

SO_GERICHTE VSBES.2022.245 vom 12. Oktober 2023

SO Obergericht, 2023-10-12, DE

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/so_gerichte_VSBES.2022.245_d20231012

FR: SO_GERICHTE VSBES.2022.245 du 12 octobre 2023

IT: SO_GERICHTE VSBES.2022.245 del 12 ottobre 2023

Regeste

Invalidenrente und berufliche Massnahmen

Erwägungen

E. 1

1.1 Die Versicherte A.____ (fortan: Beschwerdeführerin) meldete sich, nachdem sie seit dem 1. November 2016 arbeitsunfähig gewesen war, am 23. April 2017 bei der IV-Stelle des Kantons Solothurn (fortan: Beschwerdegegnerin) zum Leistungsbezug an (IV-Akten / IV-Nr. 2). Da sie jedoch bereits am 1. Mai 2017 in der Lage war, ihre Tätigkeit als Betriebsmitarbeiterin bei der B.____ AG wieder aufzunehmen, wies die Beschwerdegegnerin das Gesuch um berufliche Eingliederungsmassnahmen sowie eine Invalidenrente mit Verfügung vom 3. Juli 2017 ab (IV-Nr. 12). 1.2 Am 23. Oktober 2018 meldete sich die Beschwerdeführerin erneut bei der Beschwerdegegnerin an (IV-Nr. 15). Diese verneinte in der Folge mit Verfügung vom 25. Oktober 2022 einen Anspruch auf berufliche Massnahmen sowie auf eine Rente, da der Invaliditätsgrad nur 25 % betrage (Aktenseite / A.S. 1 ff.).

E. 2

Die Beschwerdegegnerin sei zu verpflichten, der Beschwerdeführerin mindestens eine Dreiviertel-Invalidenrente nach Massgabe eines Invaliditätsgrades von mindestens 69 % auszurichten.

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). Nach dem hier massgeblichen bisherigen Recht (s. E. II. 2.1 hiavor) besteht bei einem Invaliditätsgrad ab 40 % Anspruch auf eine Viertelsrente, ab 50 % auf eine halbe Rente, ab 60 % auf eine Dreiviertelsrente sowie ab 70 % auf eine ganze Rente (Art. 28 Abs. 2 IVG, in Kraft bis 31. Dezember 2021).

E. 2.2.1

hiavor). Im Übrigen ist es seit der Verfügung vom 3. Juli 2017, in der die Beschwerdegegnerin das erste Leistungsbegehren abgewiesen hatte, zu einer gesundheitlichen Verschlechterung gekommen, indem am 17. Oktober 2017 eine weitere Operation erfolgte und die Beschwerdeführerin seither immer zumindest teilweise arbeitsunfähig ist (E. II. 3.1 hiavor). 4. 4.1 Die Beschwerdeführerin arbeitete vor ihren

Operationen teilzeitlich mit einem Pensum von 60 %. Nach der Neuanmeldung im Oktober 2018 erklärte sie indes, dass sie nun ganztätig arbeiten würde, wenn sie dazu gesundheitlich in der Lage wäre (E. II. 3.1 hiervor). Die Beschwerdegegnerin ging deshalb zu Recht davon aus, dass die Beschwerdeführerin im Gesundheitsfall vollzeitlich erwerbstätig wäre, und bestimmte den Invaliditätsgrad durch einen Einkommensvergleich (A.S. 1 f.). Dabei 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 (Invalideneinkommen) in Beziehung gesetzt zum Erwerbseinkommen, das sie erzielen könnte, wenn sie nicht invalid geworden wäre (Valideneinkommen, Art. 16 ATSG). Die beiden hypothetischen Erwerbseinkommen sind ziffernmässig möglichst genau zu ermitteln und einander gegenüberzustellen, worauf sich aus der Einkommensdifferenz der Invaliditätsgrad ergibt (Urteil des Bundesgerichts 9C_354/2021 vom 3. November 2021 E. 4.1). Massgebend sind dabei die Verhältnisse im Zeitpunkt des Rentenbeginns, hier also das Jahr 2019 (E. II. 2.2.3.2 hiervor).

4.2 Die Beschwerdeführerin hält dafür, ein Einkommensvergleich erübrige sich, denn da sie nach wie vor für die Arbeitgeberin tätig sei, entspreche der Invaliditätsgrad einfach der Arbeitsunfähigkeit. Damit bezieht sie sich sinngemäss auf den sog. Prozentvergleich. Ein solcher kommt in Frage, wenn die adaptierte Tätigkeit dem bisherigen Beruf entspricht, auch wenn sie allenfalls gesundheitsbedingt nur noch mit einem tieferen Pensum ausgeübt werden kann (Urteil des Bundesgerichts 8C_55/2023 vom 11. Juli 2023 E. 4.5.3). Dies trifft hier zu, denn die Beschwerdeführerin konnte zu ihrer Arbeitgeberin zurückkehren und ist gemäss Gerichtsgutachten an ihrem Arbeitsplatz optimal eingegliedert (E. II. 3.3.1 + 3.3.3 hiervor). Mit einem wöchentlichen Arbeitspensum der Beschwerdeführerin von 17,5 Stunden (5 x 3,5) ergibt sich, gemessen am bei der Arbeitgeberin üblichen Vollpensum von 42,92 Wochenstunden (IV-Nr. 19 S. 3 Ziff. 2.3), eine Einbusse an Arbeitszeit von 59,23 %. Setzt man diese dem Invaliditätsgrad gleich, so besteht Anspruch auf eine halbe Rente. Ein Anspruch auf berufliche Massnahmen entfällt demgegenüber, da sich nach dem Beweisergebnis in einer anderen Tätigkeit keine höhere Arbeitsfähigkeit erreichen lässt und keine Anhaltspunkte dafür bestehen, dass die Beschwerdeführerin ihre Beschäftigung bei der Arbeitgeberin verlieren könnte.

4.3 Zusammenfassend wird die angefochtenen Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. April 2019, dem Ablauf der sechsmonatigen Frist ab Anmeldung (E. II. 2.2.3.2 hiervor), eine halbe Rente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

5. 5.1 Da die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin teilweise obsiegt hat, steht ihr eine Parteientschädigung zu. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen bis zum 31. Dezember 2022 in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11) sowie ab 1. Januar 2023 von CHF 250.00 bis 350.00 (s. § 160 Abs. 4 GT i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungscommission GVB.2022.111). Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu, denn wenn sich der Vertreter darauf beschränkt hätte, nur eine halbe Rente statt eine Dreiviertelsrente und Eingliederungsmassnahmen zu beantragen, wäre sein Aufwand

kaum wesentlich tiefer ausgefallen. 5.2 Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 4. Juli 2023 (A.S. 108 f.) weist einen Zeitaufwand von 9,94 Stunden aus. Die Positionen «Tel. an Klientin (Ehemann)» vom 28. Oktober 2022 (0,17 Stunden) und «Studium Verfügung IV samt Beilagen» vom 21. November 2022 (0,5 Stunden) sind zu streichen, denn diese Verrichtungen gehören praxisgemäss nicht zum Aufwand im Beschwerdeverfahren, da der Vertreter bereits am verwaltungsinternen Verfahren beteiligt war (ebenso wie umgekehrt die geltend gemachte Nachbearbeitung dem kantonalen Verfahren und nicht einem allfälligen Beschwerdeverfahren vor Bundesgericht zuzuordnen ist). Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 9,27 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 260.00 sowie Auslagen von CHF 105.60 und CHF 193.70 Mehrwertsteuer (7,7 % seit 1. Januar 2018) eine Parteientschädigung von CHF 2'709.50 ergibt. 6. 6.1 Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die teilweise unterlegene Beschwerdegegnerin zwei Drittel der Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu tragen, d.h. CHF 400.00. Das verbleibende Drittel wird der nur teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet. Der Restbetrag von CHF 400.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet. 6.2 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; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502). Das rheumatologische Teilgutachten, welches der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag, erlaubte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (s. E. II. 3.2.5 hiervor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein neues Gutachten einholen müssen, um den entscheiderelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 5'242.65 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). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhielt (A.S. 100).

E. 2.2.2

Als Invalidität gilt die voraussichtlich bleibende oder längere Zeit andauernde ganze oder teilweise Erwerbsunfähigkeit (Art. 8 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 Folgen der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu berücksichtigen. Eine Erwerbsunfähigkeit liegt zudem nur dann vor, wenn sie aus objektiver Sicht nicht überwindbar ist (Art. 7 Abs. 2 ATSG).

E. 2.2.3.1

Arbeitsunfähigkeit 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 ATSG).

