

SO_GERICHTE VSBES.2022.204 vom 22. September 2022

SO Obergericht, 2022-09-22, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.204

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.204 du 22 septembre 2022

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.204 del 22 settembre 2022

Erwägungen

E. 2

2.1 Als Invalidität im Sinne des Gesetzes gilt gemäss Art. 8 Abs. 1 des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts (ATSG, SR 830.1) die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit. Sie kann nach Art. 4 Abs. 1 IVG Folge von Geburtsgebrechen, Krankheit oder Unfall sein. Anspruch auf eine Rente haben gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG Versicherte, die ihre Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, nicht durch zumutbare Eingliederungsmassnahmen wiederherstellen, erhalten oder verbessern können (lit. a), während eines Jahres ohne wesentlichen Unterbruch durchschnittlich mindestens 40 % arbeitsunfähig (Art. 6 ATSG) gewesen sind (lit. b) und nach Ablauf dieses Jahres zu mindestens 40 % invalid (Art. 8 ATSG) sind (lit. c). Arbeitsunfähigkeit ist nach Art. 6 Satz 1 ATSG die durch eine Beeinträchtigung der körperlichen, geistigen oder psychischen Gesundheit bedingte, volle oder teilweise Unfähigkeit, im bisherigen Beruf oder Aufgabenbereich zumutbare Arbeit zu leisten. Das Wartejahr gilt als eröffnet, sobald eine solche Arbeitsunfähigkeit von mindestens 20 % eingetreten ist (AHI-Praxis 1998, S. 124). Der Rentenanspruch entsteht indes laut Art. 29 IVG frühestens nach Ablauf von sechs Monaten nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG. 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; BGE 130 V 343 E. 3.2 S. 346 f.). Für die Beurteilung des Vorliegens einer Erwerbsunfähigkeit sind ausschliesslich die Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG; vgl. auch BGE 135 V 215 E. 7 S. 228 ff.).

E. 2.2

Gemäss Art. 28 Abs. 2 IVG besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % ein Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente und ab 70 % auf eine ganze Rente. 2.3 Für die Bemessung der Invalidität von erwerbstätigen Versicherten ist Art. 16 ATSG anwendbar (Art. 28a Abs. 1 IVG). Für die Bestimmung des Invaliditätsgrades wird das Erwerbseinkommen, das die versicherte Person nach Eintritt der Invalidität und nach Durchführung der medizinischen Behandlung und allfälliger Eingliederungsmassnahmen durch eine ihr zumutbare Tätigkeit bei ausgeglichener Arbeitsmarktlage erzielen könnte, in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Art. 16 ATSG; sogenannte allgemeine Methode des Einkommensvergleichs). 2.4 Um den Invaliditätsgrad bemessen

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

2.5 Für den Beweiswert eines Arztberichts ist entscheidend, ob dieser für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352). Einem im Rahmen des Verwaltungsverfahrens eingeholten medizinischen Gutachten durch externe Spezialärzte, welches auf Grund eingehender Beobachtungen und Untersuchungen sowie nach Einsicht in die Akten erstellt wurde und bei der Erörterung der Befunde zu schlüssigen Ergebnissen gelangt, ist in der Beweiswürdigung volle Beweiskraft zuzuerkennen, solange nicht konkrete Indizien gegen die Zuverlässigkeit der Expertise sprechen (BGE 137 V 210 E. 2.2.2 S. 232, 125 V 351 E. 3b/bb S. 353).

3. Die Beschwerdeführerin macht vorliegend geltend, sie sei seit dem 21. Juli 2020 zu 100 % arbeitsunfähig; sie leide unter verschiedenen medizinischen Einschränkungen und ihre gesundheitliche Situation sei zu berücksichtigen. Die Beschwerdegegnerin verneint dagegen einen Leistungsanspruch. Im Folgenden ist der medizinische Sachverhalt darzulegen:

3.1 Aus dem Bericht des D.____, Klinik für Kardiologie, vom 31. August 2020 geht die Hauptdiagnose «Hypertrophe Kardiopathie, DD hypertensiv/HCM» hervor. Zur Anamnese wurde ausgeführt, die Zuweisung sei bei schwer einstellbarer arterieller Hypertonie und Leistungsintoleranz seit ca. einem Monat erfolgt. Die Patientin berichte, eigentlich immer gesund gewesen und gut leistungsfähig zu sein. Nachdem eine Behandlung der arteriellen Hypertonie vor Wochen neu begonnen worden sei, sei sie bei der Arbeit am ersten Behandlungstag präsynkopierte und seitdem nicht mehr arbeiten gegangen, da sie sich ausgeprägt müde fühle. Gelegentlich habe sie ein Stechen auf der Brust, welches nicht belastungsabhängig, sondern z.B. beim Husten auftrete. Typische kardiale Beschwerden im Sinne einer Angina pectoris bestünden nicht. Periphere Ödeme seien verneint worden. Unter «Beurteilung/Verlauf» wurde angegeben, die bis vor kurzem sehr gut leistungsfähige und völlig beschwerdefreie Patientin klagte über eine ausgeprägte Leistungsintoleranz und unspezifische Symptome wie Schwächegefühl und vermehrtes Schwitzen seit ca. 4 Wochen, weshalb sie zu 100 % krankgeschrieben sei. Die Beschwerden hätten offenbar in zeitlichem Zusammenhang mit der Behandlung einer arteriellen Hypertonie begonnen und sich kaum gebessert (IV-Nr. 17 S. 18 f.).

3.2 Aus dem Bericht des D.____, Angiologie, vom 4. Dezember 2020 gehen die Hauptdiagnosen «1. Arterielle Hypertonie III° (ED 08/2020, Endorganschaden: Hypertensive Herzkrankheit (TTE 08/2020), aktuell: keine Hinweise für Nierenarterienstenose beidseits (Duplex 03.12.2020); 2. Raucherin 35 py; 3. Hypercholesterinämie» hervor. Die Beurteilung lautete wie folgt: Bei der Patientin mit deutlicher arterieller Hypertonie könne man keinerlei Hinweise für eine Nierenarterienstenose finden. Einzige Auffälligkeit sei die (mit Blick auf die wahrscheinlich schon länger bestehende arterielle Hypertonie überraschend) grosse Niere rechts mit etwas asymmetrischem Widerstandsindex (IV-Nr. 17 S. 11 f.).

