Antidepressiva (BB-Nr. 29), was aber nicht überzeugt. Erstens steht diese Aussage in einer Diskrepanz zum Umstand, dass die Beschwerdeführerin Duloxetin einnahm und einnimmt. Zweitens erwähnt Dr. med. K.____ nichts von einer solchen Unverträglichkeit. Drittens geht aus den Akten nicht hervor, dass ausprobiert worden wäre, wie die Beschwerdeführerin auf verschiedene andere Antidepressiva anspricht. Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich auf den (sehr knappen) Austrittsbericht der S.____ zur Hospitalisation vom 14. September bis 20. November 2018 wegen Suizidgedanken Bezug nimmt (BB-Nr. 31), so lag dieser der psychiatrischen Gerichtsgutachterin nicht vor. Ihr war indes der ausführlichere Bericht vom 15. Januar 2019 (IV-Nr. 229 S. 8 ff.) bekannt (s. A.S. 71), so dass sie ihn in ihre Überlegungen einbeziehen konnte.

3.4.2.2.3 Die Beschwerdeführerin reicht zwei Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K.____ zum psychiatrischen Gerichtsgutachten resp. dessen

Ergänzung ein:

Diesen kurzen Berichten kann nicht das gleiche Gewicht wie einem ausführlichen und umfassenden Gerichtsgutachten zukommen, zumal wenn sie von einer behandelnden (Fach-)Ärztin stammen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C_190/2022 vom 19. August 2022 E. 6.2.3). Dr. med. K. ___ bringt keine Gesichtspunkte vor, welche im Gutachten unberücksichtigt blieben und geeignet wären, Zweifel zu erwecken. Es gehört zum Wesen einer Begutachtung, dass der Sachverständige die versicherte Person nicht über längere Zeit hinweg begleitet. Wollte man angesichts dessen jede Begutachtung als blosser Momentaufnahme abtun, so könnte ein Gutachten kaum je als Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs dienen, sondern es müsste regelmässig auf die behandelnden Ärzte abgestellt werden, was den bundesgerichtlichen Regeln zur Beweiswürdigung zuwiderliefe. Dr. med. K. ___ übersieht bei ihrer Kritik, dass die Expertin die Vorakten zur Kenntnis genommen und die Beschwerdeführerin zur Vorgeschichte befragt, sich also durchaus mit dem Verlauf befasst hat. Auch der Einwand, die Traumatisierung der Beschwerdeführerin sei ignoriert worden, dringt nicht durch. Dr. med. K. ___ sprach zwar schon früher von traumatisch erlebten Erschütterungen im Alltag mit posttraumatischer Entwicklung und mehrfacher Retraumatisierung (s. IV-Nr. 290.2 S. 5 und BB-Nr. 11). Einzelheiten dazu bleibt sie jedoch, ebenso wie die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung, schuldig, so dass sich hier nichts gegen das Gutachten ergibt. Es liegt kein Mangel darin, dass die psychiatrische Gerichtsgutachterin nur auf die Angaben abstellte, welche die Beschwerdeführerin tatsächlich gemacht hat; Sachverständige dürfen sich darauf verlassen, dass die versicherte Person ihnen auch unangenehme Tatsachen wie z.B. einen sexuellen Missbrauch mitteilt (Urteil des Bundesgerichts 9C_12/2021 vom 11. Oktober 2021 E. 6.1). Im Übrigen äussert sich Dr. med. K. ___ nicht zur Argumentation der Gerichtsgutachterin, die Medikation sei anlässlich der Hospitalisation vom 1. bis 7. April 2022 nicht angepasst worden (E. II. 3.4.2.2.2 hiervor).

3.4.2.2.4 Die Beschwerdeführerin reichte dem Versicherungsgericht eine ganze Reihe weiterer Berichte ein, welche jedoch Untersuchungen nach der angefochtenen Verfügung betreffen und keine konkreten Rückschlüsse auf die Zeit davor erlauben. Für den vorliegenden Fall lässt sich daraus nichts ableiten.

E. 3.4.3

Zusammenfassend ist als Beweisergebnis festzuhalten, dass sich bis zur Verfügung vom 19. Juli 2022 keine relevante Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen lässt. Damit fehlt es an der im Rahmen einer Neuanschuldung erforderlichen Verschlechterung seit 2016 mit Einfluss auf den Leistungsanspruch. Die Beschwerde stellt sich folglich als unbegründet heraus und ist abzuweisen.

E. 5

5.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis

1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden.

5.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75 und 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Das B.____-Gutachten vom 10. Januar 2022, welches die Beschwerdegegnerin eingeholt hatte, konnte in zwei Punkten keinen Beweiswert beanspruchen und hätte daher insoweit nicht als Grundlage dafür dienen dürfen, einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu verneinen (s. dazu E. II. 3.3 hiervor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, in den Disziplinen Kardiologie und Psychiatrie ein neues Gutachten einholen müssen, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens nebst den beiden Ergänzungen von insgesamt CHF 10'119.50 (9'219.50 + 550.00 + 350.00) zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Gegen die Höhe dieser Kosten hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 124 / 150 / 172). Es kann auch nicht von einem Betrag gesprochen werden, der das bei einem bidisziplinären Gutachten üblicherweise zu Erwartende übersteigt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_529/2024 vom 27. März 2025 E. 3.2 + 4).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 1'000.00 verrechnet.

4. Die Kosten des Gerichtsgutachtens der Gutachterstelle C.____ vom 1. Februar 2024 sowie der Ergänzungen dazu vom 11. November 2024 und 19. März 2025, insgesamt CHF 10'119.50, werden der IV-Stelle des Kantons Solothurn auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

5. Je eine Kopie des Protokolls der Verhandlung vom 4. September 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Parteien.

6. Das Doppel der Kostennote des Vertreters der Beschwerdeführerin vom 4. September 2025 geht zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin.

Rechtsmittel

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

Bundesgerichtsgesetzes, BGG). Bei Vor- und Zwischenentscheiden (dazu gehört auch die Rückweisung zu weiteren Abklärungen) sind die zusätzlichen Voraussetzungen nach Art. 92 oder 93 BGG zu beachten.

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin	Der Gerichtsschreiber
Weber-Probst	Haldemann

E. 6

Funktionelle Gangstörungen

E. 7

Status nach rezidivierenden Präsynkopen und Synkopen bei Verdacht auf orthostatische und vasovagale Genese

E. 8

Adipositas (BMI 31,5 kg/m²)

E. 8.1

+ 8.2). Seit dem 19. August 2016 sei es zu keiner relevanten Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit gekommen (S. 37). 3.2.2.6 Im Rahmen der Konsensbeurteilung hielten die Sachverständigen fest, da die Beschwerdeführerin seit Jahren nicht mehr gearbeitet habe, sei die angestammte Tätigkeit schwierig zu definieren. Eine der Behinderung angepasste Tätigkeit sei körperlich leicht mit immer wieder sitzenden Anteilen und wechselbelastenden Arbeiten ohne Zwangshaltungen vorwiegend mit den unteren Extremitäten. Die Arbeits- und Leistungsfähigkeit liege diesbezüglich bei 100 %. Möglich sei eine zeitliche Präsenz von acht bis 8,5 Stunden ohne Leistungseinschränkung (IV-Nr. 290.1 S. 10). Es ergäben sich keine Hinweise, dass die Arbeitsfähigkeit für angepasste Tätigkeiten über eine längere Zeitspanne höhergradig eingeschränkt gewesen wäre. Eine höhergradige depressive Episode sei möglich, dies führe aber nur zu einer vorübergehenden Einschränkung der Arbeitsfähigkeit von einigen Wochen (S. 11). 3.3 Das Versicherungsgericht holte bei der Gutachterstelle C.____ ein Gerichtsgutachten ein, um die vorhandenen Abklärungslücken zu schliessen. Erstens umfasste das B.____-Gutachten, auf das sich die Beschwerdegegnerin stützte, keine kardiologische Beurteilung der Synkopen. Zweitens vermochte die Auseinandersetzung mit den Indikatoren im dortigen psychiatrischen Teilgutachten nicht zu überzeugen. Der Experte versäumte es einmal, sich zur Persönlichkeitsstruktur der Beschwerdeführerin zu äussern. Was die Wahrnehmung therapeutischer Optionen angeht, so erwähnte er einerseits die laufende ambulante psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation (IV-Nr. 290.1 S. 34 Ziff. 7.2) und hielt fest, Depressionen könnten heute gut behandelt werden (S. 35 Ziff. 7.3.3); andererseits bemerkte er, die bisherigen Behandlungen (zu denen auch stationäre Aufenthalte gehörten) hätten zu keiner Besserung geführt (S. 36 Ziff. 7.4), was die Frage der Therapieresistenz aufwirft, zumal der Experte keine anderen Behandlungsansätze vorschlägt (S. 37 Ziff. 8.3.1). Zur Konsistenz stellte er lediglich fest, der Aussage der Beschwerdeführerin, nichts mehr selber machen zu können, stehe der Umstand entgegen, dass sie noch einen Salat zubereiten könne (S. 35 Ziff. 7.3.2), was eine sehr schwache Argumentation darstellt. Eine Ressource erblickte der Experte darin, dass die Beschwerdeführerin mit ihrem früheren Ehemann eine Familie gegründet und zwei Kinder