E. 2.2.3.2

Das einem Rentenanspruch vorausgehende Wartejahr gemäss Art. 28 Abs. 1 IVG (s. E. 2.2.1 hiervor) 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). Die Beschwerdeführerin war seit Oktober 2017 durchgehend zu mehr als 20 % arbeitsunfähig (E. II. 3.1 hiernach), womit die Wartezeit im Oktober 2018 endete. Ein Rentenanspruch wiederum könnte frühestens sechs Monate nach Geltendmachung des Leistungsanspruchs im Sinne von Art. 29 Abs. 1 ATSG entstehen (s. Art. 29 Abs. 1 IVG). Dies wäre hier angesichts der Anmeldung vom 23. Oktober 2018 (E. I. 1.2 hiervor) im April 2019 der Fall, also erst nach dem Ablauf des Wartejahrs. 2.2.4 Tritt die IV-Stelle wie hier auf eine Neuanschreibung 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 (resp. im Beschwerdefall das Gericht) hat materiell abzuklären, ob seit der früheren rechtskräftigen Verfügung tatsächlich eine Veränderung des Invaliditätsgrads eingetreten ist und ob sich diese rentenbegründend auswirkt. Fehlt eine Veränderung, so ist das neue Leistungsgesuch abzuweisen (BGE 117 V 198 E. 3a, 109 V 115 E. 2b). 2.3 Invalide oder von einer Invalidität bedrohte versicherte Personen haben Anspruch auf Eingliederungsmassnahmen (Art. 8 Abs. 1 IVG), soweit diese notwendig und geeignet sind, die Erwerbsfähigkeit oder die Fähigkeit, sich im Aufgabenbereich zu betätigen, wieder herzustellen, zu erhalten oder zu verbessern (lit. a), und die Voraussetzungen für den Anspruch auf die einzelnen Massnahmen erfüllt sind (lit. b). 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). Ein Teilgehalt der Mitwirkungspflicht besteht in der Teilnahme am Beweisverfahren (Kieser, a.a.O., Art. 43 N 96). 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 Entscheid 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). 3. 3.1 Die Beschwerdeführerin, welche nach der obligatorischen Schulzeit in ihrer Heimat [...] keinen Beruf erlernt hatte, arbeitete nach der Einreise in die Schweiz von 1998 bis 2004 als Raumpflegerin (IV-Nr. 23). Seit dem 5. Juli 2007 war sie mit einem Pensum von 60 % resp. fünf Stunden am Tag bei der B.____ AG (fortan: Arbeitgeberin) angestellt, welche Elektroverbindungsteile produziert, und in erster Linie mit Einlege-, Sortier- und Montagearbeiten beschäftigt. Sie arbeitete dabei vier Stunden sitzend und eine Stunde stehend (IV-Nr. 19 S. 1 + 3 / Nr. 24 S. 1 / Nr. 36 S. 58 f.). Wegen einer fibrösen Dysplasie des linken Beins (Ilium und Tibia) erfolgte am 1. November 2016 eine erste Operation, nach der die Beschwerdeführerin ihre Arbeit am 1. Mai 2017 wieder voll aufnehmen konnte (IV-Nr. 8 S. 1). Am 17. Oktober 2017 wurde sodann eine valgusierende Korrekturosteotomie am proximalen Femur links durchgeführt. In der Folge war die Beschwerdeführerin (gemessen an ihrem Teilzeitpensum von 60 %) bis 20. Mai 2018 vollständig, vom 21. Mai bis 31. Oktober 2018 zu 50 % und schliesslich ab 1. November 2018 noch zu 30 % arbeitsunfähig. Sie arbeitete ab diesem Zeitpunkt täglich 3,5 Stunden bei der Arbeitgeberin, nämlich – einschliesslich der Pause – von 6:30 bis 10:30 Uhr (IV-Nr. 24 S. 2 / Nr. 36 S. 11 + 102 / Nr. 41 S. 3 / Nr. 47 S. 26). Im Intake-Gespräch vom 13. Dezember 2018 sowie bei der Abklärung vor Ort am 4. Februar 2020 gab die Beschwerdeführerin an, sie würde zu 100 % arbeiten, wenn sie ganz gesund wäre, denn ihre beiden Kinder seien jetzt gross genug (IV-Nr. 24 S. 2 / Nr. 41 S. 3).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf ein bidisziplinäres Gutachten, als sie am 25. Oktober 2022 einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneinte: 3.2.1 Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. D.____, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, vom 7. März 2021 (IV-Nr. 59) lassen sich folgende Diagnosen, alle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, entnehmen (S. 21 f.): Belastungsabhängiges, vorwiegend muskulotendinöses Beschwerdebild peritrochanter und gluteal sowie inguinal links, zum Teil aber auch rechts, mit / bei · möglicher beginnender Coxarthrose links · Beinlängendefizit links von 2 cm nach valgusierender Korrekturosteotomie des proximalen linken Femurs am 17. Oktober 2017 bei fibröser Dysplasie des Femurs, des Ileums und der linken Tibia mit vorausgegangener partieller Resektion / Biopsie des proximalen Femurs und Schenkelhalses links, Augmentation mit Tibia-Allograft-Implantation links am 1. November 2016 und aktenanamnestisch nach zwei Eingriffen in der Kindheit / Jugend mit u.a. Osteosynthese · konsekutiv lumbal rechtskonvexer Skoliose mit Überlastung der lumbalen Strukturen Die Beschwerdeführerin gab bei der Befragung an, am schlimmsten seien die dauernden, bei Belastung zunehmenden Schmerzen am bzw. um den linken Trochanter, gluteal links sowie in der linken Leiste. Hinzu kämen u.a. Schmerzen am linken Knie sowie zum Teil aussen an der rechten Hüfte. Sie könne maximal 3,5 Stunden sitzen. Nach längerem Sitzen träten Anlaufschmerzen auf. Stehen könne sie höchstens eine Stunde. Mit einem Stock rechts vermöge sie 200 m zu gehen, ohne dagegen nur ein paar wenige Schritte. Um den rechten Trochanter bekomme sie Schmerzen, wenn sie mehr als 100 m gehe, im Sitzen und Liegen sei sie beschwerdefrei (S. 13). Nach der zweiten Operation sei der Schmerz intensiver geworden. Sie habe das Gefühl, nicht genug zu schlafen. Deswegen müsse sie sich nach dem Kochen am Nachmittag immer hinlegen und ausruhen (S. 15). Derzeit arbeite sie ausschliesslich sitzend an fünf Tagen in der Woche jeweils 3,5 Stunden. Dies könne sie dank einer längeren Pause um 10:30 Uhr gerade noch bewältigen. Nach drei Stunden bekomme sie bereits erste Schmerzen. Sie fahre bei einer Kollegin mit und beginne die Arbeit um 6:30 Uhr. Wieder daheim, ruhe sie sich etwa 20 Minuten aus, bevor sie das

Mittagessen koche und mit der Familie einnehme. Von 15:00 bis 15:30 Uhr müsse sie sich ausruhen, danach erledige sie, sofern es ihr gut gehe, Dinge im Haushalt; wenn sie sich sehr gut fühle, gehe sie auch einmal 30 Minuten spazieren (S. 16 + 17 f.). Den Haushalt erledige hauptsächlich sie. Der Ehemann putze die Fenster und übernehme die Grosseinkäufe (S. 17). Sie hoffe, dass sie so weiterarbeiten könne, es gebe kaum eine einfachere Arbeit als die jetzige (S. 18). Die Expertin hielt fest, die Beschwerdeführerin gehe an einem Amerikanerstock rechts, wobei das linke Bein im Vergleich zum rechten deutlich weniger belastet werde. Die Sohle des linken Schuhs sei um ca. 2 cm erhöht. Während der Anamnese habe die Beschwerdeführerin eine gute Stunde ruhig auf einem Stuhl gesessen. Beim anschliessenden Aufstehen sei der Oberkörper leicht verzögert aufgerichtet worden und die ersten Schritte seien mit einem deutlichen Entlastungshinken links erfolgt (S. 19). Die im Verlauf der Jahre progredienten Beschwerden hätten nach dem letzten Eingriff nochmals deutlich zugenommen (S. 22). Im Vordergrund dürfte aber die pelvitrochantäre, muskulotendinöse Problematik stehen, welche zum einen auf die jahrelange Überlastung der periartikulären Muskulatur und zum anderen auf die nun veränderten Anforderungen nach der Valgisations-Osteotomie zurückgehe. Erschwerend kämen Verklebungen des Bindegewebes infolge der mehrfachen Operationen dazu. Die ungleiche Beinlänge führe zu einer vermehrten Belastung der lumbalen Strukturen mit Beschwerden in der deutlich hypertonen paravertebralen Muskulatur lumbal rechts und im M. quadratus lumborum rechts. Die Beweglichkeit im linken Hüftgelenk habe sich im Vergleich zur letzten orthopädischen Untersuchung, als sie noch als normal beschrieben worden sei, deutlich verschlechtert. Aufgrund einer einmaligen klinischen Untersuchung lasse sich nicht sicher feststellen, ob dies rein musculo-ligamentär bedingt oder auch Ausdruck einer beginnenden Coxarthrose sei. Radiologisch könne der Gelenkspalt aufgrund der fibrodysplastischen Veränderungen des Ilems nur erschwert abgegrenzt werden, er erscheine jedoch kranial etwas vermindert im Sinne einer beginnenden Arthrose. Die linke untere Extremität bleibe minderbelastbar, vor allem da die fibröse Dysplasie nicht nur den Oberschenkelknochen betreffe (S. 23). Die Beschwerdeführerin vermöge aus rheumatologischer Sicht keine schweren oder dauerhaft mittelschweren Arbeiten mehr ausüben (S. 23 f.). Die Beschwerden hätten sowohl beruflich wie auch in der Freizeit zu Einschränkungen geführt; so kämen etwa die früheren langen Spaziergänge nicht mehr in Frage. Was die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit angehe, so mache die Arbeitgeberin keine Angaben zur körperlichen Belastung. Da diese Arbeit ausschliesslich im Sitzen erfolge (S. 24), sei sie rheumatologisch gesehen nicht angepasst und der Beschwerdeführerin nur bedingt zumutbar. Das aktuelle Pensum entspreche der realisierbaren Belastbarkeit an diesem spezifischen Arbeitsort, sofern die Schilderung der Beschwerdeführerin den tatsächlichen Gegebenheiten entspreche. Sie lege bereits eine etwas längere Pause als üblich ein; eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit wäre hier höchstens durch Anpassungen des Arbeitsplatzes selbst möglich, d.h. wenn zum Teil auch stehend und gehend gearbeitet werden könnte. Retrospektiv sei für die Arbeitsfähigkeit auf die Angaben der behandelnden Orthopäden abzustellen. Wegen der fibrösen Dysplasie müsse mit einem längeren Verlauf gerechnet werden, als sonst bei Valgisations-Osteotomien üblich sei; es sei noch nicht zu einem vollständigen Durchbau der Osteotomie gekommen. In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit sei eine leichte, wechselbelastende, jedoch mehrheitlich sitzend auszuführende Tätigkeit ohne dauerndes oder wiederholtes Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe und Gehen auf unebenem Grund, zu 80 % zumutbar. Aufgrund der langjährigen Schmerzproblematik bestehe auch in optimal angepassten

Tätigkeiten ein erhöhter Pausenbedarf, was die Leistungsfähigkeit um 20 % reduziere. Eine entsprechende Tätigkeit sei ab Anfang 2019 zumutbar (S. 25). Eine wesentliche und bleibende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht nicht möglich. Physiotherapie und eigenständige Übungen sollten sich positiv auf die Schmerzproblematik auswirken (S. 26).