3.3 Im Notfallbericht des D.____, Notfallpraxis, vom 28. Dezember 2020 wurden die

Hauptdiagnosen «1. Schwindel; 2. Myogelose Nacken rechts» und die Nebendiagnose «3. Arterielle Hypertonie» gestellt. Zur Anamnese wurde angegeben, die Patientin habe berichtet, am 27. Dezember 2020 am Nachmittag im Wohnzimmer Kaffee getrunken und sich anschliessend auf dem Boden wiedergefunden zu haben. Sie könne sich an die Synkope nicht erinnern. Zudem sei es ihr nach dem Aufstehen schwarz vor den Augen geworden. Diese orthostatische Problematik habe sie seitdem sie die antihypertensive Medikation habe. Aktuell bestünden Palpitationen im Sinne von Herzrasen sowie intermittierend Hyposensibilität mit Kribbelparästhesien des linken Arms. Sie arbeite als Logistikerin bei C.____. Die Beurteilung lautete wie folgt: In der Zusammenschau der Befunde sehe man am ehesten eine orthostatische Genese der Synkopen wohl im Rahmen der antihypertensiven Therapie (IV-Nr. 17 S. 9 f.). 3.4 Aus dem Bericht der E.____, Olten, vom 4. Januar 2021 über das Erstgespräch vom 23. Dezember 2020 gehen die Hauptdiagnose «A.e. Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0)» sowie die Nebendiagnosen «1. Synkope, ED 11.12.2020, A.e. orthostatisch beim ungenügend eingestellten Blutdruck; 2. Hypertensive Kardiopathie, Arterielle Hypertonie, TTE 28.8.2020: konzentrische LV-Hypertrophie, normale systolische Funktion, diastolische Dysfunktion»; 3. Hypercholesterinämie» hervor. Zur Beurteilung wurde dargelegt, aufgrund der beschriebenen Angstzustände (Zittern, Taubheitsgefühl in der linken Hand sowie Angst zu sterben) sei diagnostisch am ehesten von einer Panikstörung auszugehen. Unter «Procedere» wurde abschliessend noch angegeben, als die Patientin erfahren habe, dass sie keinen Herzinfarkt erlitten habe (gemäss Bericht des D.____ vom 11. Dezember 2020), sondern eine Synkope, habe sie sich beruhigt. Eine medikamentöse Behandlung habe die Patientin abgelehnt. In der Untersuchung ergäben sich keine Hinweise für eine akute Selbst- oder Fremdgefährdung. Die Patientin fühle sich nicht so krank und auf ihren Wunsch seien vorerst keine weiteren Termine vereinbart worden (IV-Nr. 17 S. 6 ff.). 3.5 Dem Bericht des Hausarztes Dr. med. F.____ vom 28. Januar 2021 kann entnommen werden, dass die Beschwerdeführerin dort seit Jahren regelmässig in ambulanter Behandlung steht. Es bestehe eine vollständige Arbeitsunfähigkeit in der angestammten Lagertätigkeit seit dem 21. Juli 2020. Die Patientin fühle sich seit Juli 2020 schlecht, es sei ihr schwindlig und sie habe einen hohen Blutdruck. Sie leide unter rezidivierenden Schwindel- und Angstattacken. Als Diagnosen mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurden eine hypertensive Kardiopathie, eine arterielle Hypertonie, Schwindelepisoden, Synkopen sowie rezidivierende Panikstörungen angegeben. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde eine Hypercholesterinämie festgehalten. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei gut. Als Behandlung werde Psychotherapie vorgesehen (IV-Nr. 17 S. 1 ff.). 3.6 Laut dem Bericht des D.____, HNO-Klinik, vom 8. Februar 2021 wurde bei der Patientin die Diagnose «Tinnitus auris rechts» gestellt. Die Beurteilung lautete wie folgt: Zum aktuellen Zeitpunkt bestünden keine Hinweise auf eine relevante Hörstörung, sodass die Ursache eher nicht durch einen Hörverlust bedingt sei. Bei bisher kurzer Dauer und subjektiv nur wenig beeinträchtigter Patientin sei von einer guten Prognose auszugehen. Die Patientin sei darüber aufgeklärt und beruhigt worden (IV-Nr. 27 S. 2 f.). 3.7 Aus dem Bericht des D.____, Kardiologie (Dr. med. G.____, Chefarzt Stv. Kardiologie), vom 12. Februar 2021 gehen von vollständige Arbeitsunfähigkeiten vom 31. August bis 4. September 2020 und vom 7. bis 11. Oktober 2020 hervor. Es wurde die Diagnose (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) «hypertensive Kardiopathie» gestellt. Die Prognose zur Arbeitsfähigkeit sei aus kardiologischer Sicht gut. Aus kardiologischer Sicht bestehe eine vollumfängliche Arbeitsfähigkeit. Der Eingliederung stünden extrakardiale Probleme

wie die Angstsymptomatik im Weg (IV-Nr. 18 S. 2 ff.). 3.8 Dem Bericht der E.____ [...] vom 10. März 2021 (Austrittsbericht vom 26. Februar 2021) über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 18. Januar bis 26. Februar 2021 können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0); 2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)». Als Nebendiagnosen wurden ein «3. Tinnitus auris rechts (ED 08.02.2021)» sowie eine «4. Hypertensive Kardiopathie» angegeben. Unter dem Vermerk «Aktuelle Behandlungshinweise» wurde ausgeführt, die Zuweisung sei aufgrund eines Verdachts auf eine Panikstörung nach Synkopen erfolgt. Bei ebenfalls bestehender depressiver Symptomatik sei eine antidepressive Therapie eingeleitet worden. Unter medikamentöser und psychotherapeutischer Behandlung habe die Patientin über eine Verbesserung des Nachschlafs und eine Reduktion der Albträume berichtet, die zu im Schlaf auftretenden Selbstverletzungen (Kneifen) geführt hätten. Die Stimmung sei aufgehellt und der Tag-Nacht-Rhythmus habe eingehalten werden können. Trotz deutlicher Besserung der Symptomatik sei ihr bei unzureichender psychischer Stabilität eine Verlängerung der stationären Behandlung geraten worden. Die Patientin habe sich aber für den Austritt entschieden, sie fühle sich für ihre Verhältnisse stabil genug und wolle nun in ihrem Umfeld und mit ambulanter Behandlung weitermachen. Die Patientin sei ohne akute Selbst- und Fremdgefährdung in die ambulante Nachbehandlung ausgetreten (IV-Nr. 20 S. 3 ff.). 3.9 Aus dem Bericht des D.____, Wirbelsäulenchirurgie, vom 8. Juli 2021 gehen die Hauptdiagnosen «1. Lumboischialgie rechts bei medianer, subligamentärer und nach caudal luxierter Discushernie L3/4 ohne Neurokompression, St.n. epiduraler Infiltration Höhe L3/4 rechts vom 11.06.2021 mit 8 mg Mephameson; 2. Osteochondrosen L4/5 und L5/S1; 3. St.n. Dekompression L4/5 und L5/S1 (St. Anna 2013)» und die Nebendiagnose «4. Bekannte Panikattacken mit St.n. stationärem psychiatrischem Aufenthalt» hervor. Die Patientin berichte über eine weiterhin persistierende Lumboischialgie rechtsseitig. Die durchgeführte Infiltration anfangs Juni 2021 habe keinerlei Beschwerderegradienz gezeigt. Vor allem im Sitzen und Liegen habe sie weiterhin Schmerzen. Das Laufen gehe soweit gut. Insgesamt bestünden die Schmerzen seit nun ca. 3 Monaten mit subjektiver Progredienz. Sie beschreibe eine teilweise bestehende Unsicherheit mit Umknicken des rechten Beines, ansonsten seien sensomotorische Auffälligkeiten verneint worden. Bisher habe sie noch keine Physiotherapie für den Rücken durchgeführt. Sie sei nun insgesamt seit einem Jahr krankgeschrieben in ihrer Tätigkeit als Lageristin. Dies hauptsächlich wegen der Panikattacken, wie dies die Patientin aktuell beschreibe. Nach dem stationären psychiatrischen Aufenthalt erfolge aktuell einmal pro Woche eine ambulante psychiatrische Vorstellung. Bei fehlendem Ansprechen der Infiltration werde die Fortführung des konservativen Procederes mit Physiotherapie zum Muskelaufbau und zur Mobilisierung gemäss Rückenschule empfohlen sowie eine Analgesie nach Massgabe der Beschwerden. Die weiterhin bestehenden Beschwerden seien am ehesten auf eine muskuläre Dysbalance zurückzuführen und könnten bildmorphologisch keiner eindeutigen Radikulopathie zugeordnet werden. Insgesamt könne man der Patientin aktuell keine operativen Möglichkeiten anbieten (IV-Nr. 32 S. 6 f.; vgl. auch Berichte des D.____, Wirbelsäulenchirurgie vom 3. Juni 2021, IV-Nr. 32 S. 4 f. [MRI LWS vom 5. Mai 2021] und 11. Juni 2021, IV-Nr. 32 S. 3 [Infiltrationsbericht vom 9. Juni 2021]). 3.10 Dem Bericht des D.____, Stoffwechsellabor, vom 23. Juli 2021 (Sprechstundenbericht Endokrinologie vom 23. Juli 2021) können folgende Hauptdiagnosen entnommen werden: «1. Hypertensive Kardiopathie, ED 08/2020», «2. Anamnestisch Angststörung»,