grossgezogen habe (S. 36 Ziff. 7.4), was aber schon einige Jahre her ist und deshalb nicht überbewertet werden sollte. 3.3.1 Der Experte Dr. med. L. ____, Facharzt für Kardiologie FMH, stellt in seinem Teilgutachten folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (A.S. 108): 1. Synkopen (R55) § wahrscheinlich verschiedene Ursachen (z.T. bei Diagnose 2, Medikamenten-Nebenwirkungen, vasovagal, psychogen) 2. Orthostatische Dysregulation (I95.1) Die klinische Untersuchung sei unauffällig, ebenso das EKG und das TTE. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass sie beidseitig unter Knieschmerzen leide und sich kürzlich einem Eingriff am rechten Oberschenkel unterzogen habe. Auf eine Ergometrie werde daher verzichtet. Die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin sei vermutlich eingeschränkt, wie das in früheren Ergometrien erfasst worden sei. Meist habe die Beschwerdeführerin etwa 50 % der SAK erreicht, um 70 Watt. Hinweise auf eine KHK / Ischämie hätten sich beim behandelnden Kardiologen Dr. med. M. ____ jedoch nie ergeben. Die thorakalen Druckbeschwerden könnten somit als nicht-kardial beurteilt werden. Der Schellongtest sei früher meist positiv gewesen und aktuell grenzwertig positiv, während ein Tilt-Test 2015 negativ ausgefallen sei. Daraus ergebe sich die Diagnose einer orthostatischen Dysregulation, die sicher zu einem relevanten Teil medikamentös bedingt sein dürfte. Der Schwindel sei multifaktoriell bedingt, zudem hätten die Synkopen wahrscheinlich je nach Situation unterschiedliche (orthostatische vasovagale, psychogene) Ursachen (A.S. 108). Der während des Schellongtests angegebene Schwindel sei bei grenzwertig positivem Blutdruckabfall plausibel. Die Beschwerdeführerin bewege sich in der Praxis nur sehr langsam und unsicher. Sie gebe bei Positionswechseln Schmerzen an. Beim Verlassen der Praxis gehe sie dann in der Fussgängerzone in normalem Tempo Richtung Parkhaus. Möglicherweise würden die Beschwerden aggraviert. Die Beschwerdeführerin gebe mitunter ausweichende Antworten. Während der TTE-Untersuchung erkläre sie, dass die zahlreichen Synkopen meist auftreten würden, wenn sie allein sei. Sie verletze sich dabei praktisch nie. Das einzige kardiologische Problem seien die Synkopen, welche im Rahmen einer orthostatischen Dysregulation beurteilt würden. In diesem Fall sollten sämtliche Medikamente, die Schwindel, orthostatische Hypotonie, Synkopen oder einen Kreislaufkollaps verursachen resp. begünstigen könnten, abgesetzt werden. Zudem sollte die Beschwerdeführerin stets Kompressionsstrümpfe tragen sowie auf eine gute Flüssigkeitszufuhr und salzreiche Ernährung achten. Zusätzliches aerobes Training wäre ebenfalls sinnvoll, ausserdem Verhaltensmassnahmen wie langsames, schrittweises Aufstehen, dies vor allem morgens, sowie Schlafen mit erhöhtem Kopfteil. Sollten trotz all dieser Massnahmen immer noch Synkopen auftreten, wäre als nächster Schritt eine medikamentöse Therapie möglich. Er halte es für sehr unwahrscheinlich, dass die Beschwerdeführerin dann immer noch eine relevante Orthostasereaktion aufweise, die zu einer Synkope führe (A.S. 107). Die Arbeitsfähigkeit in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit liege bei 100 %. Die Leistungsfähigkeit sei trotz der Einschränkung in den Ergometrien für die damalige Tätigkeit ausreichend gewesen. Während ihrer Tätigkeit von 1990 bis 2002 sei die Explorandin nie bei der Arbeit synkopiert. Anschliessend sei sie aus anderen gesundheitlichen Gründen nicht mehr berufstätig bzw. arbeitsfähig gewesen, weshalb schwierig zu beurteilen sei, ob sie auch bei der Arbeit synkopiert wäre und gegebenenfalls wann und wie oft. Wenn die Beschwerdeführerin tatsächlich seit 2014 jeden Monat zweimal synkopiert wäre, wäre sie eigentlich für die Arbeit in einer Fabrik an einer Maschine nicht arbeitsfähig gewesen. Falls sie trotz optimaler Massnahmen weiterhin orthostatisch synkopiere, müsste die Tätigkeit optimalerweise rein sitzend sein.

Diesbezüglich läge die Arbeitsfähigkeit in einem Vollzeitpensum seit jeher bei 100 %; die Leistung wäre nicht eingeschränkt, doch sollte die Beschwerdeführerin nicht rasch aufstehen (A.S. 109), um einen passageren Schwindel zu vermeiden (A.S. 110). Die Häufigkeit der Synkopen sei stabil geblieben, die objektiven Befunde bei Dr. med. M. ___ hätten sich über die Jahre im Wesentlichen nicht verändert. Die Gesamtbeurteilung sei schwierig. In früheren Gutachten werde u.a. von Stürzen statt Synkopen gesprochen. Es sei nicht einfach zu beurteilen, was Präsynkope, Synkope resp. Sturz und was davon iatrogen durch die verschiedenen Medikamente bedingt gewesen sei. Auch bestehe ein multifaktorieller Schwindel, der zu Stürzen führen könne. Die orthostatischen Synkopen seien vermutlich nur ein Teil der Problematik Schwindel / Synkope / Sturz (A.S. 111).

3.3.2 Die Expertin Dr. med. N. ___, Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, gelangte in ihrem Teilgutachten zu folgenden Diagnosen (A.S. 97): Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit § Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1) Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit § Schmerzverarbeitungsstörung (F54) Die Beschwerdeführerin sei allseits orientiert und bewusstseinsklar. Die Konzentration könne für die Dauer des Untersuchungsgesprächs weitgehend, mit einzelnen kurzen Einbrüchen, aufrechterhalten werden. Für Störungen der Aufmerksamkeit, der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses gebe es keine Hinweise. Subjektiv werde Vergesslichkeit beklagt. Die Exploration sei erschwert: Die Beschwerdeführerin betone wiederholt Schmerzen und Unzulänglichkeiten, es müssten Nachfragen gestellt werden. Formalgedanklich sei sie klar und kohärent, dabei umständlich und eingeengt. Hinweise für psychotisches Erleben wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen fehlten. Befürchtungen im engeren Sinne, Zwangsgedanken oder Zwangshandlungen seien nicht explorierbar. Subjektiv würden Panikattacken mit Herzrasen, Atemnot und Nervosität angegeben. Affektiv sei die Beschwerdeführerin mittelgradig niedergestimmt und in der Schwingungsfähigkeit eingeschränkt. Sie wirke klagsam und belastet. Psychomotorisch sei sie leicht unruhig. Der Rapport sei nur eingeschränkt herstellbar. Eigenanamnestisch liege kein selbstverletzendes Verhalten vor. Es bestehe keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung (A.S. 94 Ziff. 4.3). Es ergäben sich keine konkreten Inkonsistenzen, die Beschwerdeführerin bleibe jedoch in ihren Äusserungen wiederholt oberflächlich und auf das Schmerzerleben fokussiert; so könne sie z. B. über angegebene traumatische Erfahrungen nichts sagen. Gemäss ihren Schilderungen sei die Beschwerdeführerin im Alltag bei fast allen Aktivitäten auf Unterstützung angewiesen, sie füge jedoch an, dass sie alleine in ein nahegelegenes Geschäft zum Einkaufen oder auch in die Therapie gehen könne (A.S. 95 Ziff. 6.2.1 f.). Anlässlich der zweimonatigen Behandlung in der O. ___-Klinik 2022 / 2023 sei eine rezidivierende depressive Störung mit schwerer Episode festgestellt worden. Anhand der Angaben zum Psychostatus sei wohl eine depressive Symptomatik nachvollziehbar, jedoch nicht im angegebenen Schweregrad. Dr. med. K. ___ führe im Bericht vom Oktober 2023 eine posttraumatische Entwicklung bei traumatischen Umständen auf, gehe jedoch nicht weiter darauf ein, sodass die Angaben letztlich nicht verwertbar seien. Den verschiedenen psychiatrischen Gutachten seien keine Angaben zu Gewalterleben oder sexuellen Missbrauch zu entnehmen (A.S. 95 f. Ziff. 6.2.3). Im Vergleich zu den verschiedenen vorliegenden Berichten sei festzustellen, dass im Verlauf der letzten Jahre kaum Veränderungen in Tagesablauf und den Aktivitäten aufgetreten seien, wobei lediglich die Gutachten relativ ausführlich berichtet hätten, während den Berichten der ambulanten und stationären Behandler diesbezüglich kaum Angaben zu entnehmen seien. Insgesamt erschienen die Angaben der Beschwerdeführerin zu Problemen und Beschwerden in den