3.2.2 Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologin FMH, stellte in ihrem Gutachten vom 19. Mai 2021 (IV-Nr. 62.1) folgende Diagnosen (S. 15): Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit Fibröse Dysplasie Femur, Ilium und Tibia links (ICD-10 M85.05) · Partielle Resektion / Biopsie des proximalen Femurs und des Schenkelhalses links, Augmentation mit Tibia-Allocraft-Implantation bei fibröser Dysplasie Femur links am 1. November 2016 · Valgisierende Korrekturosteotomie proximaler Femur links vom 17. Oktober 2017 Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit 1. Verdacht auf beidseitiges linksbetontes Carpaltunnelsyndrom (G56.0) 2. Restless legs-Syndrom, Erscheinen ca. 2001, Erstdiagnose 2018 (G25.81) Die Beschwerdeführerin gab an, nach der zweiten Operation im Oktober 2017 habe sie die Arbeit 2018 stückweise wieder aufnehmen können, aber stets Schmerzen in den Beinen gehabt. Die Arbeitsfähigkeit habe sich im weiteren Verlauf nicht steigern lassen. Das Zittern und die Zuckungen in den Beinen seien durch die Medikation deutlich zurückgegangen und hätten auf die Arbeitsfähigkeit keinen wesentlichen Einfluss gehabt. Sie habe fast immer drückende und belastungsabhängige Schmerzen im linken Oberschenkel seitlich ohne Ausstrahlungen. Bei starker Ausprägung werde das Schmerzniveau 7 auf der visuell analogen Schmerzskala (VAS) von 1 bis 10 erreicht. Nach längerem Sitzen trete im Knie häufig ein Druckschmerz auf (VAS 5). Seit etwa einem Jahr schmerzten manchmal nach ca. zwei Stunden Sitzen oder beim Aufstehen und Gehen die Rippen rechtsseitig drückend. An der rechten Ferse gebe es seit ca. sechs Monaten ebenfalls solche Schmerzen (S. 11). Seit derselben Zeit habe sie sehr unangenehme brennende Missempfindungen in beiden Händen, insbesondere im Mittel- bis Ringfinger. Tagsüber bemerke sie diesen Schmerz nicht sehr, nachts wache sie öfters deswegen auf. Morgens fühlten sich die Hände steif an, sie müsse sie baumeln lassen, danach sei der Schmerz weg (S. 11 f.). Am Arbeitsplatz bediene sie Maschinen oder setze kleinere Teile zusammen. Diese Arbeit werde ausschliesslich im Sitzen verrichtet. Die Arbeitgeberin gestatte ihr jedoch, regelmässig aufzustehen. Sie arbeite an fünf Tagen in der Woche jeweils morgens für 3,5 Stunden. Wenn sie um 6:30 Uhr beginne, mache sie um 7:45 Uhr sowie um 9:00 Uhr jeweils zehn bis 15 Minuten Pause. Sie stehe dann auf, gehe umher, bewege und dehne sich. Um 10:30 Uhr sei die Arbeit fertig. Wenn sie zu lange sitze, stehe oder gehe, bekomme sie Schmerzen. 3,5 Stunden sei das absolute Maximum, eine Steigerung des Pensums sei nicht realistisch. Bei guter Befindlichkeit sei sie in der Lage, bis zu einer Stunde in langsamem Tempo zu gehen, habe jedoch am Folgetag Schmerzen. Stehen könne sie nicht länger als eine Stunde (S. 12). Sitzen gehe ebenfalls höchstens eine Stunde, danach müsse sie aufstehen und sich bewegen. Sie wolle ihre jetzige Arbeit behalten. Den Arbeitsweg lege sie mit dem öffentlichen Verkehr zurück oder sie werde gefahren. Wegen der Unsicherheit mit dem linken Bein könne sie kein Fahrzeug mehr bedienen, ausser einem Automaten. Daheim lege sie sich für ca. 15 Minuten hin. Dann stehe sie auf und koche das Mittagessen. Erst danach mache sie eine lange Pause und lege sich bis ca. 15:00 Uhr hin. Anschliessend räume sie etwas auf und erledige kleinere Hausarbeiten. Dem Abendessen widme sie nur wenig Zeit, sie möge nicht zweimal am Tag kochen, weil sie dann wieder lange stehen müsse. Wegen der Schmerzen schlafe sie schlecht (S. 13). Die Expertin hielt fest, was das Restless legs-Syndrom angehe, so bestehe eigenanamnestisch unter der Therapie eine fast vollständige Beschwerdefreiheit. Ein weiteres neurologisches Symptom

seien die brennenden Dysästhesien in beiden Händen. In der Untersuchung bestünden diskrete Hinweise auf ein linksbetontes Carpaltunnelsyndrom (CTS) bei einem ansonsten unauffälligen neurologischen Befund. Die beschriebenen Stand- und Gangunsicherheiten seien schmerzbedingt und erklärten sich durch die orthopädische Erkrankung. Es bestehe eine leichte Reflexasymmetrie zu Ungunsten von rechts, die jedoch im Rahmen einer erhöhten muskulären Tonisierung bei stärkerer muskulärer Beanspruchung der rechten Extremitäten interpretiert werde und nicht als Manifestation einer neurologischen Erkrankung (S. 16). Die besagten Diagnosen begründeten derzeit keine Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl für die angestammte als auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (S. 17).

3.2.3 Im Rahmen der bidisziplinären Konsensbeurteilung (IV-Nr. 62.2) stellten die beiden Expertinnen fest, die linke untere Extremität sei zufolge der fibrösen Dysplasie minderbelastbar. Es liege eine massive Überlastung der paraartikulären Weichteile vor, zum Teil je nach Belastung auch der gegenseitigen Weichteile und lumbalen Muskulatur. Zudem stehe eine beginnende Coxarthrose links zur Diskussion (S. 6). Die Expertinnen bestätigten einerseits, dass neurologisch gesehen derzeit keine funktionellen Einbussen und keine Arbeitsunfähigkeit bestünden (S. 7 + 8). Andererseits bekräftigten sie die Darstellung im rheumatologischen Teilgutachten, wonach die ausschliesslich sitzende angestammte Tätigkeit nicht angepasst sei und eine höhere Arbeitsfähigkeit an diesem Ort höchstens möglich sei, wenn teilweise auch stehend und gehend gearbeitet werde (S. 8). Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit sahen die Expertinnen eine leichte, wechselbelastende, aber mehrheitlich sitzende rückenadaptierte Arbeit seit Anfang 2019 als zumutbar an. Ausgeschlossen seien alle häufigen oder langanhaltenden Zwangshaltungen, Rotationsbelastungen des Oberkörpers, dauernde oder wiederholte Arbeiten mit den Armen auf und über der Horizontalen, häufiges Knien, Kauern, Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe sowie häufiges Gehen auf unebenen Grund (S. 8 f.). Hinsichtlich Kraft und Feinmotorik könnten keine manuell stark belastenden Arbeiten mehr verrichtet werden. Aufgrund der jahrelangen Schmerzproblematik bestehe weiter seit März 2018 ein erhöhter Pausenbedarf, was die Leistungsfähigkeit gemessen an einem Vollzeitpensum um 20 % reduziere (S. 9).

3.2.4 Die rheumatologische Expertin Dr. med. D.____ bekräftigte in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 4. Januar 2022 (IV-Nr. 79), dass ihr seitens der Arbeitgeberin keine Angaben zu den körperlichen Anforderungen am aktuellen Arbeitsplatz zur Verfügung stünden und deshalb keine abschliessende Beurteilung möglich sei, ob es sich um eine aus rheumatologischer Sicht optimal angepasste Tätigkeit handle. Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin sei dies nicht der Fall, da bei einer ausschliesslich sitzenden Arbeit mit einer vermehrten lumbalen Schmerzproblematik zu rechnen sei (S. 2 f. + 5). Eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit, die zwischenzeitlich kurz die Arbeit im Stehen oder Gehen erlaube, sei besser an die Beschwerden angepasst (S. 3). Sie berücksichtige dabei nicht nur die Pathologie der Hüfte, sondern auch die momentan dominierende muskulotendinöse Problematik (S. 4). Die neurologische Expertin Dr. med. E.____ wiederum hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (IV-Nr. 81) daran fest, dass die gesundheitlichen Einschränkungen orthopädisch-rheumatologischer Natur seien.