«3. Rezidivierende Synkopen seit 2020 unkl. Ätiologie», «4. Hypercholesterinämie», «5. Übergewicht», «6. Anamn. livide morgendliche periorbitale/maxilläre Hautveränderung rechts». Im Weiteren wurden die Nebendiagnosen «7. Lumboischialgie rechts bei medianer, subligamentärer und nach caudal luxierter Discushernie L3/4 ohne Neurokompression», «8. Osteochondrosen L4/5 und L5/S1», «9. Dekompression L4/5 und L5/S1 (St. Anna 2013)», «10. Myogelose Nacken rechts, ED 11.12.2020» und «aktiver Nikotinkonsum, 35 py» gestellt. Es wurde dargelegt, der Patientin gehe es seit Sommer 2020 nicht gut und sie habe seither verschiedene ärztliche Termine gehabt. Der Stichtag sei der 21. Juli 2020, als sie bei der Arbeit synkopiert sei. Aktuell berichte sie hauptsächlich über Schwindel, Müdigkeit, Kraftminderung in den Beinen, Rückenschmerzen, Tinnitus sowie Stimmenhören rechts. Im Rahmen der Beurteilung wurde im Wesentlichen ausgeführt, auffällig sei die psychische und somatische Verschlechterung des Gesundheitszustands seit der erstmaligen Synkope am 21. Juli 2020 bei zuvor anamnestisch gesunder und fitter Patientin, was sogar zur psychiatrischen Erkrankung mit 100 %iger Krankschreibung geführt habe. Klinisch zeigten sich aktuell keine wegweisenden Befunde (IV-Nr. 28 S. 3 ff.). 3.11 Im Bericht der E.____ [...] vom 20. Oktober 2021 wurde angegeben, die Patientin habe am 23. Dezember 2020 und am 12. Januar 2021 einen ambulanten Termin im Notfallkrisen-Ambulatorium gehabt. Vom 18. Januar bis 26. Februar 2021 habe sie sich in stationärer psychosomatischer Behandlung befunden. Initial seien regelmässige ambulante Termine seit dem 11. März 2021 ca. alle zwei Wochen erfolgt, dann monatlich, bis die Patientin die Therapie am 5. August 2021 beendet habe. Es hätten vollständige Arbeitsunfähigkeiten vom 11. bis 22. März 2021 (ambulant durch Dr. med. H.____) und vom 18. Januar bis 26. Februar 2021 (Psychosomatik [...] stationär) für ihre angestammte Tätigkeit als Hilfsangestellte bei C.____ bestanden. Zur medizinischen Situation wurde dargelegt, bei der Patientin seien bisher keine psychiatrischen Erkrankungen bekannt. Es seien zuvor keine ambulanten Therapien oder Hospitalisationen in psychiatrischen Kliniken erfolgt. Am Arbeitsplatz sei am 21. Juli 2020 erstmalig eine Episode mit Schwindel, Hitzegefühl und Palpitationen aufgetreten, woraufhin eine hypertensive Synkope festgestellt worden sei. Während kardiologischen Abklärungen sei sie wiederholt synkopiert und habe dabei Angst- und Panikattacken erlebt, in der Annahme, sie habe einen Herzinfarkt erlitten. Da die weiteren Episoden allein Zuhause stattgefunden hätten, wo ihr niemand habe helfen können, habe dies zu weiteren Ängsten geführt. Seither leide sie auch unter frequenten Alpträumen. Die Beschwerden seien so bedrückend, dass sie sich den Tod gewünscht habe. Es wurden folgende Diagnosen (mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit) gestellt: «Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0) am 23.12.2021 gestellt», «rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1), während des stationären Aufenthalts (vom 18.01. bis 26.02.2021) gestellt worden». Die weiteren Diagnosen (Tinnitus auris rechts, hypertensive Kardiopathie) haben nach den ärztlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Im Weiteren wurde dargelegt, eine psychiatrische Erkrankung verlaufe stets individuell, weshalb keine Prognose zur Arbeitsfähigkeit gemacht werden könne. Es habe eine Arbeitsunfähigkeit vom 11. bis 22. März 2021 bestanden, weitere Arbeitsdispensen seien nicht ausgestellt worden. Eine Fortsetzung der ambulanten Psychotherapie sei empfohlen worden. Die Patientin habe die Therapie jedoch seit dem 5. August 2021 sistiert, indem sie nicht mehr erschienen sei. Die empfohlene sozialarbeiterische Unterstützung sei abgelehnt worden. Die Patientin habe keine Ausbildung abgeschlossen. Bis Juli 2020 habe sie im Lager bei C.____ in Wangen gearbeitet. Anamnestisch bestehe ein strengerer Wochenrhythmus mit 6 Arbeitstagen am

Stück bei hoher körperlicher Belastung und Schichtarbeit, wobei die Patientin in der Regel den späten Schichten zugeteilt werde und sich daraus wenig soziale Kontakte im privaten Bereich realisieren liessen. Die Patientin leide unter Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit, Schlafstörungen, regelmässige Angst- und Panikzustände mit Vermeidungsverhalten und damit verbundenen Überforderungszuständen. Zur Frage des Eingliederungspotentials in die bisherige oder eine angepasste Tätigkeit wurde ein Arbeitsbelastungsversuch empfohlen (IV-Nr. 29 S. 2 ff.). 3.12 Aus dem Bericht der E.____ [...] vom 25. Januar 2022 über den stationären Aufenthalt der Beschwerdeführerin vom 15. November 2021 bis 5. Januar 2022 gehen die Hauptdiagnosen «1. Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst] (F41.0); 2. Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode (F33.1)» sowie die Nebendiagnosen «3. Arterielle Hypertonie; 4. Hypertensive Kardiopathie; 5. Tinnitus auris rechts (ED 08.02.2021); 6. Synkope, ED 11.12.2020, A.e. orthostatisch bei ungenügend eingestelltem Blutdruck» hervor. Unter dem Vermerk «aktuelle Behandlungshinweise» wurde ausgeführt, die Patientin sei durch Dr. med. H.____ zur psychischen Stabilisierung, Einrichtung einer geregelten Tagesstruktur, Verbesserung der körperlichen Entspannungsfähigkeit und Belastungsevaluation zugewiesen worden. Zu Beginn der Behandlung habe die Patientin über ihre Panikattacken begleitet von Schwindel, Hitzegefühl und Palpationen berichtet. Darüber hinaus habe sie depressive Symptome wie Kraftlosigkeit, Niedergestimmtheit, sozialer Rückzug, Stimmungsschwankungen und innerer Unruhe berichtet. Die vom Vorbehandler verordnete psychopharmakologische Medikation sei während der Behandlung in der Tagesklinik zunächst unverändert fortgeführt worden. Die Patientin habe sich jedoch unzuverlässig bei der Medikamenteneinnahme gezeigt und habe diese zu Hause oft eigenmächtig angepasst. Im Rahmen der behandlungsresistenten Hypertonie sei es bei der Patientin während der Behandlung in der Tagesklinik häufig zu hypertensiven Krisen gekommen. Ausserdem sei sie einmal wegen einer solchen Krise in die Notaufnahme des D.____ verlegt worden. Nach Absprache mit der Patientin sei der Hausarzt Dr. med. F.____ kontaktiert worden. Die Patientin habe daraufhin mitgeteilt, dass sie austreten wolle und mit der ambulanten Therapeutin einen Termin vereinbart habe. Mit dem Hausarzt sei überdies ein regelmässiges Blutdruckmonitoring vereinbart worden. Aus psychiatrischer Sicht sei die weitere Diagnostik und Behandlung der Hypertonie aufgrund der Gefahr von priorisierter Bedeutung. Zur Sozialberatung wurde erwähnt, die Patientin wohne mit ihren zwei erwachsenen Söhnen in einer 6-Zimmer-Mietwohnung zusammen. Sie plane, im Februar 2022 mit ihren Söhnen in das von ihnen gebaute Eigenheim umzuziehen. Die Patientin pflege guten Kontakt zu ihren Kindern, ihren Geschwistern und ihrer Mutter. Sonst habe sie wenige soziale Kontakte. Sie sei zu 100 % im Verteilzentrum von C.____ in [...] angestellt. Seit dem 21. Juli 2020 sei sie krankgeschrieben und erhalte noch bis Juli 2022 Krankentaggelder. Das Arbeitsverhältnis werde mit der Beendigung der Krankentaggelder gekündigt (IV-Nr. 37 S. 2 ff.). 3.13 Die RAD-Ärztin Dr. med. I.____, Praktische Ärztin und Fachärztin Arbeitsmedizin, zog in ihrer Stellungnahme vom 25. März 2022 folgendes Fazit: Bei der Versicherten bestünden neben Schwindel- und Wirbelsäulenbeschwerden weiterhin eine persistierend schwer einstellbare Bluthochdruckproblematik, die sich trotz Involvierung der diversen Fachspezialisten bisher nicht ausreichend kompensieren lasse. Gemäss dem Bericht des Kardiologen Dr. med. G.____ bestehe eine Hypertonie ersten Grades. Die aktuelle psychiatrische Hospitalisation bei Panikstörung und mittelgradiger depressiver Episode im tagesklinischen Setting habe wegen dieser Problematik abgebrochen werden müssen und solle ambulant weitergeführt werden. Die medizinische