letzten Jahren weitgehend unverändert. Diagnostisch seien sich die verschiedenen Behandler und Untersucher weitgehend einig, wiederholt würden eine rezidivierende depressive Störung und eine Form einer somatoformen Störung aufgeführt. Bezüglich der Einschätzung der Arbeitsfähigkeit ergäben sich jedoch erhebliche Unterschiede, von voll erhaltener Arbeitsfähigkeit bis zu völliger Arbeitsunfähigkeit. Mehrfach sei auf eine gewisse Verdeutlichungstendenz hingewiesen worden (A.S. 96 S. 43 Ziff. 6.2.3). Im Vordergrund des psychischen Beschwerdebildes stehe eine rezidivierende depressive Störung bei gegenwärtig mittelgradiger Ausprägung. Zum Untersuchungszeitpunkt sei die Beschwerdeführerin mittelgradig niedergestimmt und in der Schwingungsfähigkeit reduziert. Es bestünden ein depressiver Habitus sowie leichte kognitive und formalgedankliche Auffälligkeiten. Die Angaben zu Tagesablauf und Aktivitäten wiesen auf Einschränkungen hin, die jedoch nicht rein affektiv bedingt zu sein schienen, sondern auch im Rahmen körperlicher Probleme zu sehen seien. Psychiatrisch werde die Beschwerdeführerin mit wöchentlichen Terminen behandelt, psychopharmakologisch jedoch lediglich mit täglich 90 mg Duloxetin, was angesichts der rezidivierenden depressiven Störung mit Episoden unterschiedlichen Ausmasses seit Jahren nicht nachvollziehbar sei und nicht einer leitlinienorientierten Behandlung entspreche. Mindestens zu erwarten und der Beschwerdeführerin zumutbar wäre ein Aufdosieren von Duloxetin auf 120 mg, eine Anpassung der Medikation oder eine Augmentation, was wenn nötig auch im stationären Rahmen durchgeführt werden könnte (A.S. 96 Ziff. 6.3). Weiter werde wiederholt eine somatoforme Störung aufgeführt, wobei zwischen Somatisierungsstörung, anhaltender Schmerzstörung und chronischer Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren alles vertreten sei. Die Beschwerdeführerin gebe an, dass bis zum Auftreten der Beschwerden 2002 keine psychosozialen Belastungen bestanden hätten. Die Umstände in Zusammenhang mit der Trennung und der Aufgabe als alleinerziehende Mutter könnten jedoch auf psychosoziale Belastungen hinweisen. Es würden jedoch seit Beschwerdebeginn 2002 affektive Symptome beklagt, sodass aus aktueller gutachterlicher Sicht die Diagnose einer somatoformen Störung nicht bestätigt werden könne, da die Diagnosekriterien der ICD-10 nicht erfüllt würden resp. sich widersprüchen. Somatische Beschwerden wie erhöhtes Schmerzerleben könnten im Rahmen somatischer Symptome bei einer affektiven Störung auftreten (A.S. 96 f. Ziff. 6.3). Die Beschwerdeführerin deute Missbrauchserfahrungen und Gewalterleben an. Diese Angaben liessen sich diagnostisch aktuell nicht verwerten, da sie keine weiteren Ausführungen dazu machen könne oder wolle. Es ergäben sich jedoch in der Anamnese mit oberflächlichen Angaben z. B. zu den Gründen der Ehescheidung, dem Fehlen weiterer Partnerschaften oder Beziehungen sowie etwa dem «Schönreden» gewisser Umstände durchaus Hinweise, dass die Angaben der Beschwerdeführerin ernst zu nehmen seien. In diesem Zusammenhang sei es bedauerlich, dass den Berichten der langjährig ambulant behandelnden Psychiaterin keine entsprechenden Ausführungen zu entnehmen seien. Spezifische Hinweise auf eine Persönlichkeitsstörung lägen keine vor. Die Beschwerdeführerin beklage nebst depressiver Stimmung anhaltende Schmerzen und Schwindel. Es sei anzunehmen, dass ein erhöhtes Schmerzerleben im Rahmen somatischer Anteile der affektiven Störung einzuordnen sei sowie eine Schmerzverarbeitungsstörung bestehe. Die beschriebenen Panikattacken oder Angstgefühle erfüllten nicht die Diagnosekriterien einer eigenständigen Angsterkrankung und seien ebenfalls im Rahmen der affektiven Diagnose zu sehen. Auch schienen Angstgefühle als Zeichen einer subjektiven Überforderung in belastenden Situationen aufzutreten. Insgesamt präsentierten

sich die Bewältigungsstrategien und die Ressourcen der Beschwerdeführerin eingeschränkt, jedoch nur bis zu einem gewissen Grad. So sei es ihr z. B. trotz Beschwerden und Ängsten gelungen, verschiedene Operationen vornehmen- zu lassen, sie habe nicht angstbedingt alles abgelehnt. Schliesslich ergäben sich keine Hinweise für eine Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis oder für eine Abhängigkeitserkrankung (A.S. 97 Ziff. 6.3). Eingliederungsmassnahmen hätten bislang nicht stattgefunden und seien angesichts der Annahme der Beschwerdeführerin, ganz arbeitsunfähig zu sein, nicht zu empfehlen. Die Ressourcen und Fähigkeiten erschienen reduziert, dennoch lägen verschiedene vor. Die Beschwerdeführerin verfüge über eine abgeschlossene Berufsausbildung und langjährige Berufserfahrung sowie Deutschkenntnisse. Sie pflege stabile soziale Kontakte innerhalb ihrer Familie, beschäftige sich zuhause, gehe einkaufen und nehme Therapien wahr (A.S. 97 f. Ziff. 7.1 f.). Was die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Arbeit angehe, so werde hierfür auf die angepasste Tätigkeit verwiesen, da die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren nicht mehr arbeite. Eine optimal angepasste Arbeit bestehe aus einer klar strukturierten Tätigkeit in einem kleinen Team. Die Arbeitsfähigkeit liege diesbezüglich bei 50 % eines Vollzeitpensums. Möglich sei eine Präsenz von täglich bis zu fünf Stunden, wobei in diesem Rahmen ein erhöhter Pausenbedarf bestehe. Angesichts der Akten bestünden die depressiven Episoden seit Jahren mindestens in einem leichten Ausmass, wobei es wiederholt zu Zeiten mit einer höheren Beschwerdelast komme. Es liege in der Natur der Sache, dass im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung wiederholt Episoden unterschiedlichen Schweregrades auftreten könnten. Eine mittelgradige depressive Episode sei spätestens ab Herbst 2023 mit einer Wahrscheinlichkeit von mehr als 50 % anzunehmen (A.S. 98 f. Ziff. 8.1 f. + A.S. 99 Ziff. 9). Im Dezember 2021 habe noch eine leichte depressive Episode vorgelegen, im April 2022 hingegen – wie auch aktuell – eine mittelgradige (A.S. 100).

3.3.3 In der interdisziplinären Beurteilung gelangten die Sachverständigen zum Ergebnis, im Vordergrund stehe das psychische Beschwerdebild mit rezidivierender depressiver Störung, gegenwärtig mittelgradig ausgeprägt (A.S. 59 Ziff. 4.3). Die Einschränkung der Arbeitsfähigkeit sei ausschliesslich psychiatrisch bedingt (A.S. 61 Ziff. 4.5). Aus kardiologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin in einer rein sitzenden Tätigkeit voll arbeitsfähig, lediglich Tätigkeiten an gefährlichen Maschinen oder in sturzgefährdender Höhe seien ungeeignet (A.S. 6 unten). Eine eigentliche angestammte Tätigkeit sei nicht zu definieren, da die Beschwerdeführerin seit 20 Jahren nicht mehr berufstätig sei (A.S. 61 Ziff. 4.6.1). Eine angepasste, klar strukturierte Tätigkeit in einem kleinen Team, bevorzugt im Sitzen, sei aktuell vier bis fünf Stunden möglich. Während dieser Anwesenheitszeit bestehe eine Leistungseinschränkung aufgrund eines erhöhten Pausenbedarfs bei einer reduzierten psychischen Durchhaltefähigkeit, was weitgehend durch die Stundenreduktion abgebildet werde. Die Arbeitsfähigkeit liege bei 50 %. Im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung seien wiederholt Episoden unterschiedlichen Schweregrades aufgetreten. Angesichts der Angaben in den Akten sei davon auszugehen, dass diese Episoden seit Jahren mindestens in einem leichten Ausmass vorlägen, und es wiederholt zu Zeiten mit einer höheren Beschwerdelast gekommen sei. Retrospektiv könne aber keine länger dauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit zugeordnet werden. Die über die Jahre durchgeführten gutachterlichen Evaluationen ergäben ein einheitliches Bild ohne wesentliche dauerhafte Einschränkung mit immer erheblicher funktioneller Überlagerung; diese Komponente scheine durch die Behandler nicht erkannt oder ausgeblendet worden zu sein, was fälschlicherweise zu hohen attestierten Arbeitsunfähigkeiten geführt habe, welche quasi die

subjektive Arbeitsunfähigkeit der Beschwerdeführerin bezeugt hätten. Das Ausmass einer mittelgradigen depressiven Episode sei aktuell ab Oktober 2023 anzunehmen, doch könne erst nach Monaten retrospektiv beurteilt werden, ob sich diese Situation tatsächlich festsetze oder ob dies wieder eine punktuelle Schwankung darstelle (A.S. 62 Ziff. 4.7). Die depressive Störung werde nicht leitliniengerecht behandelt. Es empfehle sich entweder eine Aufdosierung von Duloxetin auf 120 mg täglich, eine Anpassung der Medikation oder eine Augmentation. Wenn nötig, könnte sich auch eine stationäre psychiatrische Behandlung als hilfreich erweisen (A.S. 62 Ziff. 4.8). Zwischen August 2016 und Juli 2022 sei es zu keiner wesentlichen Veränderung des Gesundheitszustandes und der Arbeitsfähigkeit gekommen. Zu den orthopädischen Einschränkungen gemäss dem B.____-Gutachten AG vom 10. Januar 2022 ergebe sich kein additiver Effekt (A.S. 63 Ziff. 4.9).