3.2.5 Die Beschwerdeführerin rügt, das bidisziplinäre Gutachten sei nicht beweistauglich. Dem kann indes, soweit es das neurologische Teilgutachten betrifft, nicht gefolgt werden. Der Einwand, die Expertin Dr. med. E.____ habe nicht adäquat begründet, warum sie dem CTS sowie dem Restless legs-Syndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimesse, verfängt nicht. Die Beschwerdeführerin hatte bei der Begutachtung selber angegeben, dass

sich die Restless legs-Symptomatik unter der Medikation deutlich zurückgebildet habe und die Arbeitsfähigkeit nicht tangiere. Ähnlich verhält es sich bezüglich des CTS, zu dem die Beschwerdeführerin erklärte, tagsüber spielten die fraglichen Beschwerden keine grosse Rolle, womit auch ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entfällt. Dies wird durch die wenig ausgeprägten Befunde bestätigt, stellte die Expertin doch bei der klinischen Untersuchung nur diskrete Hinweise auf ein CTS fest (s. E. II. 3.2.2 hiervor). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass das neurologische Teilgutachten eine Arbeitsunfähigkeit verneinte. Gelangt aber dieses Gutachten zu einem schlüssigen Ergebnis, auf das abgestellt werden kann, so kann die Beschwerdeführerin nicht einwenden, die Expertin sei bei ihrer ergänzenden Stellungnahme (E. II. 3.2.4 hiervor) befangen gewesen, weil sie die Schlüssigkeit ihres eigenen Gutachtens habe überprüfen müssen. Im Übrigen lässt sich auch keine Verschlechterung seit der neurologischen Begutachtung ausmachen; dergleichen wird weder von der Beschwerdeführerin geltend gemacht noch ergeben sich aus dem späteren Gerichtsgutachten Anhaltspunkte dafür (s. A.S. 83 f.). Von weiteren neurologischen Abklärungen sind daher keine zusätzlichen Erkenntnisse zu warten, weshalb davon abzusehen ist. Demgegenüber vermag das rheumatologische Teilgutachten nicht zu überzeugen. Die Expertin Dr. med. D. ___ hält dafür, die Arbeitszeit lasse sich auf über 3,5 Stunden steigern, wenn zusätzlich zur Pause, welche die Beschwerdeführerin bereits einlege, ein Teil der Arbeit stehend oder gehend verrichtet werde. Es bleibt allerdings unklar, wie viele Steh- und Gehphasen die Beschwerdeführerin überhaupt einlegen kann, bevor sie die Arbeit beenden muss, von welcher Dauer diese Phase sein dürfen und in welchen Abständen sie erfolgen können. Es ist einerseits darauf hinzuweisen, dass gemäss dem behandelnden Orthopäden Dr. med. F. ___ längeres Stehen und Gehen die Schmerzproblematik akzentuiere (IV-Nr. 68). Andererseits treten beim Aufstehen Anlaufschmerzen auf. Dr. med. D. ___ räumte denn auch ein, mangels Angaben der Arbeitgeberin könne sie die Zumutbarkeit der aktuellen Arbeit nicht abschliessend beurteilen. Schliesslich ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin auch am Nachmittag Erholungspausen benötigt, was ebenfalls Fragen hinsichtlich einer ganztägigen Erwerbstätigkeit aufwirft. Angesichts dessen war es notwendig, zur Klärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten einzuholen.

E. 3

3.1 Die Beschwerdeführerin, welche nach der obligatorischen Schulzeit in ihrer Heimat [...] keinen Beruf erlernt hatte, arbeitete nach der Einreise in die Schweiz von 1998 bis 2004 als Raumpflegerin (IV-Nr. 23). Seit dem 5. Juli 2007 war sie mit einem Pensum von 60 % resp. fünf Stunden am Tag bei der B. ___ AG (fortan: Arbeitgeberin) angestellt, welche Elektroverbindungsteile produziert, und in erster Linie mit Einlege-, Sortier- und Montagearbeiten beschäftigt. Sie arbeitete dabei vier Stunden sitzend und eine Stunde stehend (IV-Nr. 19 S. 1 + 3 / Nr. 24 S. 1 / Nr. 36 S. 58 f.). Wegen einer fibrösen Dysplasie des linken Beins (Ilium und Tibia) erfolgte am 1. November 2016 eine erste Operation, nach der die Beschwerdeführerin ihre Arbeit am 1. Mai 2017 wieder voll aufnehmen konnte (IV-Nr. 8 S. 1). Am 17. Oktober 2017 wurde sodann eine valgusierende Korrekturosteotomie am proximalen Femur links durchgeführt. In der Folge war die Beschwerdeführerin (gemessen an ihrem Teilzeitpensum von 60 %) bis 20. Mai 2018 vollständig, vom 21. Mai bis 31. Oktober 2018 zu 50 % und schliesslich ab 1. November 2018 noch zu 30 % arbeitsunfähig. Sie arbeitete ab diesem Zeitpunkt täglich 3,5 Stunden bei der Arbeitgeberin, nämlich ■ einschliesslich der Pause ■ von 6:30 bis 10:30 Uhr (IV-Nr. 24 S. 2 / Nr. 36 S. 11 + 102 / Nr. 41 S. 3 / Nr. 47 S. 26). Im Intake-Gespräch vom

13. Dezember 2018 sowie bei der Abklärung vor Ort am 4. Februar 2020 gab die Beschwerdeführerin an, sie würde zu 100 % arbeiten, wenn sie ganz gesund wäre, denn ihre beiden Kinder seien jetzt gross genug (IV-Nr. 24 S. 2 / Nr. 41 S. 3).

3.2 Die Beschwerdegegnerin stützte sich auf ein bidisziplinäres Gutachten, als sie am 25. Oktober 2022 einen Leistungsanspruch der Beschwerdeführerin verneinte:

3.2.1 Dem rheumatologischen Teilgutachten von Dr. med. D.____, Fachärztin für Rheumatologie und Innere Medizin FMH, vom 7. März 2021 (IV-Nr. 59) lassen sich folgende Diagnosen, alle mit Auswirkung auf die Arbeitsfähigkeit, entnehmen (S. 21 f.):

Belastungsabhängiges, vorwiegend muskulotendinöses Beschwerdebild peritrochanter und gluteal sowie inguinal links, zum Teil aber auch rechts, mit / bei

Die Beschwerdeführerin gab bei der Befragung an, am schlimmsten seien die dauernden, bei Belastung zunehmenden Schmerzen am bzw. um den linken Trochanter, gluteal links sowie in der linken Leiste. Hinzu kämen u.a. Schmerzen am linken Knie sowie zum Teil aussen an der rechten Hüfte. Sie könne maximal 3,5 Stunden sitzen. Nach längerem Sitzen träten Anlaufschmerzen auf. Stehen könne sie höchstens eine Stunde. Mit einem Stock rechts vermöge sie 200 m zu gehen, ohne dagegen nur ein paar wenige Schritte. Um den rechten Trochanter bekomme sie Schmerzen, wenn sie mehr als 100 m gehe, im Sitzen und Liegen sei sie beschwerdefrei (S. 13). Nach der zweiten Operation sei der Schmerz intensiver geworden. Sie habe das Gefühl, nicht genug zu schlafen. Deswegen müsse sie sich nach dem Kochen am Nachmittag immer hinlegen und ausruhen (S. 15). Derzeit arbeite sie ausschliesslich sitzend an fünf Tagen in der Woche jeweils 3,5 Stunden. Dies könne sie dank einer längeren Pause um 10:30 Uhr gerade noch bewältigen. Nach drei Stunden bekomme sie bereits erste Schmerzen. Sie fahre bei einer Kollegin mit und beginne die Arbeit um 6:30 Uhr. Wieder daheim, ruhe sie sich etwa 20 Minuten aus, bevor sie das Mittagessen koche und mit der Familie einnehme. Von 15:00 bis 15:30 Uhr müsse sie sich ausruhen, danach erledige sie, sofern es ihr gut gehe, Dinge im Haushalt; wenn sie sich sehr gut fühle, gehe sie auch einmal 30 Minuten spazieren (S. 16 + 17 f.). Den Haushalt erledige hauptsächlich sie. Der Ehemann putze die Fenster und übernehme die Grosseinkäufe (S. 17). Sie hoffe, dass sie so weiterarbeiten könne, es gebe kaum eine einfachere Arbeit als die jetzige (S. 18).

Die Expertin hielt fest, die Beschwerdeführerin gehe an einem Amerikanerstock rechts, wobei das linke Bein im Vergleich zum rechten deutlich weniger belastet werde. Die Sohle des linken Schuhs sei um ca. 2 cm erhöht. Während der Anamnese habe die Beschwerdeführerin eine gute Stunde ruhig auf einem Stuhl gesessen. Beim anschliessenden Aufstehen sei der Oberkörper leicht verzögert aufgerichtet worden und die ersten Schritte seien mit einem deutlichen Entlastungshinken links erfolgt (S. 19). Die im Verlauf der Jahre progredienten Beschwerden hätten nach dem letzten Eingriff nochmals deutlich zugenommen (S. 22). Im Vordergrund dürfte aber die pelvitrochantäre, muskulotendinöse Problematik stehen, welche zum einen auf die jahrelange Überlastung der periartikulären Muskulatur und zum anderen auf die nun veränderten Anforderungen nach der Valgisations-Osteotomie zurückgehe. Erschwerend kämen Verklebungen des Bindegewebes infolge der mehrfachen Operationen dazu. Die ungleiche Beinlänge führe zu einer vermehrten Belastung der lumbalen Strukturen mit Beschwerden in der deutlich hypertonen paravertebralen Muskulatur lumbal rechts und im M. quadratus lumborum rechts. Die Beweglichkeit im linken Hüftgelenk habe sich im Vergleich zur letzten

orthopädischen Untersuchung, als sie noch als normal beschrieben worden sei, deutlich verschlechtert. Aufgrund einer einmaligen klinischen Untersuchung lasse sich nicht sicher feststellen, ob dies rein musculo-ligamentär bedingt oder auch Ausdruck einer beginnenden Coxarthrose sei. Radiologisch könne der Gelenkspalt aufgrund der fibrodysplastischen Veränderungen des Ilems nur erschwert abgegrenzt werden, er erscheine jedoch kranial etwas vermindert im Sinne einer beginnenden Arthrose. Die linke untere Extremität bleibe minderbelastbar, vor allem da die fibröse Dysplasie nicht nur den Oberschenkelknochen betreffe (S. 23).