Situation sei somit nicht abschliessend beurteilbar und sollte gutachterlich abgeklärt werden (IV-Nr. 38). 3.14 Dem interdisziplinären (allgemein-internistischen, orthopädischen, neurologischen, kardiologischen und psychiatrischen) B.____-Gutachten vom 20. Juli 2022 können im Rahmen der interdisziplinären Gesamt- bzw. Konsensbeurteilung folgende Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden: «1. Chronische Dorsalgie (ICD-10 M54.5/Z98.8), St.n. Dekompression LWK4/5/SWK1 rechts 2013 (Klinik [...], [...]), St.n. epiduraler Infiltration mit Mephameson auf Höhe LWK3/4 rechts am 09.06 2021 (Wirbelsäulenchirurgie, D.____), radiologisch Osteochondrose LWK4/5/SWK1, aktivierte Spondylarthrose und Diskopathie LWK5/SWK1 mit Kompression der Nervenwurzel L5 beidseits (MRI 05.05.2021); 2. Neu aufgetretene Knieschmerzen rechts (ICD-10 M79.66/M17.1), radiologisch beginnende femoropatelläre und weniger mediale Gonarthrose (Röntgen 07.06.2022)». Die im Weiteren gestellten Diagnosen (1. hypertensive Herzkrankheit; 2. rezidivierende Synkopen; 3. chronischer Nikotinabusus; 4. anamnestisch Tinnitus auris rechts; 5. St.n. anamnestisch Panikstörung; 6. anamnestisch depressive Episode, gegenwärtig remittiert; 7. akzentuierte Persönlichkeitszüge) haben nach den gutachterlichen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der gesamtmedizinischen Beurteilung wurde dargelegt, aus orthopädischer Sicht beeinflussten die chronische Dorsalgie und die neu aufgetretenen Knieschmerzen rechts die Arbeitsfähigkeit der Explorandin. Aufgrund der genannten Diagnosen könne in der angestammten, stets gehenden und stehenden Tätigkeit eine um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs attestiert werden. In einer körperlich leichten, angepassten Tätigkeit bestehe hingegen aus orthopädischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Weder aus kardiologischer, noch aus neurologischer, noch aus allgemein-internistischer Sicht könne eine weitere somatische Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Auch aus psychiatrischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit. Der Zustand nach anamnestischer Panikstörung, die anamnestische depressive Episode, gegenwärtig remittiert, und die akzentuierten Persönlichkeitszüge schränken die Arbeitsfähigkeit aus gutachterlicher Sicht nicht relevant ein. Zu Persönlichkeitsaspekten, Belastungsfaktoren und Ressourcen wurde u.a. erwähnt, die letzte, ab 1. Januar 2018 als Kommissioniererin mit einem Vollzeitpensum bei der C.____ ausgeübte Tätigkeit sei von der Arbeitgeberin wegen der längerdauernden gesundheitsbedingten Absenz (ab 21. Juli 2020 arbeitsunfähig geschrieben) per März 2022 gekündigt worden. Die Explorandin sei geschieden und habe eine 1987 geborene Tochter sowie zwei 1994 und 1996 geborene Söhne. Die Explorandin lebe bei ihren Söhnen und deren Partnerinnen in einer Sechszimmerwohnung. Den Tag verbringe sie mehrheitlich zu Hause, wobei sie eigentlich fast nichts tue. Mit ihren aktuellen Beschwerden könne sie sich keine Erwerbstätigkeit vorstellen. Zur Gesamtarbeitsfähigkeit wurde dargelegt, die eingeschränkte Leistungsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit sei einzig durch die orthopädischen Diagnosen begründet. Weder aus kardiologischer, neurologischer oder allgemein-internistischer noch aus psychiatrischer Sicht könne eine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Explorandin sei in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit mit einem Pensum von 8 Stunden pro Tag arbeitsfähig. Aufgrund der orthopädischen Einschränkungen bestehe eine um 30 % verminderte Leistungsfähigkeit wegen des vermehrten Pausenbedarfs. Somit sei von einer Arbeitsfähigkeit von 70 % auszugehen. Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Juli 2020 könne ab November 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab April 2021 die aktuelle Arbeitsfähigkeit

angenommen werden. Für körperlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, die Einnahme von knienden und kauern Positionen sowie von Zwangshaltungen des Rumpfes und das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden. Eine solche angepasste Tätigkeit sei während 8 bis 8,5 Stunden pro Tag zuzumuten. Dabei bestehe keine eingeschränkte Leistungsfähigkeit. Nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Juli 2020 könne ab November 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab April 2021 die aktuelle Arbeitsfähigkeit angenommen werden. Medizinische Massnahmen zur Verbesserung der Arbeitsfähigkeit könnten nicht vorgeschlagen werden (IV-Nr. 43.2 S. 1 ff.).

3.14.1 Dem allgemein-internistischen Teilgutachten (Untersuchung vom 1. Juni 2022; Dr. med. J.____, FMH Allgemeine Innere Medizin, Fallführung) können keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entnommen werden. Die arterielle Hypertonie, der chronische Nikotinabusus sowie der anamnestisch festgestellte Tinnitus auris rechts haben nach den gutachterlichen Angaben keine Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit. Retrospektiv gesehen finde man keine Hinweise für eine lang andauernde Arbeitsunfähigkeit in der Vergangenheit aufgrund einer allgemeininternistischen Diagnose. Aus rein allgemeininternistischer Sicht bestehe eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 43.2 S. 22 f.).

3.14.2 Aus dem orthopädischen Teilgutachten (Untersuchung vom 7. Juni 2022 Dr. med. K.____, FMH Orthopädische Chirurgie) wurden die Diagnosen (mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit) einer chronischen Dorsalgie sowie von neu aufgetretenen Knieschmerzen rechts gestellt. Als Diagnose ohne Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit wurde ein Verdacht auf eine Schmerzausweitung angegeben. Aus der medizinischen Beurteilung geht hervor, die Explorandin beklage seitens des Bewegungsapparates im Vordergrund stehende anteromediale Kniebeschwerden der rechten Seite, welche seit einem vor vier Wochen erlittenen Sturz aufgetreten seien. Weniger ausgeprägt seien im Bereich des dorsalen rechten Beckenkamms angegebene Schmerzen: nach vor neun Jahren erfolgter Dekompression LWK4/5/SWK1 habe ein guter Verlauf bestanden, bis sie vor knapp zwei Jahren am Arbeitsplatz am Tag des Erhalts der Kündigung gestürzt sei. Die bis in den rechten Vorfuss ausstrahlende Symptomatik scheine im Verlauf bisher nicht klar geändert zu haben. Als im Alltag resultierende Einschränkungen beschreibe sie Schmerzen beim Überwinden der Treppe sowie eine auf etwa eine halbe Stunde verminderte Gehstrecke. Die bedarfsweise in massiver Dosierung eingenommenen Analgetika entfalteten mässige Wirkung. Unter lumbaler Infiltration und letztmals vor gut einem halben Jahr durchgeführter Physiotherapie sei es zu keinerlei Verbesserung gekommen. Sie werde weder orthopädisch, noch chirurgisch, noch rheumatologisch betreut. Zur Konsistenz und Plausibilität wurde angegeben, zusammenfassend könne festgestellt werden, dass sich die beklagten Beschwerden durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen liessen. Durchaus nachvollziehbar sei ein gewisser Leidensdruck im unteren Rückenabschnitt angesichts deutlicher Degeneration, Diskopathie und möglicher Nervenwurzelkompression sowie auch seitens des rechten Kniegelenkes bei beginnender Arthrose. Die erheblichen Inkonsistenzen und insbesondere die am dorsalen rechten Oberschenkel angegebene, zeitweise vollständig fehlende Symptomatik weise aber auf eine deutliche nicht-organische Beschwerdekomponekte hin. Die im Alltag geltend gemachten Einschränkungen könnten auf rein orthopädischer Ebene nicht vollständig nachvollzogen werden. Gemäss letztem