3.3.4 3.3.4.1 In ihrer Stellungnahme vom 11. November 2024 (A.S. 143 ff.) bekräftigt die Expertin Dr. med. N.____, vom 19. August 2016 bis 19. Juli 2022 habe keine längerdauernde höhergradige depressive Störung im Sinne einer invalidisierenden Krankheit bestanden. Die rezidivierende depressive Störung habe meist das Ausmass einer leichten Episode aufgewiesen, die sich intermittierend – aber nicht längerdauernd – auf eine mittelgradige depressive Episode ausweiten könne. Deshalb lasse sich auch keine längere höhere Arbeitsunfähigkeit zuordnen. Das Wort «weitgehend» im Gutachten (s. E. II. 3.3.3 hiervor) beziehe sich auf die Angabe von vier bis fünf Stunden Arbeitszeit, um der Rechtsanwendung und einem theoretischen Arbeitgeber einen gewissen Spielraum zu erlauben. Bei vier Stunden am Tag ergebe sich keine zusätzliche Einschränkung, bei fünf Stunden sei der Pausenbedarf erhöht und es liege neben der reinen Stundenzahl eine leichte Leistungseinbusse vor. Die Arbeitsunfähigkeit von 50 % bleibe auf jeden Fall bestehen. Die nachgereichten Unterlagen ergäben keine neuen Aspekte. Namentlich erwähne Dr. med. K.____ im Bericht vom 31. Mai 2024 keine neuen oder anderen Befunde resp. Diagnosen. Die Psychiaterin gehe nicht darauf ein, dass die psychiatrischen Vorgutachten nahtlos zur Einschätzung im Gutachten passten. Die klinische Untersuchung im Rahmen einer Begutachtung sei naturgemäss immer eine Momentaufnahme, werde jedoch durch die ausführlichen und diskutierten Akten ergänzt. Die Beziehung zwischen einer Explorandin und einer Gutachterin stelle keine Grundlage dar, dass die Explorandin in der Begutachtung erstmals von Gewalt- und Missbrauchserfahrungen berichten würde. Der Umstand, dass trotz mehrfacher stationärer und ambulanter Behandlungen nie solche Erfahrungen aufgeführt worden seien, spreche dagegen, dass bei einer «besseren Beziehung» zur Beschwerdeführerin detailliertere Angaben erhoben werden könnten. Der Schweregrad depressiver Episoden könne retrospektiv beurteilt werden, wenn die Akten ausführliche Angaben zum Verlauf und zur Psychopathologie enthielten; ansonsten werde auf den Zustand im Zeitpunkt der Begutachtung abgestellt, hier also Herbst 2023. Da keine Anpassung der antidepressiven Medikation erfolgt sei, werde davon ausgegangen, dass ab April 2022 keine länger anhaltende mittelgradige depressive Episode bestanden habe.

3.3.4.2 Nachdem die Expertin Dr. med. N.____ die zusätzlichen Unterlagen der Beschwerdeführerin, u.a. ein neuer Bericht von Dr. med. K.____ vom 19. Dezember 2024, eingesehen hat, hält sie am 19. März 2025 (A.S. 167 f.) an ihren Angaben zum Verlauf der depressiven Störung fest. Aufgrund der vorliegenden Akten habe seit Jahren eine mindestens leichte depressive Symptomlast bestanden, während eine anhaltend höhere Beschwerdelast nicht überwiegend wahrscheinlich sei. Eine zuverlässige retrospektive Beurteilung setze eine ausführliche Aktenlage voraus, d.h. genügend objektive Angaben in einem Psychostatus, der sich auf Tatsachen und nicht subjektiv beklagte Beschwerden

stütze. Aus einer medikamentösen Behandlung könne zwar nicht automatisch auf den Schweregrad einer psychischen Störung geschlossen werden, doch ergäben sich Hinweise auf die Beschwerdelast und den Leidensdruck; im Falle von Medikamentenunverträglichkeiten gebe es vielfältige weitere medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Suizidalität resp. ein Suizidversuch seien kein Indikator für den Schweregrad einer depressiven Episode, da sie auch ohne eine depressive Symptomatik vorliegen könnten.

3.4 3.4.1 3.4.1.1 Das B.____-Gutachten geniesst in internistischer, orthopädischer und neurologischer Hinsicht vollen Beweiswert, erfüllen die betreffenden Teilgutachten doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Sie stammen von unabhängigen Fachärzten der einschlägigen medizinischen Disziplinen, welche aufgrund ihrer Ausbildung qualifiziert sind, die gesundheitliche Situation und die Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin zu beurteilen. Weiter haben die Sachverständigen die Beschwerdeführerin lege artis zu ihren subjektiven Beschwerden, ihren Verhältnissen und zur Vorgeschichte befragt (IV-Nr. 290.1 S. 23 f. / 39 ff. / 50 f.), die objektiven Befunde erhoben (S. 25 / 41 ff. / 52 f.) sowie die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (S. 15 ff. / 23 / 39 / 50). Auf dieser Grundlage befassten sich die Sachverständigen sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (S. 25 ff. / 44 ff. / 53 ff.), wobei sie zu Schlüssen gelangten, die vor dem Hintergrund der objektiven Befunde nachvollziehbar sind. Was im Beschwerdeverfahren dagegen vorgebracht wird, dringt nicht durch.

3.4.1.2 Gegen das internistische Teilgutachten als solches erhebt die Beschwerdeführerin keine Einwände. Sie macht vielmehr geltend, seit der Exploration vom 9. Dezember 2021 habe sich eine Schilddrüsenunterfunktion entwickelt (A.S. 12 f.). Der internistische Experte stellte fest, dass die Schilddrüse nicht vergrössert sei (IV-Nr. 290.1 S. 25 Ziff. 4.3). Von einer Schilddrüsenunterfunktion war damals keine Rede. In der Folge erwähnte Dr. med. P.____ im Bericht vom 8. März 2022 (IV-Nr. 297 S. 2 ff.) einen Verdacht auf Hashimoto Thyreoiditis, differentialdiagnostisch abklingende Thyreoiditis De Quervain. Am 19. Januar 2022 habe eine noch nicht substituierte Hypothyreose vorgelegen, welche behandlungsbedürftig sei. Dr. med. P.____ attestierte in diesem Zusammenhang jedoch keine Arbeitsunfähigkeit, was mit der Stellungnahme von Dr. med. Q.____, Fachärztin für Neurologie FMH beim RAD, vom 12. Mai 2022 korrespondiert, wonach eine Schilddrüsenunterfunktion durch Substitution mit Schilddrüsenhormon behandelbar sei und keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit habe (IV-Nr. 300 S. 2). Für die Beschwerdeführerin ergibt sich hier nichts, woran auch die späteren Berichte von Dr. med. P.____ vom 18. und 19. August 2022 (IV-Nr. 305 S. 2 ff.) nichts zu ändern vermögen. Diese Berichte, welche Konsultationen am 3. Juni und 18. August 2022 betrafen, sprachen vielmehr von einer aktuell euthyreoten Stoffwechsellage, d.h. einer normalen Schilddrüsenfunktion (Euthyreot - DocCheck Flexikon, Website zuletzt aufgerufen am 4. September 2025). Die Berichte vom 11. Juni 2024 (Beschwerdebeilage / BB-Nr. 24) sowie 28. Februar und 4. April 2025 (BB-Nr. 40 f.) wiederum ergingen erst lange nach der angefochtenen Verfügung vom 19. Juli 2022 und äussern sich nicht zu den Verhältnissen bis zu diesem Stichtag (s. dazu E. II. 1.1 hiervor).