Die Beschwerdeführerin vermöge aus rheumatologischer Sicht keine schweren oder dauerhaft mittelschweren Arbeiten mehr ausüben (S. 23 f.). Die Beschwerden hätten sowohl beruflich wie auch in der Freizeit zu Einschränkungen geführt; so kämen etwa die früheren langen Spaziergänge nicht mehr in Frage. Was die Arbeitsfähigkeit in der bisherigen Tätigkeit angehe, so mache die Arbeitgeberin keine Angaben zur körperlichen Belastung. Da diese Arbeit ausschliesslich im Sitzen erfolge (S. 24), sei sie rheumatologisch gesehen nicht angepasst und der Beschwerdeführerin nur bedingt zumutbar. Das aktuelle Pensum entspreche der realisierbaren Belastbarkeit an diesem spezifischen Arbeitsort, sofern die Schilderung der Beschwerdeführerin den tatsächlichen Gegebenheiten entspreche. Sie lege bereits eine etwas längere Pause als üblich ein; eine weitere Steigerung der Arbeitsfähigkeit wäre hier höchstens durch Anpassungen des Arbeitsplatzes selbst möglich, d.h. wenn zum Teil auch stehend und gehend gearbeitet werden könnte. Retrospektiv sei für die Arbeitsfähigkeit auf die Angaben der behandelnden Orthopäden abzustellen. Wegen der fibrösen Dysplasie müsse mit einem längeren Verlauf gerechnet werden, als sonst bei Valgisations-Osteotomien üblich sei; es sei noch nicht zu einem vollständigen Durchbau der Osteotomie gekommen. In Bezug auf eine angepasste Tätigkeit sei eine leichte, wechselbelastende, jedoch mehrheitlich sitzend auszuführende Tätigkeit ohne dauerndes oder wiederholtes Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe und Gehen auf unebenem Grund, zu 80 % zumutbar. Aufgrund der langjährigen Schmerzproblematik bestehe auch in optimal angepassten Tätigkeiten ein erhöhter Pausenbedarf, was die Leistungsfähigkeit um 20 % reduziere. Eine entsprechende Tätigkeit sei ab Anfang 2019 zumutbar (S. 25). Eine wesentliche und bleibende Verbesserung der Arbeitsfähigkeit sei aus rheumatologischer Sicht nicht möglich. Physiotherapie und eigenständige Übungen sollten sich positiv auf die Schmerzproblematik auswirken (S. 26).

3.2.2 Dr. med. E.____, Fachärztin für Neurologin FMH, stellte in ihrem Gutachten vom 19. Mai 2021 (IV-Nr. 62.1) folgende Diagnosen (S. 15):

Mit Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Fibröse Dysplasie Femur, Ilium und Tibia links (ICD-10 M85.05)

Ohne Auswirkungen auf die Arbeitsfähigkeit

Die Beschwerdeführerin gab an, nach der zweiten Operation im Oktober 2017 habe sie die Arbeit 2018 stückweise wieder aufnehmen können, aber stets Schmerzen in den Beinen gehabt. Die Arbeitsfähigkeit habe sich im weiteren Verlauf nicht steigern lassen. Das Zittern und die Zuckungen in den Beinen seien durch die Medikation deutlich zurückgegangen und hätten auf die Arbeitsfähigkeit keinen wesentlichen Einfluss gehabt. Sie habe fast immer drückende und belastungsabhängige Schmerzen im linken Oberschenkel seitlich ohne Ausstrahlungen. Bei starker Ausprägung werde das Schmerzniveau 7 auf der visuell analogen Schmerzskala (VAS) von 1 bis 10 erreicht. Nach

längerem Sitzen trete im Knie häufig ein Druckschmerz auf (VAS 5). Seit etwa einem Jahr schmerzten manchmal nach ca. zwei Stunden Sitzen oder beim Aufstehen und Gehen die Rippen rechtsseitig drückend. An der rechten Ferse gebe es seit ca. sechs Monaten ebenfalls solche Schmerzen (S. 11). Seit derselben Zeit habe sie sehr unangenehme brennende Missempfindungen in beiden Händen, insbesondere im Mittel- bis Ringfinger. Tagsüber bemerke sie diesen Schmerz nicht sehr, nachts wache sie öfters deswegen auf. Morgens fühlten sich die Hände steif an, sie müsse sie baumeln lassen, danach sei der Schmerz weg (S. 11 f.). Am Arbeitsplatz bediene sie Maschinen oder setze kleinere Teile zusammen. Diese Arbeit werde ausschliesslich im Sitzen verrichtet. Die Arbeitgeberin gestatte ihr jedoch, regelmässig aufzustehen. Sie arbeite an fünf Tagen in der Woche jeweils morgens für 3,5 Stunden. Wenn sie um 6:30 Uhr beginne, mache sie um 7:45 Uhr sowie um 9:00 Uhr jeweils zehn bis 15 Minuten Pause. Sie stehe dann auf, gehe umher, bewege und dehne sich. Um 10:30 Uhr sei die Arbeit fertig. Wenn sie zu lange sitze, stehe oder gehe, bekomme sie Schmerzen. 3,5 Stunden sei das absolute Maximum, eine Steigerung des Pensums sei nicht realistisch. Bei guter Befindlichkeit sei sie in der Lage, bis zu einer Stunde in langsamem Tempo zu gehen, habe jedoch am Folgetag Schmerzen. Stehen könne sie nicht länger als eine Stunde (S. 12). Sitzen gehe ebenfalls höchstens eine Stunde, danach müsse sie aufstehen und sich bewegen. Sie wolle ihre jetzige Arbeit behalten. Den Arbeitsweg lege sie mit dem öffentlichen Verkehr zurück oder sie werde gefahren. Wegen der Unsicherheit mit dem linken Bein könne sie kein Fahrzeug mehr bedienen, ausser einem Automaten. Daheim lege sie sich für ca. 15 Minuten hin. Dann stehe sie auf und koche das Mittagessen. Erst danach mache sie eine lange Pause und lege sich bis ca. 15:00 Uhr hin. Anschliessend räume sie etwas auf und erledige kleinere Hausarbeiten. Dem Abendessen widme sie nur wenig Zeit, sie möge nicht zweimal am Tag kochen, weil sie dann wieder lange stehen müsse. Wegen der Schmerzen schlafe sie schlecht (S. 13).

Die Expertin hielt fest, was das Restless legs-Syndrom angehe, so bestehe eigenanamnestisch unter der Therapie eine fast vollständige Beschwerdefreiheit. Ein weiteres neurologisches Symptom seien die brennenden Dysästhesien in beiden Händen. In der Untersuchung bestünden diskrete Hinweise auf ein linksbetontes Carpaltunnelsyndrom (CTS) bei einem ansonsten unauffälligen neurologischen Befund. Die beschriebenen Stand- und Gangunsicherheiten seien schmerzbedingt und erklärten sich durch die orthopädische Erkrankung. Es bestehe eine leichte Reflexasymmetrie zu Ungunsten von rechts, die jedoch im Rahmen einer erhöhten muskulären Tonisierung bei stärkerer muskulärer Beanspruchung der rechten Extremitäten interpretiert werde und nicht als Manifestation einer neurologischen Erkrankung (S. 16). Die besagten Diagnosen begründeten derzeit keine Arbeitsunfähigkeit. Aus neurologischer Sicht sei die Beschwerdeführerin sowohl für die angestammte als auch für angepasste Tätigkeiten zu 100 % arbeitsfähig (S. 17).

3.2.3 Im Rahmen der bidisziplinären Konsensbeurteilung (IV-Nr. 62.2) stellten die beiden Expertinnen fest, die linke untere Extremität sei zufolge der fibrösen Dysplasie minderbelastbar. Es liege eine massive Überlastung der paraartikulären Weichteile vor, zum Teil je nach Belastung auch der gegenseitigen Weichteile und lumbalen Muskulatur. Zudem stehe eine beginnende Coxarthrose links zur Diskussion (S. 6). Die Expertinnen bestätigten einerseits, dass neurologisch gesehen derzeit keine funktionellen Einbussen und keine Arbeitsunfähigkeit bestünden (S. 7 + 8). Andererseits bekräftigten sie die Darstellung im rheumatologischen Teilgutachten, wonach die ausschliesslich sitzende angestammte Tätigkeit nicht angepasst sei und eine höhere Arbeitsfähigkeit an diesem Ort höchstens

möglich sei, wenn teilweise auch stehend und gehend gearbeitet werde (S. 8). Im Hinblick auf eine angepasste Tätigkeit sahen die Expertinnen eine leichte, wechselbelastende, aber mehrheitlich sitzende rückenadaptierte Arbeit seit Anfang 2019 als zumutbar an. Ausgeschlossen seien alle häufigen oder langanhaltenden Zwangshaltungen, Rotationsbelastungen des Oberkörpers, dauernde oder wiederholte Arbeiten mit den Armen auf und über der Horizontalen, häufiges Knien, Kauern, Steigen auf Treppen oder Leitern, Arbeiten in der Höhe sowie häufiges Gehen auf unebenen Grund (S. 8 f.). Hinsichtlich Kraft und Feinmotorik könnten keine manuell stark belastenden Arbeiten mehr verrichtet werden. Aufgrund der jahrelangen Schmerzproblematik bestehe weiter seit März 2018 ein erhöhter Pausenbedarf, was die Leistungsfähigkeit gemessen an einem Vollzeitpensum um 20 % reduziere (S. 9).