Schreiben der Wirbelsäulenchirurgie des D. ___ vom 8. Juli 2021 habe die epidurale Infiltration vom 11. Juni 2021 zu keinerlei Besserung geführt, weshalb die konservative Behandlung fortgeführt werden sollte. Der persistierende Leidensdruck sei am ehesten auf eine muskuläre Dysbalance zurückzuführen und habe bildmorphologisch nicht eindeutig einer Radikulopathie zugeordnet werden können. Es hätten keine operativen Behandlungsmöglichkeiten bestanden. Dieser Einschätzung sei aufgrund der aktuellen Untersuchung klar zu folgen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde angegeben, für die zuletzt bei C. ___ ausgeübte, anamnestisch stets gehende und stehende Tätigkeit bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine Arbeitsfähigkeit von 70 % bei ganztägigem Pensum mit um 30 % reduzierter Leistung aufgrund eines vermehrten Pausenbedarfs. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg sollte dabei vermieden werden. Die retrospektive Einschätzung der Arbeitsfähigkeit anhand anamnestischer Angaben und vorliegender Akten sei schwierig, doch könne davon ausgegangen werden, dass spätestens seit der radiologischen Dokumentation genannter Veränderungen mittels MRI vom 5. Mai 2021 eine auf 70 % verminderte Arbeitsfähigkeit bei ganztägigem Pensum bestehe. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde angegeben, für körperlich leichte, immer wieder auch sitzende Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe aufgrund der aktuellen Untersuchung eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, die Einnahme kniender und kauernder Positionen sowie von Zwangshaltungen des Rumpfes und das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden. Für derartige Verrichtungen habe auch in der Vergangenheit keine längerdauernde Arbeitsunfähigkeit im Sinne einer invalidisierenden Erkrankung bestanden (IV-Nr. 43.2 S. 40 ff.).

3.14.3 Im neurologischen Teilgutachten (Untersuchung vom 7. Juni 2022; Dr. med. L. ___, Facharzt für Neurologie) konnte keine Diagnose mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die rezidivierenden Synkopen (ICD-10 R55, hypertensiv, psychogen) wurden als Diagnose ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit angegeben. Aus neurologischer Sicht bestehe kein zusätzlicher Handlungsbedarf. Die motorischen, sensorischen und kognitiven Fähigkeiten seien erhalten. Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Verweistätigkeit (körperlich leichte Tätigkeiten, keine Nachtschicht) bestehe aus neurologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit (IV-Nr. 43.2 S. 47 ff.).

3.14.4 Der kardiologische Teilgutachter (Untersuchung vom 1. Juni 2022; Dr. med. M. ___, FMH Kardiologie) hielt fest, die Explorandin gebe an, dass es ihr «soso lala» gehe. Sie habe einen hohen Blutdruck, der schwierig einzustellen sei, der Herzrhythmus sei ebenfalls nicht optimal, zudem habe sie Probleme mit dem rechten Ohr und dem rechten Arm. Sie höre ein Pfeifen und Stimmen. Zu Hause sei sie einige Male umgefallen, insgesamt etwa sechs bis sieben Mal. Es sei ihr plötzlich schwarz geworden und dann wisse sie nichts mehr. Sie leide auch unter Panikattacken. Im Frühling 2021 sei sie sechs Wochen lang in stationärer psychiatrischer Therapie gewesen. Sie leide weiter unter Knie- und Rückenproblemen. Seit einigen Monaten schliefen ihr die Finger der rechten Hand ein, diese seien kraftlos. Sie merke, wenn sie einen hohen Blutdruck habe. Dann sei der Hals heiss, sie schwitze überall, verspüre Palpitationen/Herzklopfen. Insgesamt sei sie sechs- bis siebenmal bewusstlos geworden, das erste Mal am 21. Juli 2020; dies habe man auf hohe Blutdruckwerte zurückgeführt. Das letzte Mal sei sie am 9. Mai 2022 bewusstlos geworden. Sport treibe sie nicht. Beim Treppensteigen schlage das Herz schneller und es werde ihr heiss. Andere Beschwerden als Thoraxschmerzen oder Dyspnoe gebe sie nicht an. Der Kardiologe konnte

keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen. Die von ihm diagnostizierte hypertensive Herzkrankheit sowie die festgestellten rezidivierenden Synkopen haben gemäss seinen Angaben keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Zur Herleitung dieser Diagnosen wurde ausgeführt, die Diagnose einer hypertensiven Herzkrankheit (HHK) leite sich aus den Befunden der transthorakalen Echokardiographie (TTE) vom August 2020 und des cMRI vom Oktober 2020 ab. In der aktuellen TTE-Untersuchung habe sich die Diagnose einer HHK bei LV-Hypertrophie und Relaxationsstörung bestätigt, die systolische Funktion sei normal gewesen. Die Leistungsfähigkeit in der Fahrradergometrie sei eingeschränkt gewesen, dies am ehesten bei genereller Dekonditionierung. Zur Beurteilung wurde dargelegt, im August 2020 sei nach unklarer Synkope eine HHK diagnostiziert worden. Die Synkope sei als hypertensiv bedingt beurteilt worden. Die Blutdruckeinstellung habe sich zuerst schwierig gestaltet mit trotz Therapie suboptimalen Werten. Unter einer ausgebauten 4er-Therapie seien aktuell fast normale Office-Werte vorgelegen. Die Ursache der Synkopen sei im Verlauf unklar geblieben, zuletzt seien diese als möglicherweise funktionell und die Beschwerden im Rahmen von Panikattacken eingeordnet worden. Aus kardiologischer Sicht sei eine optimale Einstellung der arteriellen Hypertonie wichtig. Im Vergleich zu früheren Untersuchungen seien die Blutdruckwerte aktuell praktisch normal und gemäss Explorandin zu Hause auch im Normbereich. Die TTE-Befunde hätten sich ebenfalls verbessert (LA normal gross, nur noch Relaxationsstörung). Bezüglich der Synkopen könne vorerst beobachtet werden, eventuell sei eine Re-Evaluation der Medikation (Trittico, Pregabalin) zu erwägen, ebenso des Valdoxan bei Tinnitus. Sowohl in der bisherigen als auch in einer angepassten Verweistätigkeit wurde aus kardiologischer Sicht eine uneingeschränkte Arbeits- und Leistungsfähigkeit attestiert. Seit Oktober 2020 sei die Explorandin aus kardiologischer Sicht wieder arbeitsfähig (IV-Nr. 43.2 S. 50 ff.). 3.14.5 Im psychiatrischen Teilgutachten (Untersuchung vom 7. Juni 2022; Dr. med. N.____, FMH Psychiatrie und Psychotherapie) gab die Explorandin an, die gesundheitlichen Probleme hätten erst mit ihrem «Umfallen» im Juni 2020 begonnen. Bis zu diesem Zeitpunkt habe sie seit dem Jahr 1981 mit einem vollen Pensum gearbeitet. Im Juni 2020 habe sie Spätschicht geleistet. Sie sei müde gewesen, sei aber dennoch arbeiten gegangen. Es sei ihr schwarz vor Augen geworden, sie habe nicht mehr reden können und sei «umgefallen». Seither leide sie unter Blutdruckproblemen und habe nicht mehr gearbeitet. Anfang 2021 sei sie ambulant in den E.____ [...] beurteilt worden. Am 18. Januar 2021 sei sie eigeninitiativ in die psychiatrische Klinik eingetreten. Während der stationären psychiatrischen Behandlung sei am rechten Ohr ein Tinnitus aufgetreten, der vor allem nachts störend sei. Gleichzeitig seien «Herrenstimmen» aufgetreten; es sei, wie wenn man mit ihr rede, sie verstehe jedoch nichts. Tinnitus und «Herrenstimmen» träten seither wiederholt nachts auf. Sie leide unter einer Angst zu sterben und wolle nicht alleine sein. Sie habe das Gefühl, als ob die Wände eng würden. Ihr Körper werde warm und sie schwitze. Sie gebe an, seit Austritt aus der Klinik stets ambulant in Behandlung bei Dr. med. H.____ gewesen zu sein, bis sie im November 2021 in die Tagesklinik der E.____ [...] eingetreten sei. Dort sei sie nicht lange behandelt worden, da sie täglich unter hohem Blutdruck gelitten habe und man die Verantwortung für ihre Gesundheit nicht habe übernehmen wollen. Seit Austritt sei sie erneut ambulant bei Dr. med. H.____ in Behandlung mit Terminen alle drei bis vier Wochen, zuletzt am 31. Mai 2022. Sie erhalte verschiedene Medikamente. Mit Medikamenten schlafe sie gut und habe keine Alpträume mehr. Sie habe sich auch nicht mehr selber verletzt. Auch kämen ihr die Wände nicht mehr entgegen und sie habe kein Herzklopfen mehr. Diese Beschwerden