3.4.1.3 Der orthopädische Experte stützte sich in schlüssiger und nachvollziehbarer Weise darauf, dass zwischen den klinischen und radiologischen Befunden einerseits sowie den beschriebenen Einschränkungen andererseits eine Diskrepanz bestand, weshalb sich die fraglichen Beschwerden nur teilweise objektivieren liessen (E. II. 3.2.2.3 hiervor). Soweit indes objektive organische Schäden fehlen, welche als Ursache der geklagten Beschwerden gelten können, kann auch keine

Beeinträchtigung der Arbeitsfähigkeit postuliert werden (s. Urteil des Bundesgerichts 8C_418/2021 vom

E. 9

Colon irritabile

E. 10

Chronische Obstipation mit rezidivierenden Analblutungen

E. 11

Reizmagen

E. 12

Status nach Bauchhautstraffung (1994)

E. 13

Status nach Hysterektomie (2010)

E. 14

Status nach Herpes zoster thoracalis (Juni 2014) Die Sachverständigen gelangten interdisziplinär zum Schluss, die Arbeitsfähigkeit sei weder in der bisherigen Tätigkeit (als Fabrikarbeiterin) noch in einer Verweistätigkeit eingeschränkt (S. 26). 3.2 3.2.1 Anlässlich der Neuanmeldung vom 4. Februar 2019 holte die Beschwerdegegnerin zunächst bei pract. med. E.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, ein psychiatrisches Gutachten vom 27. August 2020 ein (IV-Nr. 249), verbunden mit einem neuropsychologischen Gutachten durch lic. phil. F.____, Fachpsychologin für Neuropsychologie FSP, vom 5. September 2020 (IV-Nr. 250.1). Pract. med. E.____ stellte folgende Diagnosen (IV-Nr. 249 S. 35 Ziff. 6): · Somatisierungsstörung (F40.0) · Status nach mittelgradiger depressiver Episode (F32.1) Wegen diverser Widersprüche, Brüche und auffälliger Untersuchungsergebnisse lasse sich rückblickend keine konsistent ableitbare psychiatrische Diagnose belegen (S. 45 oben). Wäre die Beschwerdeführerin wirklich schwer depressiv, wie es von den Behandlern immer wieder angedeutet werde, wäre die Medikation mit Duloxetin und Quetiapin fraglich ausreichend (S. 45 Ziff. 7.2). In ihrer bisherigen Tätigkeit sei die Beschwerdeführerin zu 100 % arbeitsfähig (S. 46 Ziff. 8). Laut der neuropsychologischen Abklärung wiederum lag eine unspezifische mittelschwere bis schwere neuropsychologische Störung mit Einbussen in den Bereichen der Aufmerksamkeits- und der Exekutivfunktionen und des Gedächtnisses sowie affektiven- und Verhaltensauffälligkeiten vor (IV-Nr. 250.1 S. 9 Ziff. 6 + 7). Allerdings führte ein Symptomvalidierungstest zu einem auffälligen Ergebnis mit Anzeichen für ein bewusstseinsnahes dysfunktionales Verhalten bis zu einer Aggravation der Beschwerden (S. 10), weshalb sich die Arbeitsfähigkeit nicht genau bestimmen liess (S. 11). 3.2.2 3.2.2.1 Am 10. Januar 2022 erging sodann ein polydisziplinäres Gutachten der Gutachterstelle B.____ mit folgenden Diagnosen (IV-Nr. 290.1 S. 9): a) Mit Einfluss auf Arbeitsfähigkeit · Chronische Kniebeschwerden rechts (M17.1 / M23.32) § radiologisch mediale Gonarthrose und Degeneration des Innenmeniskus (MRI vom 17. November 2020) b) Ohne Einfluss auf Arbeitsfähigkeit 1. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode (F33.00) 2. Undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) § chronisches unspezifisches multilokuläres Schmerzsyndrom (R52.9) § Reizdarmsyndrom (K58.0) § Missempfindungen der Beine unklarer Ätiologie (R20.2) 3. Chronisches panvertebrales Schmerzsyndrom

(M54.80) § radiologisch geringgradige zervikale Degeneration, tieflumbale Spondylarthrose und Osteochondrose sowie Diskushernie LWK5 / SWK1 mit rechtsbetonter Tangierung der Nervenwurzel S1 (MRI vom 29. Januar 2020) 4. Adipositas (BMI 34,2 kg/m², E66.0) § chronisches Lipödem der Beine Stadium II beidseits 5. Rezidivierende Stürze unklarer Ätiologie (F44.4) § aktuell unauffälliger EEG-Befund 3.2.2.2 Der Experte Dr. med. G.____, Facharzt für Allgemeine Innere Medizin FMH, hielt in seinem Teilgutachten fest, aus internistischer Sicht seien sowohl die zuletzt ausgeübte als auch eine angepasste Tätigkeit vollzeitlich ohne Leistungseinbusse möglich. Es habe auch bisher nie eine länger andauernde, höhergradige Arbeitsunfähigkeit bestanden (IV-Nr. 290.1 S. 26 f. Ziff. 8.1 + 8.2). 3.2.2.3 Gegenüber dem Experten Dr. med. H.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie FMH, gab die Beschwerdeführerin an, sie leide nach zwei schweren Autounfällen 2002 und 2014 sowie wiederholten Stürzen am ganzen Körper unter Schmerzen. Beschwerdefreie Regionen gebe es keine. Sie könne nichts mehr machen und verbringe den Tag zumeist liegend. Sitz- und Stehdauer seien vermindert. Sie könne nur am Rollator längstens fünf Minuten ohne Pause überwinden (IV-Nr. 290.1 S. 39 f.). Jegliche Berufsausübung sei undenkbar (S. 41). Der Experte hielt dafür, die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten auf rein orthopädischer Ebene nur zu einem sehr geringen Teil nachvollzogen werden. Die Beschwerdeführerin präsentiere sich als massiv invalidisiert. Sie laufe kleinschrittig kürzeste Strecken, wobei sie rechts hinke und sich mit der rechten Hand abstütze. Die Gangvarianten seien keinesfalls durchführbar. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeige die Beschwerdeführerin unter Gegenhalten eine massiv bis vollständig aufgehobene Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, und auch die fokussierte Prüfung der unteren Extremitäten in Rückenlage gelinge praktisch nicht. An den Schultern zeige die Beschwerdeführerin Einschränkungen oberhalb der Horizontalen, doch fehlten klare Hinweise für ein subakromiales Impingement oder eine Binnenläsion der Schultergelenke. Die Beweglichkeit an Ellbogen und Händen sei frei. Die Beschwerdeführerin berichte unablässig von Schwindelattacken und Stürzen, beantworte aber kaum die an sie gerichteten Fragen, sodass der Leidensdruck weder in der Vergangenheit noch im Untersuchungszimmer klar fassbar werde. Die gesamte ausführliche Untersuchung im Stehen, Gehen, Sitzen und Liegen sei von einem unablässigen, von der gerade durchgeführten Prüfung weitestgehend unabhängigen Schmerzgebaren begleitet. Während die Untersuchung der Hüft- und Kniegelenke in Rückenlage nicht gelinge, liessen sich dieselben Manöver in sitzender Position mit hängenden Beinen durchaus bis in die Endposition vornehmen. Sowohl am Stamm als auch den Extremitäten bestünden selbst bei vorsichtigster Berührung massivste Druckdolenzen. Auf radiologischer Ebene seien an der Wirbelsäule zervikal eine geringgradige Degeneration, tieflumbal eine Spondylarthrose sowie eine Osteochondrose und Diskushernie L5/S1 mit rechtsbetonter Tangierung der Nervenwurzel S1 und am rechten Kniegelenk eine mediale Gonarthrose und Degeneration des Innenmeniskus dokumentiert worden. In Anbetracht des klinisch- objektiven Befundes, der ansonsten – soweit prüfbar – weitgehend unauffällig sei, werde auf die Anfertigung neuer Bilddokumente verzichtet. Zusammenfassend liessen sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck angesichts der Veränderungen der tieflumbalen Wirbelsäule sowie des rechten Kniegelenkes, doch lasse die gesamte anamnestische und klinische Präsentation unzweifelhaft an ein im Vordergrund stehendes nicht-organisches Geschehen denken (S. 45). Der orthopädischen Einschätzung im D.____-Gutachten sei dezidiert zu folgen (S.

46). Zervikale Veränderungen seien angesichts der erfolgten radiologischen Abklärungen nicht nachvollziehbar (S. 47). Für körperlich sehr leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Wiederholtes Heben und Tragen von Lasten über 5 kg, längeres Stehen und Gehen, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie wiederholtes Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten vermieden werden. Auch in der Vergangenheit habe für derartige Verrichtungen keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden (S. 47 f. Ziff. 8.1 + 8.2). Es könne davon ausgegangen werden, dass seit dem 19. August 2016 zunehmende degenerative Veränderungen am rechten Kniegelenk aufgetreten seien. Bezüglich der Arbeitsfähigkeit resultierten daraus lediglich die genannten qualitativen Einschränkungen (S. 48).