3.2.4 Die rheumatologische Expertin Dr. med. D. ___ bekräftigte in ihrer ergänzenden Stellungnahme vom 4. Januar 2022 (IV-Nr. 79), dass ihr seitens der Arbeitgeberin keine Angaben zu den körperlichen Anforderungen am aktuellen Arbeitsplatz zur Verfügung stünden und deshalb keine abschliessende Beurteilung möglich sei, ob es sich um eine aus rheumatologischer Sicht optimal angepasste Tätigkeit handle. Gestützt auf die Angaben der Beschwerdeführerin sei dies nicht der Fall, da bei einer ausschliesslich sitzenden Arbeit mit einer vermehrten lumbalen Schmerzproblematik zu rechnen sei (S. 2 f. + 5). Eine mehrheitlich sitzende Tätigkeit, die zwischenzeitlich kurz die Arbeit im Stehen oder Gehen erlaube, sei besser an die Beschwerden angepasst (S. 3). Sie berücksichtige dabei nicht nur die Pathologie der Hüfte, sondern auch die momentan dominierende muskulotendinöse Problematik (S. 4). Die neurologische Expertin Dr. med. E. ___ wiederum hielt in ihrer Stellungnahme vom 5. Januar 2022 (IV-Nr. 81) daran fest, dass die gesundheitlichen Einschränkungen orthopädisch-rheumatologischer Natur seien.

3.2.5 Die Beschwerdeführerin rügt, das bidisziplinäre Gutachten sei nicht beweistauglich. Dem kann indes, soweit es das neurologische Teilgutachten betrifft, nicht gefolgt werden. Der Einwand, die Expertin Dr. med. E. ___ habe nicht adäquat begründet, warum sie dem CTS sowie dem Restless legs-Syndrom keinen Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit beimesse, verfängt nicht. Die Beschwerdeführerin hatte bei der Begutachtung selber angegeben, dass sich die Restless legs-Symptomatik unter der Medikation deutlich zurückgebildet habe und die Arbeitsfähigkeit nicht tangiere. Ähnlich verhält es sich bezüglich des CTS, zu dem die Beschwerdeführerin erklärte, tagsüber spielten die fraglichen Beschwerden keine grosse Rolle, womit auch ein Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit entfällt. Dies wird durch die wenig ausgeprägten Befunde bestätigt, stellte die Expertin doch bei der klinischen Untersuchung nur diskrete Hinweise auf ein CTS fest (s. E. II. 3.2.2 hiervoor). Vor diesem Hintergrund ist es nachvollziehbar, dass das neurologische Teilgutachten eine Arbeitsunfähigkeit verneinte. Gelangt aber dieses Gutachten zu einem schlüssigen Ergebnis, auf das abgestellt werden kann, so kann die Beschwerdeführerin nicht einwenden, die Expertin sei bei ihrer ergänzenden Stellungnahme (E. II. 3.2.4 hiervoor) befangen gewesen, weil sie die Schlüssigkeit ihres eigenen Gutachtens habe überprüfen müssen. Im Übrigen lässt sich auch keine Verschlechterung seit der neurologischen Begutachtung ausmachen; dergleichen wird weder von der Beschwerdeführerin geltend gemacht noch ergeben sich aus dem späteren Gerichtsgutachten Anhaltspunkte dafür (s. A.S. 83 f.). Von weiteren neurologischen Abklärungen sind daher keine zusätzlichen Erkenntnisse zu erwarten, weshalb davon abzusehen ist.

Demgegenüber vermag das rheumatologische Teilgutachten nicht zu überzeugen. Die Expertin Dr. med. D.____ hält dafür, die Arbeitszeit lasse sich auf über 3,5 Stunden steigern, wenn zusätzlich zur Pause, welche die Beschwerdeführerin bereits einlege, ein Teil der Arbeit stehend oder gehend verrichtet werde. Es bleibt allerdings unklar, wie viele Steh- und Gehphasen die Beschwerdeführerin überhaupt einlegen kann, bevor sie die Arbeit beenden muss, von welcher Dauer diese Phase sein dürfen und in welchen Abständen sie erfolgen können. Es ist einerseits darauf hinzuweisen, dass gemäss dem behandelnden Orthopäden Dr. med. F.____ längeres Stehen und Gehen die Schmerzproblematik akzentuiere (IV-Nr. 68). Andererseits treten beim Aufstehen Anlaufschmerzen auf. Dr. med. D.____ räumte denn auch ein, mangels Angaben der Arbeitgeberin könne sie die Zumutbarkeit der aktuellen Arbeit nicht abschliessend beurteilen. Schliesslich ist zu beachten, dass die Beschwerdeführerin auch am Nachmittag Erholungspausen benötigt, was ebenfalls Fragen hinsichtlich einer ganztägigen Erwerbstätigkeit aufwirft. Angesichts dessen war es notwendig, zur Klärung des Sachverhalts ein Gerichtsgutachten einzuholen.

E. 3.3

3.3.1 Der vom Gericht bestellte Experte Dr. med. C.____ gelangt in seinem Gutachten vom 31. Mai 2022 (A.S. 65 ff.) zu folgenden orthopädischen Diagnosen (A.S. 89 f. + 91):

Mit Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Ohne Einfluss auf die Arbeitsfähigkeit:

Die Beschwerdeführerin gab an, früher habe sie abwechselnd sitzend, gehend und stehend gearbeitet. Seit der letzten Operation sitze sie nur noch und kontrolliere die von der Maschine produzierten Teile; die Waren würden von anderen Mitarbeitenden gebracht und weggetragen. Eine Steigerung des Pensums sei nicht möglich, da sie nach 3,5 Stunden im Sitzen Schmerzen im Steissbein und in beiden Kniegelenken habe. Sie könne nach 1,5 Stunden eine zehnminütige Pause einlegen und sich lockern. Nach einer weiteren Stunde schalte sie eine zweite Pause von fünf Minuten ein, um danach bis 10:30 Uhr die letzte Arbeitsstunde zu leisten. Den Arbeitsweg ■ hin und zurück je 5 km ■ lege sie mit dem Bus zurück; die Station befinde sich 300 m vom Haus entfernt resp. 500 m vom Arbeitsplatz. Manchmal fahre sie der Ehemann. Er besorge die Einkäufe und die Entsorgung des Abfalles etc., während die beiden Töchter z.B. beim Stabsaugen oder bei der Wäsche helfen würden; ansonsten erledige sie den Haushalt selbständig (A.S. 83). Wieder daheim nach der Arbeit ruhe sie sich zuerst aus, bevor sie das Mittagessen zubereite. Nach dem Essen ruhe sie bis ca. 15:00 Uhr. Anschliessend erledige sie das Nötigste im Haushalt und gehe eine halbe Stunde spazieren (A.S. 84). Insgesamt sei die Situation seit der letzten Operation schlechter geworden. Sie habe Schmerzen in der linken Leiste, über dem Trochanter, im Oberschenkel, im linken Knie und Schienbein, im Steissbein sowie seit einiger Zeit auch auf der rechten Seite vom Gluteus ausgehend ein Ziehen bis in die rechte Ferse. Die Schmerzen seien am Morgen geringer und nähmen im Verlauf des Vormittags stetig zu. Sie habe Nachtschmerzen im Rücken und im Becken, weshalb sie drei- bis viermal pro Nacht aufwache, einige Schritte umhergehe und nach 15 bis 30 Minuten wieder einschlafen könne. Einmal täglich nehme sie 600 mg Irfen (A.S. 83 f.).

Der Experte erklärt, die fibröse Dysplasie sei eine seltene, im Kindes- oder Jugendalter beginnende Knochenerkrankung. Sie müsse von der ähnlichen Osteodystrophia fibrosa generalisata abgegrenzt werden. Diese Krankheit werde durch eine Stoffwechselstörung der Nebenschilddrüse «Parathyroidea» verursacht und führe zum Krankheitsbild des

Hyperparathyroidismus, der neben den Skelettveränderungen u.a. mit chronischen Entzündungen der Bindehaut der Augen oder Magnesiummangel mit Muskelkrämpfen (restless legs) einhergehen könne. Da bei der Beschwerdeführerin diese Symptome ebenfalls aufgetreten seien, müsse der Hyperparathyroidismus ausgeschlossen werden, denn dieser könne behandelt und das Fortschreiten der Knochen-Affektion aufgehalten werden. Hier habe die Knochenerkrankung zu einer grotesken Deformation des linken Femurs und Schenkelhalses und dadurch zu einer zunehmenden Verkürzung des linken Beins geführt. Diese habe ihrerseits Fehlhaltungen und Fehlbelastungen des Achsenskelettes (Rücken) sowie der Gegenseite bewirkt. Zudem habe eine Spontanfraktur des geschwächten proximalen Femurs links gedroht. Das operative Vorgehen mit Knochenverstärkung und späterer Korrektur-Osteotomie sei indiziert gewesen (A.S. 90). Die lange Heilungsdauer sei in Anbetracht der gestörten Knochenstruktur nicht aussergewöhnlich. Nun sei es nach rund 2,5 Jahren zur Konsolidation der Osteotomie gekommen (A.S. 91). Im Vordergrund stünden subjektiv die Schmerzen im linken Bein, teils verursacht durch die Grundkrankheit, teils durch die Arthrose der linken Hüfte, deren Bewegungseinschränkung sich zunehmend einschränkend auswirke, z.B. bei der Fusspflege. Als Folge der Fehlhaltung wegen des Beinlängenunterschiedes komme es zu schmerzhaften Verspannungen im Rücken und rechten Bein. Die Schmerzen störten die Nachtruhe und nähmen mit körperlicher Belastung zu. Was die objektiven Befunde angehe, so finde sich bei der Beschwerdeführerin, welche rechts einen Gehstock verwende (A.S. 84), ein Schon- und Verkürzungshinken links, eine Beinverkürzung links von 2,5 cm, eine eingeschränkte Hüftbeweglichkeit links, ein kürzerer Fuss links, schmerzhafte Narben am linken Oberschenkel und eine Hypotrophie der linken Oberschenkelmuskulatur (A.S. 91). Bildgebend seien die ausgeprägten Knochenveränderungen der linken Beckenschaufel, des linken Femurs und der linken Tibia sowie die Coxarthrose dokumentiert. Die am 1. Oktober 2016 implantierten Allografts und die am 17. Oktober 2017 durchgeführte subtrochantere Osteotomie seien geheilt. Die subjektiven Beschwerden seien in Anbetracht der objektiven Befunde nachvollziehbar (A.S. 92).