würden nur dann wieder auftreten, wenn sie die Medikamente nicht nehme. Im April 2022 sei die Blutdruckmedikation umgestellt worden, mit den neuen Medikamenten sei der Blutdruck besser eingestellt. Auf die im Bericht der Tagesklinik aufgeführte unzuverlässige Medikamenteneinnahme angesprochen habe die Explorandin erklärt, dass sie nach Einnahme der abendlichen Medikamente am Morgen nicht habe aufstehen können, weshalb sie die Medikamente unter der Woche nicht eingenommen habe. Zu den psychiatrischen Untersuchungsbefunden wurde angegeben, die Explorandin sei orientiert und bewusstseinsklar. Die Konzentration könne für die Dauer des 70-minütigen Gesprächs aufrechterhalten werden. Es ergäben sich keine Hinweise für Störungen der Auffassung, der Merkfähigkeit oder des Gedächtnisses. Formalgedanklich sei sie klar und kohärent, es bestünden keine Auffälligkeiten. Es seien keine Hinweise für psychotisches Erleben wie Wahn, Sinnestäuschungen oder Ich-Störungen ersichtlich. Die «Herrenstimmen» könnten nicht als akustische Halluzinationen interpretiert werden, sie seien zeitgleich mit dem Tinnitus aufgetreten und träten unter Schlafmedikation nicht auf. Befürchtungen im engeren Sinne seien keine explorierbar. Wohl seien panikartige Ängste in der Vergangenheit aufgetreten, sie seien jedoch unter Einnahme der aktuellen Medikation remittiert. Zwangsgedanken oder –handlungen seien keine explorierbar. Affektiv sei die Explorandin weitgehend euthym. Es seien keine Niedergeschlagenheit oder Traurigkeit festzustellen. Sie wirke jedoch emotional labil. Die Schwingungsfähigkeit sei durchgehend vorhanden. Psychomotorisch sei sie unruhig (Nesteln). Der Rapport sei herstellbar. Eigenanamnestisch werde ein selbstverletzendes Verhalten im Jahr 2021 mit Kratzen an Armen und Beinen angegeben. Es bestehe keine akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Es konnte keine Diagnose mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit gestellt werden. Die Diagnosen «Status nach anamnestisch Panikstörung (ICD-10 F41.0)», «anamnestisch depressive Episode, gegenwärtig remittiert (ICD-10 F32.4)» und «akzentuierte Persönlichkeitszüge (ICD-10 Z73)» haben laut dem Gutachter keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit. Im Rahmen der psychiatrischen Beurteilung wurde dargelegt, anlässlich der Untersuchung hätten sich keine konkreten Inkonsistenzen ergeben. Nachfragen hätten jedoch oft nicht befriedigend beantwortet werden können. Zum Beispiel seien auf die Frage, wie sich die beklagte Vergesslichkeit zeige, keine konkreten Angaben gemacht worden. Die in den Berichten der stationären und ambulanten Behandler genannte Panikstörung und auch die rezidivierende depressive Störung könnten anhand der Angaben der Explorandin nur bedingt nachvollzogen werden. Insbesondere sei zur Diagnose einer Panikstörung aufzuführen, dass dafür wiederkehrende schwere Angstattacken, die sich nicht nur auf eine spezifische Situation oder besondere Umstände beschränkten, auftreten müssten. Diese Angaben seien so von der Explorandin zum Untersuchungszeitpunkt nicht bestätigt worden. Aufgrund der somatischen Beschwerden mit schwer einstellbarer Hypertension seien die Ängste in diesem Zusammenhang zu interpretieren. Eine rezidivierende depressive Störung könne nicht festgestellt werden, es sei denn, die von der Explorandin beschriebene schwierige Situation im Anschluss an die Trennung vom ersten Ehemann werde als erste affektive Episode gewertet. Hierzu seien jedoch keine Akten vorhanden. Gemäss den Angaben im Austrittsbericht der Tagesklinik von Januar 2022 könne die aufgeführte mittelgradige depressive Episode nicht nachvollzogen werden. Es sei anzunehmen, dass die Diagnose aus alten Berichten übernommen worden sei. Zur Herleitung der Diagnosen wurde im Wesentlichen angegeben, die Explorandin wirke psychisch dennoch auffällig. Sie habe während des ganzen Untersuchungsgesprächs genestelt und emotional labil gewirkt. Entsprechende Auffälligkeiten habe man in den vorliegenden Arztberichten, die einen

Beobachtungszeitpunkt von einem Jahr abbildeten, nicht entnehmen können. Gemäss eigenen Angaben habe die Explorandin bis Ende 2020 nie unter psychischen Beschwerden gelitten bzw. keine psychiatrische Behandlung wahrgenommen. Sie habe während Jahren ohne Probleme mit einem vollen Pensum arbeiten können und pflege stabile familiäre Beziehungen. Somit sei festzustellen, dass gegenwärtig keine spezifische Angsterkrankung und keine depressive Episode festgestellt werden könne, auch sei keine Persönlichkeits- und Verhaltensstörung anzunehmen. Hingegen bestehe der Verdacht auf akzentuierte Persönlichkeitszüge (emotional labil). Es sei anzunehmen, dass in Zusammenhang mit den somatischen Problemen (Blutdruckkrisen) Angstsymptome aufgetreten seien, welche mittlerweile jedoch regredient seien. Beim Vorliegen emotional instabiler Persönlichkeitszüge sei insgesamt die Verarbeitung somatischer Probleme und die Behandlung psychischer Beschwerden erschwert, was sich auch den vorliegenden Berichten entnehmen lasse. So werde eine Unzuverlässigkeit bei der Medikamenteneinnahme aufgeführt. Hierzu sei zu ergänzen, dass gemäss dem Labor vom 7. Juni 2022 keines der verschriebenen und gemäss Explorandin regelmässig eingenommenen Medikamente innerhalb des therapeutischen Bereichs habe nachgewiesen werden könnten. Es sei nicht davon auszugehen, dass die Explorandin Brintellix, Trittico, Pregabalin und Quetiapin regelmässig in der verordneten Dosierung einnehme. Daher sei nicht von einem erheblichen Leidensdruck der Explorandin auszugehen. Hierzu sei auch auf die Angaben zu Tagesablauf und Aktivitäten (inkl. Fernreisen) hinzuweisen. Die Explorandin verfüge über vielfältige Fähigkeiten und Ressourcen. Sie spreche gut Deutsch, habe eine langjährige Arbeitsanamnese, sei sozial gut integriert, fahre Auto und unternehme Fernreisen. Zur Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit wurde dargelegt, die Explorandin könne ein volles Pensum ohne Einschränkung der Leistungsfähigkeit absolvieren. Spätestens seit dem Austritt aus der Tagesklinik Anfang 2022 sei eine volle Arbeitsfähigkeit anzunehmen. Zur Arbeitsfähigkeit in einer angepassten Verweistätigkeit wurde erwähnt, es seien keine Besonderheiten zu berücksichtigen. Bei einer Zunahme der anamnestisch beschriebenen Beschwerden wären eine engermaschigere und vor allem spiegelkontrollierte medikamentöse Behandlung zu empfehlen (IV-Nr. 43.2 S. 26 ff.).