3.2.2.4 Gemäss dem Experten Dr. med. I. ____, Facharzt für Neurologie FMH, berichtete die Beschwerdeführerin über rezidivierende Stürze, wobei die Umstände im Laufe der Anamnese immer wieder anders beschrieben würden. Teilweise komme es zu einem Bewusstseinsverlust, dann wieder nicht. Offenbar spiele auch eine Angstsymptomatik eine Rolle. Wiederholt weise die Beschwerdeführerin auf eine ausgeprägte Schwäche im Bereich der Beine hin. Die mehrfachen EEG-Untersuchungen in den letzten Jahren wie auch der aktuelle Befund zeigten keine Hinweise auf eine epileptische Ursache, weshalb diese in Übereinstimmung mit den bisherigen neurologischen Beurteilungen unwahrscheinlich sei; falls es sich tatsächlich um Stürze im Rahmen von epileptischen Anfällen handeln würde, wäre ein einheitlicher Ablauf zu erwarten. Weiter beschreibe die Beschwerdeführerin Missempfindungen an beiden Beinen, rechts stärker ausgeprägt als links. Gewisse Aspekte der Beschwerden würden auch zu einer Polyneuropathie passen, wie fehlende Sensibilität an den Fusssohlen; andererseits erfolgten auch völlig atypische Angaben wie ein Taubheitsgefühl im Bereich der Unterarme. Die diversen neurologischen und neurophysiologischen Abklärungen in den letzten Jahren hätten eine Polyneuropathie bisher nicht bestätigen können. Zudem erwähne die Beschwerdeführerin Schmerzen an multiplen Stellen des Körpers, u.a. an Nacken und Rücken. Weder aufgrund der anamnestischen Angaben noch der klinischen Befunde ergäben sich Hinweise auf eine radikuläre Symptomatik. Die MRI-Untersuchung der spinalen Achsen vom 29. Januar 2020 weise eine rechtsbetonte fokale Bandscheibenherniation L5/S1 mit rechtsbetonter Tangierung der S1-Nervenwurzel nach, doch bestehe diesbezüglich aktuell kein klinisches Korrelat (S. 53). Insgesamt seien die Angaben der Beschwerdeführerin über ihre vielfältigen Beschwerden schwierig fassbar. Zwischen der subjektiv geschilderten Intensität der Beschwerden und der Vagheit der Angaben trotz konkreter Fragen bestehe eine Diskrepanz. In Bezug auf die Stürze erfolgten bei wiederholter Befragung immer wieder andere Beschreibungen. Obwohl die Beschwerdeführerin über eine erhebliche Beeinträchtigung aufgrund von Schmerzen berichte, könne sie während der Anamneseerhebung längere Zeit ruhig sitzen. Auch beim Aus- und Ankleiden sei keine relevante Einschränkung ersichtlich. Weiter zeige die Beschwerdeführerin während der fokussierten Untersuchung eine erhebliche Einschränkung der Gehfähigkeit mit ausgeprägter Unsicherheit und hinkendem Gang, was in einer unauffälligen Situation nicht erkennbar sei. Auch wenn die klinische Untersuchbarkeit aufgrund der Schmerzschonung eingeschränkt sei, ergäben sich – unter Mitberücksichtigung der bisherigen vielfältigen neurologischen Untersuchungen – keine Hinweise auf eine zugrundeliegende neurologische Diagnose. Soweit die Beschwerdeführerin berichte, dass das Aktivitätsniveau in allen Lebensbereichen

gleichmässig eingeschränkt und es ihr nicht möglich sei, im Haushalt etwas mitzuarbeiten, so sei dies aus neurologischer Sicht nicht erklärbar. Im Rahmen der verschiedenen neurologischen Vorbeurteilungen und Begutachtungen habe nie eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden können, und für die diversen Beschwerden habe sich trotz ausführlicher Untersuchungen nie ein objektivierbares organisches Korrelat gefunden (S. 54). Aus neurologischer Sicht bestehe in der bisherigen Tätigkeit keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit. Auch retrospektiv seien in den letzten Jahren keine Diagnosen dokumentiert, welche zu einer relevanten Arbeitsunfähigkeit geführt hätten (S. 54 f. Ziff. 8.1 + 8.2). Der Gesundheitszustand und die Arbeitsfähigkeit hätten sich verglichen mit der Situation zum Zeitpunkt der Rentenablehnung vom 19. August 2016 nicht verändert (S. 55). Es fänden sich keine Befunde und Diagnosen, die zu einer anderen Beurteilung der Arbeitsfähigkeit Anlass gäben (S. 56).

3.2.2.5 Der Experte Dr. med. J.____, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie FMH, hielt in seinem Teilgutachten dafür, bei der Beschwerdeführerin seien die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Episode erfüllt, gekennzeichnet durch depressive Verstimmungen mit verminderter Freude, Schlafstörungen, erhöhte Ermüdbarkeit, Insuffizienzgedanken und negative Zukunftsperspektiven bezüglich der gesundheitlichen und beruflichen Situation. Weiter bestehe diagnostisch auch eine undifferenzierte Somatisierungsstörung, vor allem mit diffusen, ausgeweiteten Schmerzen im Bewegungsapparat, aber auch weitere Beschwerden wie Schwindel mit Angst und Synkopen (Bewusstlosigkeit), wobei das Ausmass der Beschwerden mit der Überzeugung, nicht mehr arbeiten zu können, mit somatischen Befunden nicht hinreichend objektiviert werden könne. Die psychischen Störungen hätten sich nach einem Autounfall mit anschliessender Arbeitsunfähigkeit und weiteren Unfallereignissen manifestiert. Die Anamnese sei sonst früher psychiatrisch bland mit normaler Sozialisation und voller Leistungsfähigkeit, was bei einem sonst zwar etwas demonstrativen, klagenden, anklagenden und energischen Verhalten im Untersuchungsgespräch gegen die Achse-II-Diagnose einer Persönlichkeitsstörung spreche. Ein Suchtleiden liege nicht vor (IV-Nr. 290.1 S. 33 f.). Es laufe eine ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung mit antidepressiver Medikation. Die Prognose für die Wiederaufnahme einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit sei angesichts des chronischen Verlaufs und der deutlich ausgeprägten Krankheits- und Behinderungsüberzeugung ungünstig (S. 34). Die Beschwerdeführerin besitze durchaus Energie, die aber irgendwie falsch kanalisiert sei. Während der Anamnese bleibe sie bis zum Schluss konzentriert. So sei nicht nachvollziehbar, warum ihr eine somatisch angepasste Tätigkeit nicht mehr möglich sein solle. Die Beschwerdeführerin gebe an, im Alltag praktisch nichts mehr machen zu können und wegen ihrer Beschwerden auf ständige Begleitung und Betreuung angewiesen zu sein. Bei genauer Nachfrage zeige sich aber, dass sie sich durchaus fähig fühle, einen Salat zuzubereiten. Die Haushaltsarbeiten würden aber von der Tochter erledigt, die ihr auch sonst viel helfe, sogar bei der Körperpflege. Heute bestehe eine leichte depressive Episode im Rahmen einer anzunehmenden rezidivierenden depressiven Störung, wobei vorübergehend auch deutlicher ausgeprägte Episoden möglich seien. Ansonsten sei der Beurteilung im letzten Gutachten bezüglich der damals attestierten vollen Arbeitsfähigkeit nichts hinzuzufügen. Eine Arbeitsunfähigkeit lasse sich auch heute nicht begründen, obwohl sich wieder eine depressive Episode manifestiere. Depressionen könnten heute gut behandelt, wenn auch nicht immer geheilt werden. Bei der Beschwerdeführerin sei eine anhaltende Arbeitsunfähigkeit allein aus psychiatrischer Sicht nicht zu begründen, auch aufgrund der geltenden versicherungsmedizinischen Kriterien

(wie objektive Befunde, Verlauf, Konsistenz, Einschätzung der Belastungen und Ressourcen). Die behandelnde Psychiaterin Dr. med. K. ___ fordere die Begutachtung durch eine weibliche Expertin, um eine Retraumatisierung zu vermeiden. Weder die Psychiaterin noch die Beschwerdeführerin würden indes ein schweres traumatisches Ereignis nennen, das bei fast jedem zu einer tiefen Verzweiflung führen würde, und es werde auch zu Recht keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert. Die Beschwerdeführerin sei im heutigen Untersuchungsgespräch affektiv gut zugänglich und könne auch auf erlebte Traumatisierungen angesprochen werden (S. 35). Belastend sei die chronische gesundheitliche Problematik mit Beschwerden, die sich bis heute trotz Behandlungen nicht besserten, sowie – nicht medizinisch — die angespannte finanzielle Situation. Lebensgeschichtliche Belastungen, die eine deutliche Relevanz hätten, wie zerrüttete Familienverhältnisse in der Kindheit oder Gewalterfahrung, bestünden aber nicht. Hingegen sei die Beschwerdeführerin deutlich enttäuscht über den bisherigen Verlauf, was zu regressiven Tendenzen und einem selbstlimitierenden Verhalten führen könne. Es bestünden aber durchaus Ressourcen für eine Arbeit. Die Beschwerdeführerin besitze Energie, wie sich im heutigen Untersuchungsgespräch zeige, indem sie ihre Beschwerden und ihre Unzufriedenheit über die ausgebliebenen Versicherungsleistungen betone. Sie habe zusammen mit ihrem damaligen Ehemann eine Familie gegründet und zwei heute erwachsene Kinder grossgezogen. Die Kontakte in der Familie seien sehr gut, was ein wesentlicher stützender Faktor darstelle. Die Beschwerdeführerin falle aus ihrem sozialen Rahmen und dem familiären Kontext auch nicht hinaus, was gegen eine schwerere psychische Störung spreche, und könne ambulant behandelt werden. Sie sei jedoch nicht bereit, ihre Ressourcen zu nutzen und wieder einer ausserhäuslichen Erwerbstätigkeit nachzugehen. So werde sie in ihrer Krankenrolle und in ihrer Anspruchshaltung auf Versicherungsleistungen bestätigt (S. 36). Sowohl die bisherige als auch eine den Fähigkeiten entsprechende angepasste Tätigkeit seien vollzeitlich ohne Einschränkung möglich. Auch im Verlauf habe seit der letzten Begutachtung keine psychiatrische Arbeitsunfähigkeit bestanden. Insoweit könne auch aus heutiger Sicht auf das damalige Gutachten abgestellt werden (S. 36 f. Ziff.