Was die Behandlung angehe, so sei zu gegebenen Zeit die Entfernung des Osteosynthese-Materials zu prüfen, da die Platte am Trochanter die darüber liegenden Sehnen reize und einen Teil der Beschwerden verursache. Falls sich der Verdacht des Hyperparathyroidismus erhärte, verspreche die einschlägige Behandlung Erfolg. Weiter brauche es orthopädisch angepasste Spezialschuhe, Physiotherapie zur Verbesserung oder mindestens Erhaltung der Beweglichkeit der betroffenen Gelenke sowie nicht-steroidale Antirheumatika. Eine Steigerung der Arbeitsfähigkeit sei trotz dieser Massnahmen nicht zu erwarten. Vorausgesetzt, dass kein Hyperparathyroidismus vorliege, werde die fibröse Dysplasie lebenslang Schmerzen verursachen. Zudem seien weitere Deformationen der befallenen Knochen und entsprechende orthopädisch-chirurgische Massnahmen möglich (A.S. 92).

Die Beschwerdeführerin bediene gegenwärtig ausschliesslich im Sitzen Maschinen, welche Kleinteile im Bereich der Elektrotechnik produzierten. Anschliessend setze sie diese zusammen und kontrolliere sie. Die Werkstücke müssten nicht selber herangeschafft oder abtransportiert werden, womit das Tragen schwerer Lasten entfalle. Die Arbeitsfähigkeit in der angestammten Tätigkeit betrage 3,5 Stunden an je fünf Arbeitstagen. Eine Ausdehnung des Pensums entfalle, da die Schmerzen zu gross würden. Bei einer wöchentlichen Arbeitszeit in industriellen Betrieben von 42 resp. 45 Stunden liege die Arbeitsfähigkeit

aufgerundet bei 39 bis 42 %. Der aktuelle Arbeitsplatz ohne Stehen und Gehen entspreche einer angepassten Tätigkeit (A.S. 93). Zumutbar sei eine sitzende leichte Arbeit in einem Pensum von 3,5 Stunden pro Tag mit der Möglichkeit, nach 1,5 und 2,5 Stunden kurze Pausen zwecks Positionswechsel und Lockerung ■ auch im Stehen und kurzen Umhergehen ■ einzuschalten. Nicht in Frage komme das Heben und Tragen von Gewichten über 5 kg, das Besteigen von Leitern und regelmässiges Treppensteigen sowie Gehen auf unebenem Gelände. Die Limitierung auf 3,5 Arbeitsstunden am Tag lasse sich weder durch eine andere Tätigkeit noch durch eine Anpassung des aktuellen Arbeitsplatzes wesentlich steigern. Im Rahmen dieses zeitlich reduzierten Pensums werde die geforderte Leistung offenbar erbracht (A.S. 94 + 96). Aufgrund der Akten und der bildgebend dokumentierten verzögerten Heilung der Osteotomie des linken Femurs sei vom 17. Oktober 2017 bis 20. Mai 2018 von einer Arbeitsunfähigkeit von 100 %, vom 21. Mai bis 31. Oktober 2018 von 50 % und ab 1. November 2018 von 30 % auszugehen (A.S. 97).

3.3.2 Das Gerichtsgutachten von Dr. med. C.____ geniesst vollen Beweiswert, erfüllt es doch sämtliche Anforderungen der Rechtsprechung (s. dazu E. II. 2.4 hiervor): Es stammt von einem unabhängigen Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie des Bewegungsapparates, welcher aufgrund seiner Ausbildung qualifiziert ist, die sich hier stellenden Fragen zu beantworten. Weiter hat der Experte die Beschwerdeführerin *lege artis* zu ihren subjektiven Beschwerden, zur Vorgeschichte sowie zu den Verhältnissen am Arbeitsplatz befragt (A.S. 82 ■ 84), die objektiven Befunde erhoben und die vorhandene Bildgebung beurteilt (A.S. 84 ■ 89) sowie die wesentlichen Vorakten zur Kenntnis genommen (s. Aktenauszug, A.S. 65 ■ 82). Auf dieser Grundlage befasste sich der Experte sodann mit dem Gesundheitszustand und der Arbeitsfähigkeit der Beschwerdeführerin (A.S. 90 ■ 95), wobei er zu Schlüssen gelangte, die anhand der belegten organischen Schäden nachvollziehbar sind. Die Parteien erheben denn auch zu Recht keinerlei Einwände gegen das Gerichtsgutachten (E. I. 2.4 hiervor), so dass sich weitere Abklärungen erübrigen. Der Experte empfiehlt zwar, es sei noch abzuklären, ob eine fibröse Dysplasie oder eine Osteodystrophia vorliege, da die letztere Erkrankung behandelbar sei. Für die Frage der Arbeitsfähigkeit, welche hier interessiert, spielt dies jedoch keine Rolle. Die Beschwerdeführerin litt im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung an einem objektivierbaren Gesundheitsschaden im linken Bein, der sich unabhängig von der genauen Ursache auf ihre Leistungsfähigkeit auswirkte. Selbst wenn eine Osteodystrophia vorläge und spezifisch behandelt würde, wäre nicht mit einer Verbesserung zu rechnen, wie der Experte selber einräumt, sondern bestenfalls mit einer Erhaltung des status quo. Allfällige weitere Untersuchungen, welche der Abgrenzung der Diagnosen dienen, müssen daher nicht abgewartet werden. Dasselbe gilt im Hinblick auf eine Entfernung des Osteosynthese-Materials, welches einen Teil der Schmerzen verursacht. Dabei handelt es sich um keine kurzfristige Option, soll die Entfernung doch gemäss Gutachten zu gegebener Zeit erfolgen, wobei auch hier keine höhere Arbeitsfähigkeit erwartet werden darf.

Dr. med. D.____ war in ihrem Gutachten vom

E. 4

Eventualiter sei die Streitsache an die Beschwerdegegnerin zurückzuweisen zwecks Initiierung einer orthopädischen / neurologischen Begutachtung.

E. 5

Unter Kosten- und Entschädigungsfolgen zu Lasten der Beschwerdegegnerin. 2.2 Die Beschwerdegegnerin verzichtet am 19. Dezember 2022 auf eine Beschwerdeantwort und beantragt die Abweisung der Beschwerde (A.S. 37). 2.3 Der Vizepräsident des Versicherungsgerichts stellt den Parteien mit Verfügung vom 14. Februar 2023 (A.S. 38 ff.) in Aussicht, bei Dr. med. C.____, Facharzt für Orthopädische Chirurgie und Traumatologie FMH, ein monodisziplinäres Gerichtsgutachten einzuholen. Während sich die Beschwerdeführerin am 22. Februar 2023 mit dem Experten und dem vorgesehenen Fragenkatalog ausdrücklich einverstanden erklärt (A.S. 42 f.), lässt sich die Beschwerdegegnerin nicht vernehmen. Der Vizepräsident erteilt daraufhin mit Verfügung vom 3. April 2023 Dr. med. C.____ den Begutachtungsauftrag (A.S. 46 ff.) und holt die vom Experten verlangten radiologischen Aufnahmen ein (s. A.S. 61). Die Parteien verzichten darauf, diese Bilder einzusehen (A.S. 64 + 100). 2.4 Dr. med. C.____ erstattet sein Gutachten am 31. Mai 2023 (A.S. 65 ff.). Die Beschwerdeführerin erhebt in ihrer Eingabe vom 22. Juni 2023 keine Einwände gegen das Gutachten, sondern stimmt ihm zu (A.S. 103 f.), während sich die Beschwerdegegnerin nicht dazu äussert (s. A.S. 105). 2.5 Der Vertreter der Beschwerdeführerin reicht am 4. Juli 2023 eine Kostennote ein (A.S. 107 ff.). Diese geht am 5. Juli 2023 zur Kenntnisnahme an die Beschwerdegegnerin (A.S. 110), welche sich in der Folge nicht mehr vernehmen lässt. II. 1. Da die Sachurteilsvoraussetzungen (zulässiges Anfechtungsobjekt, Einhaltung von Frist und Form, örtliche, sachliche und funktionelle Zuständigkeit des angerufenen Gerichts, Legitimation) erfüllt sind, ist auf die Beschwerde einzutreten. Streitig und zu prüfen ist der Anspruch der Beschwerdeführerin auf eine Invalidenrente sowie auf berufliche Massnahmen. Bei der Beurteilung des Falles ist grundsätzlich auf den Sachverhalt abzustellen, der bis zum Erlass der angefochtenen Verfügung am 25. Oktober 2022 eingetreten ist (Ueli Kieser in: ATSG-Kommentar, 4. Aufl., Zürich 2020, Art. 61 N 109). 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 Rechts-sätze 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 würde ein allfälliger Rentenanspruch 2019 entstehen (s. dazu E. II. 2.2.3.2 hiernach). Dementsprechend ist der Anspruch für die Zeit bis Ende 2021 nach denjenigen materiellrechtlichen Normen zu beurteilen, welche damals in Kraft standen, obwohl die entsprechende Verfügung der Beschwerdegegnerin erst nach dem 1. Januar 2022 erging.