E. 4.1.1

Die Beschwerdegegnerin lehnte den Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen mit vorliegend angefochtener Verfügung vom 22. September 2022 mit der Begründung ab, gemäss ihren Abklärungen könne von einer Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in der bisherigen Tätigkeit ab November 2020 von 50 % und ab April 2021 von 100 % ausgegangen werden, wobei die Leistungsfähigkeit wegen vermehrten Pausenbedarfs um 30 % eingeschränkt sei. In einer angepassten Tätigkeit bestehe sogar eine Arbeitsfähigkeit von 100 %; dabei handle es sich um eine leichte Tätigkeiten, welche auch immer wieder im Sitzen ausgeführt werden könnten. Das wiederholte Tragen und Heben von Lasten über 10 kg sollte vermieden werden, ebenso die Einnahme kniender und kauender Positionen. Ende des einjährigen Wartejahres liege keine Arbeitsunfähigkeit von durchschnittlich mindestens 40 % vor mit anschliessender rentenbegründender Erwerbsunfähigkeit (IV-Nr. 46; A.S. 1 ff.).

E. 4.1.2

Die Beschwerdeführerin macht demgegenüber geltend, sie sei seit dem 21. Juli 2020 zu 100 % arbeitsunfähig. Seit Oktober 2020 sei sie auf unbestimmte Zeit in ambulanter psychiatrischer Behandlung und habe sich im März 2021 sogar für sechs Wochen in

stationäre psychiatrische Behandlung begeben müssen. Seither habe sie ohne Medikamente Probleme beim Einschlafen und Essen sowie bei der Konzentration. Sodann habe sie Angstzustände und Bedenken, dass sie sich selbst wieder Schaden zufüge. Ausserdem leide sie unter Herzbeschwerden, hohem Blutdruck, Diskushernie und einer Zyste am Hinterkopf, wobei diesbezüglich schon ein Operationstermin bestehe. Ihr Leistungsgesuch sei erneut zu prüfen, wobei ihre gesundheitliche Situation zu berücksichtigen sei (A.S. 4). In ihrer Replik weist die Beschwerdeführerin noch darauf hin, sie sei am 21. November 2022 an der rechten Hand operiert worden (eingeklemmter Nerv) und auch die linke Hand müsse baldmöglichst operiert werden. Es gehe ihr sowohl psychisch als auch somatisch schlecht. Sie sei wegen ihrer gesundheitlichen Situation im Alltag überfordert (A.S. 13).

4.2 Zunächst ist festzustellen, dass das oben (unter E. II. 3.14 hiervor) wiedergegeben interdisziplinäre B.____-Gutachten vom 20. Juli 2022 auf den vollständigen Vorakten sowie auf den spezialärztlichen Untersuchungen in den fünf Disziplinen «Allgemeine Innere Medizin», «Orthopädie», «Neurologie», «Kardiologie» und «Psychiatrie» vom 1. und 7. Juni 2022 beruht. Die von der Beschwerdeführerin angegebenen Beschwerden wurden von den Gutachtern berücksichtigt und in ihre Beurteilung einbezogen. Die Expertise kann sich somit auf vollständige Grundlagen stützen. Die einzelnen Teilgutachter geben jeweils die fachspezifische Anamnese, die Angaben der Beschwerdeführerin und die erhobenen Befunde wieder. Daraus werden die relevanten Diagnosen und die Auswirkungen der Symptomatik auf die Arbeitsfähigkeit hergeleitet. Abschliessend werden die gestellten Fragen beantwortet. Schliesslich wird eine Gesamtbeurteilung unter Berücksichtigung aller involvierten Disziplinen vorgenommen. Die in der psychiatrischen Teilbegutachtung enthaltene Beurteilung der Arbeits- und Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin erfolgte unter Anwendung der Standardindikatoren im Sinne von BGE 141 V 281 (strukturiertes Beweisverfahren). Das Gesamtgutachten wurde von allen beteiligten Teilgutachtern mit einer elektronischen Signatur unterzeichnet (vgl. diesbezügliche Bemerkungen in Ziff. 5 der Konsensbeurteilung, IV-Nr. 43.2 S. 10). Inhaltlich gelangen die einzelnen Teilgutachten und das Gesamtgutachten zu schlüssigen Ergebnissen, welche nachvollziehbar hergeleitet werden. Zu früheren ärztlichen Einschätzungen in den medizinischen Vorakten wurde ■ soweit möglich ■ Stellung genommen. Das Gutachten wird damit den durch die Rechtsprechung formulierten Anforderungen an eine beweiskräftige medizinische Stellungnahme (BGE 125 V 351 E. 3a S. 352) gerecht.

4.3 Die B.____-Gutachter kommen aufgrund ihrer Begutachtungsergebnisse zum Schluss, dass ausschliesslich die beiden orthopädischen Diagnosen (chronische Dorsalgie betreffend Lendenwirbelsäule [ICD-M54.5/Z98.8]; neu aufgetretene Knieschmerzen rechts [ICD-10 M79.66/M17.1]) die Arbeits- bzw. Leistungsfähigkeit der Beschwerdeführerin beeinflussen (IV-Nr. 43.2 S. 7 und 41.). Aus allgemein-internistischer, neurologischer, kardiologischer und psychiatrischer Sicht konnten die Gutachter keine Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit stellen (vgl. IV-Nr. 43.2 S. 22, 32, 47 und 54). Die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in ihrer zuletzt seit dem 1. Januar 2018 ausgeübten Tätigkeit als Kommissioniererin bei der C.____ wurde von den Gutachtern auf 70 % (Pensum von 100 % [8 Std. pro Tag] mit einer um 30 % verminderten Leistungsfähigkeit) festgesetzt, wobei die verminderte Leistungsfähigkeit mit dem vermehrten Pausenbedarf begründet wurde. In Bezug auf den zeitlichen Verlauf wurde festgestellt, nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Juli 2020 könne ab November 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 50 % und ab April 2021 die aktuelle Arbeitsfähigkeit (70 %) angenommen werden. Die Arbeitsfähigkeit in einer