E. 16

September 2021 E. 5.3). Den tatsächlich objektivierbaren Befunden wiederum wurde durch das formulierte Zumutbarkeitsprofil einer angepassten Tätigkeit hinreichend Rechnung getragen. Die Beschwerdeführerin rügt hier unter Berufung auf den behandelnden Facharzt Dr. med. R. ___ lediglich, dass die myofaszialen Schmerzen im Gutachten nicht erfasst worden seien (A.S. 14 Ziff. 9). Aus der E-Mail von Dr. med. R. ___ vom 31. Januar 2022 (IV-Nr. 295 S. 4) ergeben sich indes keine neuen Gesichtspunkte, die Zweifel am Gutachten wecken könnten. Einerseits ist eine myofasziale Problematik nicht als organisch objektiv ausgewiesen zu qualifizieren (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_344/2021 vom 7. Dezember 2021 E. 5.2.2). Andererseits fiel die Stellungnahme von Dr. med. R. ___ ziemlich polemisch aus, etwa mit der Aussage «Die Gängelung durch den Versicherer und das Misstrauen des Versicherers gegen die behandelnden Fachärzte führen [zu] gutachterlichen Einrichtungen, welche mit einem Laientheater besetzt sind ...». Vergreift sich aber ein behandelnder Arzt derart im Ton, so hinterlässt dies keinen vertrauenerweckenden Eindruck. Die unsachliche Ausdrucksweise von Dr. med. R. ___ deutet darauf hin, dass er das Gutachten persönlich nahm und der Bericht aus diesem Empfinden heraus erfolgte, d.h. es kann nicht davon ausgegangen werden, dass es Dr. med. R. ___ weiterhin um die Erhellung des Sachverhalts ging, vielmehr machte er sich – über das bei einem

behandelnden Arzt zu erwartende Mass hinaus – zum Interessenwahrer seiner Patientin gegenüber der Invalidenversicherung (Urteil des Bundesgerichts 8C_143/2019 vom 21. August 2019 E. 4.4.1). 3.4.1.4 Gegen das neurologische Teilgutachten, welches keine organische Ursache der geklagten Synkopen zu Tage förderte (E. II. 3.2.2.4 hiervor), erhebt die Beschwerdeführerin keine Einwände. Ihrer berechtigten Rüge, der kardiologische Aspekt dieser Symptomatik sei nicht abgeklärt worden (A.S. 13 Ziff. 8), wurde mit der Einholung des entsprechenden Gerichtsgutachtens entsprochen. 3.4.2 3.4.2.1 Was das Gerichtsgutachten anbelangt, so erhebt die Beschwerdeführerin zu Recht keine konkreten Einwände gegen das kardiologische Teilgutachten, welches sich auf überzeugende Weise mit den geklagten Synkopen befasst (E. II. 3.3.1 hiervor). Diese waren über die Jahre hinweg stabil geblieben und wurden als therapierbar erachtet. Sollten sie trotzdem persistieren, so würde dem durch das Zumutbarkeitsprofil einer sitzenden Tätigkeit ohne gefährliche Verrichtungen (wie z.B. die Bedienung einer Maschine) angemessen Rechnung getragen. Aus den Berichten des behandelnden Kardiologen Dr. med. M.____ ergibt sich nichts für die Beschwerdeführerin. Er hielt im Bericht vom 20. Mai 2019 (IV-Nr. 217 S. 2 ff.) fest, die Synkopen würden schon seit über zehn Jahren auftreten (S. 5). Diese wurden denn auch bereits im D.____-Gutachten vom 8. Januar 2016 erwähnt (IV-Nr. 157.1 S. 13 ff. + 24), aber ohne dass man ihnen Bedeutung für die Arbeitsfähigkeit beimass. Der Bericht vom 25. Februar 2025 wiederum (BB-Nr. 42) bekräftigt lediglich die frühere Einschätzung von Dr. med. M.____ und bietet keine neuen Erkenntnisse. 3.4.2.2 Näherer Betrachtung bedarf die im Gerichtsgutachten enthaltene psychiatrische Beurteilung, welche von der Beschwerdeführerin beanstandet wird. 3.4.2.2.1 Das psychiatrische Teilgutachten von Dr. med. N.____ nebst Ergänzungen erfüllt in Bezug auf die Unabhängigkeit und fachliche Qualifikation der Expertin, die Befragung der Beschwerdeführerin (A.S. 88 ff.), die Erhebung der objektiven Befunde (A.S. 93 f.), die Kenntnisnahme der wesentlichen Vorakten (A.S. 68 ff. + 88 Ziff. 1.3.1 f.) sowie die darauf gestützte Beurteilung (A.S. 94 ff.) ebenfalls die einschlägigen Anforderungen (s. dazu E. II. 2.4 hiervor). Da es sich um ein Gerichtsgutachten handelt, bedürfte es zudem zwingender Gründe, um davon abzuweichen. 3.4.2.2.2 Zentraler Streitpunkt ist der Beginn der im psychiatrischen Teilgutachten attestierten Arbeitsunfähigkeit. Diese trat laut Gutachterin erst im Herbst 2023 und damit lange nach dem Stichtag der angefochtenen Verfügung ein. Für die vorhergehende Zeit geht die Gerichtsgutachterin davon aus, dass es im Rahmen der rezidivierenden depressiven Störung neben meist leichtgradigen mitunter auch zu mittelgradigen depressiven Episoden kam, welche jedoch nie eine relevante längere Arbeitsunfähigkeit mit sich brachten (E. II. 3.3.2 in fine + 3.3.4.1 f.). Es besteht kein Anlass, an dieser Beurteilung zu zweifeln. Einerseits hatte die Beschwerdegegnerin bereits vor der B.____-Begutachtung bei pract. med. E.____ ein externes psychiatrisches Gutachten vom 27. August 2020 eingeholt, welches eine Arbeitsunfähigkeit verneinte (E. II. 3.2.1 hiervor). Dies stützt bis zum Zeitpunkt der Begutachtung durch pract. med. E.____ im Juni 2020 (s. IV-Nr. 249 S. 2) die Auffassung im C.____-Gerichtsgutachten, wonach retrospektiv keine (längerdauernde) Arbeitsunfähigkeit vorlag. Andererseits genügen die nach dem Gutachten vom 27. August 2020 ergangenen Arztberichte nicht, um bis 19. Juli 2022 eine psychisch bedingte Arbeitsfähigkeit während mindestens eines Jahrs zu belegen. Teilweise werden zwar mittelgradige oder gar schwere depressive Episoden erwähnt, aber als blosse Nebendiagnosen in Berichten, welche sich mit somatischen Leiden befassten (IV-Nr. 257 S. 4 ff. + Nr. 299 S. 2 f.), was beweismässig nicht ausreicht. Richtig ist, dass die Beschwerdeführerin vom 1. bis 7. April 2022 wegen passiver Todeswünsche hospitalisiert

war und der Bericht der S. ___ des Kantons Solothurn vom 11. April 2022 von einer rezidivierenden depressiven Störung mit gegenwärtig mittelgradiger Episode sprach (IV-Nr. 301 S. 2 ff.). Hier fehlt jedoch ein Psychostatus, der diese Einschätzung untermauern könnte; es werden lediglich allgemein Ängste erwähnt und Suizidgedanken verneint. Die Beschwerdeführerin wurde denn auch nach einer Woche wegen fehlender Fremd- und Selbstgefährdung wieder in die vorbestehenden Verhältnisse entlassen, wobei sie sagte, sie werde selber einen Termin bei der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. ___ organisieren. Aus diesen knappen Angaben lässt sich nicht ableiten, dass eine länger anhaltende mittelschwere depressive Episode bestand. Dies muss, wie im psychiatrischen Gerichtsgutachten zutreffend festgehalten wird, umso mehr gelten, als keine Anpassung der antidepressiven Medikation erfolgte. Daraus darf zwanglos geschlossen werden, dass keine dauerhafte Verschlimmerung mit einem höheren Leidensdruck eingetreten war. Dr. med. M. ___ teilte zwar am 4. Dezember 2024 mit, die Beschwerdeführerin vertrage seit 2018 keine Antidepressiva (BB-Nr. 29), was aber nicht überzeugt. Erstens steht diese Aussage in einer Diskrepanz zum Umstand, dass die Beschwerdeführerin Duloxetin einnahm und einnimmt. Zweitens erwähnt Dr. med. K. ___ nichts von einer solchen Unverträglichkeit. Drittens geht aus den Akten nicht hervor, dass ausprobiert worden wäre, wie die Beschwerdeführerin auf verschiedene andere Antidepressiva anspricht. Soweit die Beschwerdeführerin schliesslich auf den (sehr knappen) Austrittsbericht der S. ___ zur Hospitalisation vom 14. September bis 20. November 2018 wegen Suizidgedanken Bezug nimmt (BB-Nr. 31), so lag dieser der psychiatrischen Gerichtsgutachterin nicht vor. Ihr war indes der ausführlichere Bericht vom 15. Januar 2019 (IV-Nr. 229 S. 8 ff.) bekannt (s. A.S. 71), so dass sie ihn in ihre Überlegungen einbeziehen konnte.