E. 7

März 2021 (E. II. 3.2.1 hiervor) davon ausgegangen, dass eine wechselstellige Tätigkeit, bei der teilweise auch stehend und gehend gearbeitet werde, ein höheres Arbeitspensum als 3,5 Stunden erlaube. Der Experte Dr. med. C.____ verwarf indes diese Auffassung. Es besteht kein Anlass, in dieser Hinsicht am Gerichtsgutachten zu zweifeln. Einerseits erscheint die Einschätzung des Experten, dass Steh- und Gehphasen zu keiner längeren Arbeitszeit führen, als plausibel, nachdem jedes Aufstehen Anlaufschmerzen auslöst und die Beschwerdeführerin zudem beim Gehen auf einen Stock angewiesen ist. Andererseits steht das Gerichtsgutachten in diesem Punkt nicht allein da, gibt doch der behandelnde Arzt Dr. med. F.____ an, dass mehr Stehen und Gehen die Beschwerdeproblematik nur akzentuieren würde (Bericht vom 6. Juli 2021 im Nachgang zum Gutachten von Dr. med. D.____, IV-Nr. 68; s.a. IV-Nr. 45 S. 10 f.). Auch aus den sonstigen Arztberichten in den Akten ergeben sich keine Gründe, vom Gerichtsgutachten abzuweichen.

3.3.3 Als Beweisergebnis ist gestützt auf das Gerichtsgutachten festzuhalten, dass die Beschwerdeführerin überwiegend wahrscheinlich nur noch eine sitzende Tätigkeit ausüben vermag, und zwar während maximal 3,5 Stunden am Tag, sofern kurze Pausen möglich sind, in denen sie die Position wechseln, sich lockern und etwas umhergehen kann. Der aktuelle Arbeitsplatz der Beschwerdeführerin entspricht diesen Vorgaben, zumal sie weder selber das Material holen noch die produzierten Teile wegbringen muss, also keiner Gewichtsbelastung ausgesetzt ist. Was den Zeitpunkt angeht, ab dem die im Gerichtsgutachten attestierte Restarbeitsfähigkeit von 3,5 Stunden pro Tag gilt, so ist entscheidend, dass die Beschwerdeführerin seit dem 1. November 2018 faktisch in diesem Umfang arbeitet und sich nirgends Anhaltspunkte dafür finden, dass sie ihre Gesundheit durch die Intensität und den Umfang der beruflichen Tätigkeit strapaziert und damit gefährdet hätte (vgl. Urteil des Bundesgerichts 8C_724/2011 vom 24. Juli 2012 E. 3.3). Die Arbeitsfähigkeit gemäss Gutachten muss daher seit dem 1. November 2018 gelten, was auch in Einklang damit steht, dass die behandelnden Ärzte ab diesem Datum nur noch eine Arbeitsunfähigkeit von 30 % statt 50 % attestierten (E. II. 3.1 hiervor). Das Wartejahr ab 17. Oktober 2017 war schon zuvor abgelaufen. Während seiner Dauer bestand ohne Unterbruch eine Arbeitsunfähigkeit von 100 resp. 50 % (E. II. 2.2.3.2 + 3.1 hiervor). Dies ist mehr als die durchschnittlich 40 %, welche für einen Rentenanspruch mindestens erforderlich sind (E. II. 2.2.1 hiervor). Im Übrigen ist es seit der Verfügung vom 3. Juli 2017, in der die Beschwerdegegnerin das erste Leistungsbegehren abgewiesen hatte, zu einer gesundheitlichen Verschlechterung gekommen, indem am 17. Oktober 2017 eine weitere Operation erfolgte und die Beschwerdeführerin seither immer zumindest teilweise arbeitsunfähig ist (E. II. 3.1 hiervor).

4.

4.3 Zusammenfassend wird die angefochtenen Verfügung in teilweiser Gutheissung der Beschwerde aufgehoben und der Beschwerdeführerin ab 1. April 2019, dem Ablauf der sechsmonatigen Frist ab Anmeldung (E. II. 2.2.3.2 hiervor), eine halbe Rente zugesprochen. Im Übrigen wird die Beschwerde abgewiesen.

5.

5.1 Da die anwaltlich vertretene Beschwerdeführerin teilweise obsiegt hat, steht ihr eine Parteientschädigung zu. Diese bemisst sich ohne Rücksicht auf den Streitwert nach dem zu beurteilenden Sachverhalt sowie der Schwierigkeit des Prozesses und ist in einer Pauschalsumme festzusetzen (Art. 61 lit. g ATSG). Der anwaltliche Stundenansatz bewegt sich bei Verrichtungen bis zum 31. Dezember 2022 in einem Rahmen von CHF 230.00 bis 330.00 (§ 161 i.V.m. § 160 Abs. 2 Kantonaler Gebührentarif / GT, BGS 615.11) sowie ab 1. Januar 2023 von CHF 250.00 bis 350.00 (s. § 160 Abs. 4 GT i.V.m. Beschluss der Gerichtsverwaltungskommission GVB.2022.111). Bei teilweisem Obsiegen ist die Parteientschädigung insoweit zu reduzieren, als das Rechtsbegehren, welches über die Gutheissung hinausgeht, den Prozessaufwand erhöht hat (Urteil des Bundesgerichts 9C_995/2012 vom 17. Januar 2013 E. 3 mit Hinweisen). Dies trifft hier nicht zu, denn wenn sich der Vertreter darauf beschränkt hätte, nur eine halbe Rente statt eine Dreiviertelsrente und Eingliederungsmassnahmen zu beantragen, wäre sein Aufwand kaum wesentlich tiefer ausgefallen.

5.2 Die vom Vertreter des Beschwerdeführers eingereichte Kostennote vom 4. Juli 2023 (A.S. 108 f.) weist einen Zeitaufwand von 9,94 Stunden aus. Die Positionen «Tel. an

Klientin (Ehemann)» vom 28. Oktober 2022 (0,17 Stunden) und «Studium Verfügung IV samt Beilagen» vom 21. November 2022 (0,5 Stunden) sind zu streichen, denn diese Verrichtungen gehören praxisgemäss nicht zum Aufwand im Beschwerdeverfahren, da der Vertreter bereits am verwaltungswirtschaftlichen Verfahren beteiligt war (ebenso wie umgekehrt die geltend gemachte Nachbearbeitung dem kantonalen Verfahren und nicht einem allfälligen Beschwerdeverfahren vor Bundesgericht zuzuordnen ist). Anzurechnen ist folglich ein Aufwand von insgesamt 9,27 Stunden, woraus sich mit dem beantragten Ansatz von CHF 260.00 sowie Auslagen von CHF 105.60 und CHF 193.70 Mehrwertsteuer (7,7 % seit 1. Januar 2018) eine Parteientschädigung von CHF 2'709.50 ergibt.

6.

6.1 Bei Streitigkeiten um die Bewilligung oder Verweigerung von Leistungen der Invalidenversicherung ist das Beschwerdeverfahren vor dem kantonalen Versicherungsgericht kostenpflichtig (Art. 69 Abs. 1 bis IVG). Die Kosten werden nach dem Verfahrensaufwand und unabhängig vom Streitwert im Rahmen von CHF 200.00 bis 1'000.00 festgelegt. Im vorliegenden Fall hat die teilweise unterlegene Beschwerdegegnerin zwei Drittel der Verfahrenskosten von CHF 600.00 zu tragen, d.h. CHF 400.00. Das verbleibende Drittel wird der nur teilweise obsiegenden Beschwerdeführerin auferlegt und mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet. Der Restbetrag von CHF 400.00 wird der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

6.2 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; BGE 139 V 496 E. 4.4 S. 502).

Das rheumatologische Teilgutachten, welches der Beschwerdegegnerin im Zeitpunkt der angefochtenen Verfügung vorlag, erlaubte keine abschliessende Beurteilung der Arbeitsfähigkeit (s. E. II. 3.2.5 hiervor). In dieser Situation hätte die Beschwerdegegnerin, wie es das Gericht getan hat, ein neues Gutachten einholen müssen, um den entscheidungsrelevanten Sachverhalt zu klären, bevor sie über den Leistungsanspruch befand. Sie hat daher die Kosten des Gerichtsgutachtens von CHF 5'242.65 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). Die Beschwerdegegnerin hat gegen die Höhe dieser Kosten keine Einwände erhoben, nachdem sie die fragliche Rechnung zugestellt erhielt (A.S. 100).

Demnach wird erkannt:

3. Die Beschwerdeführerin hat an die Verfahrenskosten von CHF 600.00 einen Betrag von CHF 200.00 zu bezahlen. Dieser Betrag wird mit dem geleisteten Kostenvorschuss von CHF 600.00 verrechnet und der Rest von CHF 400.00 der Beschwerdeführerin zurückerstattet.

4. Die IV-Stelle des Kantons Solothurn hat an die Verfahrenskosten einen Betrag von CHF 400.00 zu bezahlen.

5. Die Kosten des Gerichtsgutachtens von Dr. med. C.____ vom 31. Mai 2023 über CHF 5'242.65 werden der IV-Stelle des Kantons Solothurn auferlegt und sind der Zentralen Gerichtskasse des Kantons Solothurn zurückzuerstatten.

Rechtsmittel

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

Versicherungsgericht des Kantons Solothurn

Der Vizepräsident

Der Gerichtsschreiber

Flückiger

Haldemann

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