angepassten Verweistätigkeit wurde von den Gutachtern mit 100 % (8 bis 8 ½ Std. pro Tag) beziffert, wobei das funktionelle Leistungsprofil wie folgt umrissen wurde: Für körperlich leichte, immer wieder auch sitzenden Verrichtungen unter Wechselbelastung bestehe eine zeitlich und leistungsmässig uneingeschränkte Arbeitsfähigkeit. Das wiederholte Heben und Tragen von Lasten über 10 kg, die Einnahme kniender und kauender Positionen sowie von Zwangshaltungen des Rumpfes und das wiederholte Überwinden von Treppen und unebenem Grund sollten dabei vermieden werden. Zum Verlauf wurde festgestellt, nach aufgehobener Arbeitsfähigkeit ab Juli 2020 könne ab November 2020 eine Arbeitsfähigkeit von 70 % und ab April 2021 die aktuelle Arbeitsfähigkeit (100 %) angenommen werden (IV-Nr. 43.2 S. 8 f.). Demgemäss bestand in der zuletzt ausgeübten Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Juli 2020 bis Oktober 2020, eine solche von 50 % von November 2020 bis März 2021 und eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % ab April 2021. In einer angepassten Verweistätigkeit ist von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 % von Juli 2020 bis Oktober 2020, von einer solchen von 70 % vom November 2020 bis März 2021 und von einer Arbeitsunfähigkeit von 0 % ab April 2021 auszugehen. Somit besteht nach Ablauf des vom Juli 2020 bis Juni 2021 dauernden Wartejahres, d.h. ab 1. Juli 2021, in der bisherigen Tätigkeit eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % und in einer angepassten Verweistätigkeit eine solche von 0 %. Damit wird die Voraussetzung von Art. 28 Abs. 1 lit. c IVG, wonach Anspruch auf eine Invalidenrente u.a. nur dann besteht, wenn die versicherte Person nach Ablauf des Wartejahres zu mindestens 40 Prozent invalid ist, von der Beschwerdeführerin nicht erfüllt. Neben der Voraussetzung der durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeit von 40 % während des Wartejahres muss ■ damit ein Rentenanspruch entsteht ■ die versicherte Person weiterhin mindestens zu 40 % erwerbsunfähig sein (vgl. Kreisschreiben des Bundesamtes für Sozialversicherungen [BSV] über Invalidität und Rente in der Invalidenversicherung [KSIR], Rz. 2220 mit Hinweisen). Der Begründung in der vorliegend angefochtenen Verfügung, wonach am Ende des einjährigen Wartejahres keine anschliessende rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit vorliege, ist demnach beizupflichten.

4.4 Dem von der Beschwerdeführerin geltend gemachten Einwand, in der angefochtenen Verfügung sei nichts von ihrem psychischen Gesundheitszustand erwähnt worden, sie stehe seit Oktober 2020 in psychiatrischer Behandlung und leide unter Herzbeschwerden, hohem Blutdruck, Rückenbeschwerden (Diskushernie mit leichter Lähmung an der rechten Seite [Arm und Hand]) sowie an einer Zyste am Hinterkopf, ist entgegenzuhalten, dass die Beschwerdeführerin im Rahmen der von der Beschwerdegegnerin veranlassten polydisziplinären B.____-Begutachtung vom Juni 2022 allgemein-internistisch, orthopädisch, neurologisch, kardiologisch und psychiatrisch, somit in fünf Fachdisziplinen, umfassend und eingehend fachärztlich untersucht und begutachtet wurde. Dabei konnten die Gutachter ausschliesslich orthopädische Diagnosen mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit (chronische Dorsalgie in Bezug auf die Lendenwirbelsäule und neu aufgetretene Knieschmerzen rechts) stellen, wobei für diese Leiden ab April 2021 keine Einschränkung der Arbeitsfähigkeit in einer leidensangepassten Verweistätigkeit mehr besteht. Bei der Untersuchung der Wirbelsäule zeigte sich eine weitgehend freie Beweglichkeit sämtlicher Abschnitte, desgleichen an allen Extremitäten. Dr. med. K.____ kam zum Schluss, die beklagten Beschwerden liessen sich durch die klinischen und radiologischen Befunde keinesfalls vollständig begründen. Ein gewisser Leidensdruck im unteren Rückenabschnitt sei angesichts deutlicher Degeneration, Diskopathie und möglicher Nervenwurzelkompression zwar nachvollziehbar, die im Alltag geltend gemachten

Einschränkungen könnten aber auf rein orthopädischer Ebene nicht vollständig nachvollzogen werden. Operative Behandlungsmöglichkeiten wurden klar verneint (IV-Nr. 43.2 S. 40 f.; vgl. E. II. 3.14.2 hiervor). Auch im Rahmen der neurologischen Begutachtung vom 7. Juni 2022 wurden keine Lähmungserscheinungen festgestellt; vielmehr wurden an den Extremitäten und in Bezug auf die Sensibilität unauffällige Verhältnisse festgestellt (IV-Nr. 43.2 S. 46 f.; vgl. E. II. 3.14.3 hiervor).

Gemäss den Untersuchungsergebnissen im psychiatrischen Teilgutachten vom 7. Juni 2022 haben der Status nach anamnestisch Panikstörung, die anamnestisch depressive Episode, gegenwärtig remittiert, sowie die akzentuierten Persönlichkeitszüge keinen Einfluss mehr auf die Arbeitsfähigkeit. Es wurde festgestellt, die psychiatrische Behandlung sei bislang nicht engmaschig erfolgt und die Medikamente seien gemäss Laborkontrolle nicht regelmässig eingenommen worden. Sodann verfüge die Beschwerdeführerin über vielfältige Fähigkeiten und Ressourcen (IV-Nr. 43.2 S. 32; vgl. E. II. 3.14.5 hiervor). Im Weiteren kam der kardiologische Teilgutachter aufgrund seiner Untersuchung vom 1. Juni 2022 zum Schluss, auch die Herzbeschwerden (hypertensive Herzkrankheit) und der hohe Blutdruck (arterielle Hypertonie) beeinflussten die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin nicht. Die Ursache der Synkopen sei im Verlauf unklar geblieben und im Vergleich zu früheren Untersuchungen seien die Blutdruckwerte aktuell praktisch normal und gemäss den Angaben der Beschwerdeführerin zu Hause auch im Normbereich. Auch die TTE-Befunde hätten sich verbessert (IV-Nr. 43.2 S. 54 f.). Ferner besteht in Übereinstimmung mit der Auffassung der Beschwerdegegnerin kein Hinweis, dass die erstmals in der Beschwerde erwähnte Zyste nicht konservativ oder operativ behandelt werden könnte, weshalb davon auszugehen ist, dass diesbezüglich kein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin besteht. Dies gilt auch für die erst in der Replik erwähnten operativen Behandlungen der rechten und linken Hand («Nerv-Verklemmung»); vgl. A.S. 13).

5. Nach dem Gesagten ist gestützt auf die beweiskräftigen Abklärungsergebnisse der B.____-Gutachter von einer vollständigen Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin in einer angepassten Verweistätigkeit ab April 2021 auszugehen. Damit liegt nach Ablauf des Wartejahres keine rentenbegründende Erwerbsunfähigkeit vor, weshalb kein Rentenanspruch besteht. Konkrete Indizien, die gegen die Zuverlässigkeit dieser Expertise sprechen (vgl. E. II. 2.5 hiervor), sind mit Blick auf die übrigen medizinischen Unterlagen (vgl. E. II. 3. hiervor) nicht ersichtlich. Angesichts der subjektiven Krankheits- und Behinderungsüberzeugung der Beschwerdeführerin (vgl. Beschwerde, A.S. 4; vgl. auch IV-Nr. 43.2 S. 27, 37, 45 und 52) besteht auch kein Anspruch auf berufliche Eingliederungsmassnahmen. Fehlt es an einem Eingliederungswillen bzw. einer subjektiven Eingliederungsfähigkeit, entfällt der Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen, ohne dass zunächst ein Mahn- und Bedenkzeitverfahren durchgeführt werden müsste (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_202/2021 vom 17. Dezember 2021 E. 7.2. mit Hinweisen). Die vorliegend angefochtene Verfügung der Beschwerdegegnerin vom 22. September 2022, womit der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie berufliche Eingliederungsmassnahmen abgewiesen wurde, ist somit nicht zu beanstanden. Die Beschwerde ist abzuweisen.

E. 6

6.2 Aufgrund von Art. 69 Abs. 1bisIVG ist das Beschwerdeverfahren bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder die Verweigerung von IV-Leistungen vor dem kantonalen

Versicherungsgericht kostenpflichtig. Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 ■ 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die Beschwerdeführerin die Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu bezahlen, die mit dem geleisteten Kostenvorschuss in gleicher Höhe zu verrechnen sind.

Demnach wird erkannt:

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

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Die Präsidentin

Der Gerichtsschreiber

Weber-Probst

Schmidhauser

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