3.4.2.2.3 Die Beschwerdeführerin reicht zwei Stellungnahmen der behandelnden Psychiaterin Dr. med. K. ___ zum psychiatrischen Gerichtsgutachten resp. dessen Ergänzung ein: · 31. Mai 2024 (BB-Nr. 17): Das psychiatrische Teilgutachten sei eine Momentaufnahme ohne tiefere Betrachtung der Krankheitsentwicklung und Würdigung des Längsverlaufs. Die Expertin verliere sich in entscheidenden Momenten in Mutmassungen, lasse unter Missachtung der soziokulturellen Gegebenheiten das Bild einer auskunftsunwilligen Beschwerdeführerin entstehen und versäume wichtige Möglichkeiten für einen Erkenntnisgewinn. Für die Expertin seien die mehrfachen Traumatisierungen in Beziehungen quasi nicht existent, weil die Beschwerdeführerin dazu keine Angaben machen könne und wolle. Es falle immer wieder auf, dass die Expertin keinen Zugang zum Leid der Beschwerdeführerin finde und ihrer Aufgabe fachlich-menschlich sowie professionell-versicherungspsychiatrisch nicht gerecht werde. Das Gerichtsgutachten sei inkonsistent, wenn es von einer vollen Arbeitsfähigkeit ausgehe und sich zugleich auf die Vorgutachten beziehe, würden doch dort vereinzelte depressive Episoden bescheinigt, im Gerichtsgutachten aber eine rezidivierende depressive Störung. Letzteres sei eine Behauptung ohne Diskussion der Berichte mit schwergradigen depressiven und suizidalen Phasen. ·

E. 19

Dezember 2024 (BB-Nr. 28): Die Aussage der Expertin, dass von April 2022 bis November 2023 keine mittelgradige depressive Störung bestanden habe, sei nicht faktenbasiert. Da das Gutachten nur eine Momentaufnahme darstelle, könne die Expertin nicht sagen, dass keine längeren und mehr als leichtgradigen depressiven Episoden vorgelegen hätten. Dies stehe in Widerspruch dazu, dass die Beschwerdeführerin im April 2022 wegen akuter Suizidalität hospitalisiert worden sei, was sich nicht mit einer leichtgradigen depressiven Episode vereinbaren lasse. Diesen kurzen Berichten kann nicht das gleiche Gewicht wie einem

ausführlichen und umfassenden Gerichtsgutachten zukommen, zumal wenn sie von einer behandelnden (Fach-)Ärztin stammen. Die unterschiedliche Natur von Behandlungsauftrag des therapeutisch tätigen (Fach-)Arztes einerseits und Begutachtungsauftrag des amtlich bestellten fachmedizinischen Experten andererseits lässt es nicht zu, ein Gutachten stets in Frage zu stellen und zum Anlass weiterer Abklärungen zu nehmen, wenn behandelnde Ärzte zu anderslautenden Einschätzungen gelangen (Urteil des Bundesgerichts 8C_190/2022 vom 19. August 2022 E. 6.2.3). Dr. med. K.____ bringt keine Gesichtspunkte vor, welche im Gutachten unberücksichtigt blieben und geeignet wären, Zweifel zu erwecken. Es gehört zum Wesen einer Begutachtung, dass der Sachverständige die versicherte Person nicht über längere Zeit hinweg begleitet. Wollte man angesichts dessen jede Begutachtung als blosser Momentaufnahme abtun, so könnte ein Gutachten kaum je als Grundlage zur Beurteilung des Leistungsanspruchs dienen, sondern es müsste regelmässig auf die behandelnden Ärzte abgestellt werden, was den bundesgerichtlichen Regeln zur Beweiswürdigung zuwiderliefe. Dr. med. K.____ übersieht bei ihrer Kritik, dass die Expertin die Vorakten zur Kenntnis genommen und die Beschwerdeführerin zur Vorgeschichte befragt, sich also durchaus mit dem Verlauf befasst hat. Auch der Einwand, die Traumatisierung der Beschwerdeführerin sei ignoriert worden, dringt nicht durch. Dr. med. K.____ sprach zwar schon früher von traumatisch erlebten Erschütterungen im Alltag mit posttraumatischer Entwicklung und mehrfacher Retraumatisierung (s. IV-Nr. 290.2 S. 5 und BB-Nr. 11). Einzelheiten dazu bleibt sie jedoch, ebenso wie die Beschwerdeführerin im Rahmen der Begutachtung, schuldig, so dass sich hier nichts gegen das Gutachten ergibt. Es liegt kein Mangel darin, dass die psychiatrische Gerichtsgutachterin nur auf die Angaben abstellte, welche die Beschwerdeführerin tatsächlich gemacht hat; Sachverständige dürfen sich darauf verlassen, dass die versicherte Person ihnen auch unangenehme Tatsachen wie z.B. einen sexuellen Missbrauch mitteilt (Urteil des Bundesgerichts 9C_12/2021 vom 11. Oktober 2021 E. 6.1). Im Übrigen äussert sich Dr. med. K.____ nicht zur Argumentation der Gerichtsgutachterin, die Medikation sei anlässlich der Hospitalisation vom 1. bis 7. April 2022 nicht angepasst worden (E. II. 3.4.2.2.2 hiervor). 3.4.2.2.4 Die Beschwerdeführerin reichte dem Versicherungsgericht eine ganze Reihe weiterer Berichte ein, welche jedoch Untersuchungen nach der angefochtenen Verfügung betreffen und keine konkreten Rückschlüsse auf die Zeit davor erlauben. Für den vorliegenden Fall lässt sich daraus nichts ableiten. 3.4.3 Zusammenfassend ist als Beweisergebnis festzuhalten, dass sich bis zur Verfügung vom 19. Juli 2022 keine relevante Arbeitsunfähigkeit mit überwiegender Wahrscheinlichkeit nachweisen lässt. Damit fehlt es an der im Rahmen einer Neuanmeldung erforderlichen Verschlechterung seit 2016 mit Einfluss auf den Leistungsanspruch. Die Beschwerde stellt sich folglich als unbegründet heraus und ist abzuweisen. 4. Bei diesem Verfahrensausgang besteht kein Anspruch auf eine Parteientschädigung. 5. 5.1 Das Beschwerdeverfahren vor dem Versicherungsgericht ist kostenpflichtig, sofern es sich wie hier um Streitigkeiten betreffend die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung handelt. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Im vorliegenden Fall hat die unterlegene Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 1'000.00 zu tragen, welche mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe verrechnet werden. 5.2 Die Kosten eines Gerichtsgutachtens sind grundsätzlich vom Sozialversicherungsträger zu übernehmen (s. Art. 45 Abs. 1 ATSG, BGE 143 V 269 E. 6.2.1 S. 279 f.), sofern zwischen seiner unzureichenden Sachverhaltsabklärung und der Notwendigkeit eines Gerichtsgutachtens ein

Zusammenhang besteht (BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Dies ist namentlich dann der Fall, wenn ein manifester Widerspruch zwischen den verschiedenen, aktenmässig belegten ärztlichen Auffassungen besteht, ohne dass die Verwaltung diesen durch objektiv begründete Argumente entkräftet hat, oder wenn die Verwaltung zur Klärung der medizinischen Situation notwendige Aspekte unbeantwortet gelassen oder auf eine Expertise abgestellt hat, welche die Anforderungen an eine medizinische Beurteilungsgrundlage nicht erfüllt (BGE 140 V 70 E. 6.1 und 6.2 S. 75 und 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Das B.____-Gutachten vom 10. Januar 2022, welches die Beschwerdegegnerin eingeholt hatte, konnte in zwei Punkten keinen Beweiswert beanspruchen und hätte daher insoweit nicht als Grundlage dafür dienen dürfen, einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin zu verneinen (s. dazu E. II. 3.3 hiervor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, in den Disziplinen Kardiologie und Psychiatrie ein neues Gutachten einholen müssen, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens nebst den beiden Ergänzungen von insgesamt CHF 10'119.50 (9'219.50 + 550.00 + 350.00) zu tragen (vgl. BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502 und 143 V 269 E. 2 S. 271 f. und E. 8 S. 285). Gegen die Höhe dieser Kosten hat die Beschwerdegegnerin keine Einwände erhoben, nachdem sie die fraglichen Rechnungen zugestellt erhielt (A.S. 124 / 150 / 172). Es kann auch nicht von einem Betrag gesprochen werden, der das bei einem bidisziplinären Gutachten üblicherweise zu Erwartende übersteigt (s. dazu Urteil des Bundesgerichts 8C_529/2024 vom 27. März 2025 E. 3.2 + 4).

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